

Homenaje a Rojas-Bermúdez

NUEVOS DESARROLLOS DEL SICODRAMA ROJAS-BERMÚDEZ.

Una escuela viva

En este número que coincide con el primer aniversario de la muerte de Jaime Rojas-Bermúdez, queremos presentar una serie de artículos de directores en sicodrama, escuela Rojas-Bermúdez. En sicoterapia uno de los objetivos principales es favorecer la integración interhemisférica. Para ello el sicodrama ofrece un marco teórico que sustenta una práctica coherente. En sicoterapia no sirve todo. En muchas ocasiones nos encontramos prácticas clínicas pobremente asentadas en explicaciones teóricas vagas. En la búsqueda de una supuesta integración se corre el riesgo de producir un daño en el paciente a través de prácticas poco respetuosas con el material, confrontaciones inadecuadas o abusos de poder por parte del terapeuta, por ejemplo. Para la escuela Rojas-Bermúdez es básico poder referirse siempre a un encuadre metodológico claro y una base teórica concreta en toda actuación clínica. Respetando el material que surge por parte del paciente el terapeuta camina con más seguridad. De ahí la importancia de la lectura de formas en el sicodrama. Sabemos que en sicodrama es tanto o más importante lo que se lee en el escenario cómo lo que se dice. Las formas naturales son la base de la comunicación del ser humano. En palabras de las autoras Sara González y María Guerrero “si es algo compartido por las personas que



Isabel Calvo

conforman la especie, hay un entendimiento y comprensión de códigos que ayuda a que sus miembros puedan sobrevivir e interactuar con su medio y sus iguales”. El uso de objetos intermediarios e intraintermediarios es otro de los rasgos característicos del sicodrama. En su artículo, Manuel Falcón, nos muestra el uso de la bolsa elástica en el contexto sicodramático. El uso de la bolsa como objeto intraintermediario favorece la aparición y la integración terapéutica de imágenes internas.

Permite centrar la atención yoica en las áreas mente y cuerpo disminuyendo los estímulos del área ambiente. De este ambiente que a veces es altamente ansiógeno como el que envuelve a las víctimas de abuso sexual infantil o a las mujeres en situación de violencia de género. Las personas victimizadas por la violencia, sexual o física, son especialmente vulnerables a la hora de trabajar con ellas. Además, se añade las dificultades que generan las intervenciones de los equipos sociosanitarios y judiciales. En sendos artículos, Nuria Garrocho y Mari Carmen Herrador, explican las técnicas de abordaje de elección en estos casos. Por último, hay dos artículos de profundización teórica en dos áreas de interés y relacionadas entre sí. Graciela Moyano desarrolla el abordaje teórico del trauma desde la teoría Rojas-Bermúdez, mientras que Isabel Calvo trata de poner en diálogo a las diferentes teorías relacionadas con la sicosomática con el esquema de roles de Rojas-Bermúdez.

TRAUMA. UNA VISIÓN DESDE EL SICODRAMA



Graciela Moyano

Sicóloga especialista en Psicología Clínica, sicoterapeuta, docente y supervisora (FEAP), directora de sicodrama, directora de sicodanza (Asociación Argentina de Sicodrama y Sicoterapia de Grupo), Presidenta de la Asociación de Sicodrama y Sicoterapia de Grupo. Miembro asociado de la Comisión de Psicología Clínica del Colegio Oficial de Psicología. Miembro fundador y varias veces integrante del Council de la Federation of European Psychodrama Training Organisations. Miembro de la Asociación Española de Psicodrama. Docente y Supervisora del Grupo Estudios de Sicodrama y Sicodanza (B. Aires), de la Escuela Gallega de Sicodrama, de la Assoc. Iberica de Psicodanza. Coordinadora del Centro de Sicodrama, Sociodrama y Sicodanza. Coordinadora del Grupo de Investigaciones Sicodramáticas.

RESUMEN

El artículo explora el trauma y las situaciones traumáticas, su comprensión desde la teoría del Núcleo del Yo-Esquema de Roles, la metodología sicodramática y estrategias terapéuticas para su abordaje y elaboración.

ABSTRACT

This paper explores trauma and traumatic situations, its understanding from the Nucleus of the Ego- Role Scheme theory, the psychodramatic methodology and the therapeutic lines for its approach and elaboration.

PALABRAS CLAVE:

Trauma, Trastorno de Estrés Post-Traumático Complejo (TEPT-C), Trastorno Traumático del Desarrollo (TTD), Carencia, Diátesis, Núcleo del Yo, Yo natural / Yo social, Imagen sicodramática, Dramatización

KEY WORDS:

Trauma, Complex Post Traumatic Stress Disorder, Developmental Trauma Disorder, Lacking, Diathesis, Nucleus of the Ego, Natural Ego/Social Ego, Psychodramatic Image, Dramatization

Introducción

Las reacciones emocionales a situaciones de stress intenso son conocidas desde la Antigüedad, y desde entonces parte importante de los esfuerzos de los profesionales de la salud por lograr resultados en su abordaje y tratamiento. La ubicación del trauma respecto a la patogenia, sus efectos y consecuencias patológicas han sido objeto de estudio y debate a lo largo de la sicoterapia contemporánea.

La época actual, que se inicia con el atentado a las torres gemelas en Nueva York, y continúa con las crisis económicas, pandemias, guerras, éxodos en la indefensión y el naufragio, es especialmente sensible a un tema como el trauma. Las repetidas crisis en la salud mental y especialmente el aumento alarmante de acoso, autolesiones y prácticas suicidas en niños y adolescentes son noticia diariamente en la prensa. Por otra parte madres, padres, maestros y maestras, profesionales de la salud sobrecargados, exigidos, con muchos temores y a menudo con pocos recursos para dar respuestas adecuadas configuran un panorama difícil y complicado para tratar estos temas. Todo esto en un contexto de creciente brecha económica y social donde el panorama presentado a los jóvenes, a diferencia de generaciones anteriores, es de un futuro temible y muy poco gratificante, por el que deben luchar intensamente dentro de un sistema rígido y muy jerarquizado.

El trauma se ubica aquí como el paradigma de todas estas tensiones sociales. Sólo desde lo social pueden aquí abrirse caminos en cuanto a la percepción del mundo como un lugar seguro y de realización colectiva y personal. Como profesionales de la salud, la educación sabemos que la prevención es clave y que podemos (debemos) ir abriendo brechas, posibilidades y opciones reales en esta visión.

Definiciones y conceptualizaciones de trauma

Definiciones de trauma desde modelos que enfatizan diferentes aspectos: el cambio en la visión del mundo como lugar seguro (APA), y la subjetividad de lo traumático en función a las capacidades de elaboración de la persona que lo sufre (sicoanálisis).

**Trauma. 1. any disturbing experience that results in significant fear, helplessness, dissociation, confusion, or other disruptive feelings intense enough to have a long-lasting negative effect on a person's attitudes, behavior, and other aspects of functioning. Traumatic events include those caused by human behavior (e.g., rape, war, industrial accidents) as well as by nature (e.g., earthquakes) and often challenge an individual's view of the world as a just, safe, and predictable place. 2. any serious physical injury, such as a widespread burn or a blow to the head. —traumatic adj.*
APA Dictionary of Psychology

**Trauma, traumatismo (psíquico). "Acontecimiento de la vida del sujeto caracterizado por su intensidad, la incapacidad del sujeto de responder a él adecuadamente y el trastorno y los efectos patógenos duraderos que provoca en la organización síquica. En términos económicos, el traumatismo se caracteriza por un flujo de excitaciones excesivo, en relación a la tolerancia del sujeto y a su capacidad de controlar y elaborar síquicamente dichas excitaciones"*
Laplanche, J.; Pontalis, JB. (1997, 447)

* El diagnóstico paradigmático para los trastornos relacionados con trauma y estrés es el *Trastorno de Estrés Post-traumático (TEPT/Post-Traumatic Stress Disorder PTSD)*. Su conceptualización ha ido modificándose.

Inicialmente, desde su entrada como entidad diagnóstica, el énfasis se pone en el "hecho traumático" especialmente inusual y aterrador (APA 1980, DSM-III).

En 1994 (DSM-IV) se pasa a considerar como trastorno de ansiedad, donde es la experiencia vivida en sí de la persona expuesta (con el consecuente pánico, emocionalidad, estado de shock y los síntomas posteriores: ansiedad severa, flashbacks, pesadillas, pensamientos incontrollables, jaquecas o náusea...) la que configura el hecho como traumático.

Finalmente, a partir de 2013 (revisión del DSM-5) se lo ubica como trastorno específico (trastornos relacionados con traumas y factores de estrés), que incluye la exposición a un evento amenazante y la presencia de síntomas (reexperimentación de la experiencia traumática – pesadillas, imágenes intrusivas, recuerdos involuntarios-, evitación de lugares o situaciones relacionadas, hiperactivación, alerta y reactividad entre otros).

A partir de 2000, algunos estudios (Spinazzola et al., 2005) comprobaron que las investigaciones habían excluido a los individuos con combinaciones de PTSD y con desórdenes comórbidos, y plantearon la necesidad de adoptar posiciones más comprensivas y amplias para evaluar los tratamientos.

Se amplió a partir de entonces el concepto de trauma, incluyendo los efectos de distintos grados de negligencia prolongada o crónica en los cuidados tempranos, con el concepto de *TEPT complejo* (TEPT-C. Herman, 1997) el de *Trastorno por Estrés Extremo*, (DESNOS: Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified) para los casos en que la situación traumática se haya producido repetidamente y a lo largo de mucho tiempo, de tal manera que la exposición prolongada al trauma condicionan el desarrollo de la personalidad del individuo. Este es el caso de situaciones de abuso sexual prolongado, cautiverio, prisioneros de campos de concentración, prisioneros de guerra, víctimas de la tortura, violencia doméstica, abuso físico y emocional, explotación sexual, etc. (Luxenberg et al., 2001).

El diagnóstico inicial del TEPT no había tenido en cuenta cómo el trauma puede afectar a la persona en relación a las etapas del desarrollo. Esta ampliación del concepto de trauma incluye también los trastornos del apego (Trastorno Traumático del Desarrollo TTD / Developmental Trauma Disorder, van der Kolk, 2005), y lo relacionan también con otros como desesperanza, impotencia, indefensión, etc. Se considera (Cervera Pérez et al., 2020) que interrumpen el desarrollo cerebral normal y que pueden producir modificaciones considerables en algunas estructuras cerebrales. Se abre la consideración de la función de la memoria en el trauma. Estas ideas se acercan a los conceptos de Rojas-Bermúdez de carencias registradas en el SNC como huellas mnémicas (HM), las diátesis referenciadas a alteraciones de circuitos neuronales.

Los planteamientos sobre el trauma van en la línea de su inclusión en la comprensión del origen de los problemas mentales; por otra parte, disminuye así su claridad operativa y su lugar en la etiología. El trauma psicológico se asocia a varios tipos de trastornos mentales: trastornos depresivos, de ansiedad, de abuso de sustancias, somatoformes, disociativos y de personalidad (como el TLP). Sin embargo, algunas de estas cuestiones no tienen igual valoración en diagnósticos diferenciales en las diversas organizaciones e instituciones de la salud mental.

Además de factores sociales traumatizantes en las últimas décadas, es posible que una de las razones del intenso interés por el concepto de trauma y su extensión a la explicación de lo psicopatológico sea que aporta al modelo cognitivo-conductual (prevalente en EEUU) una comprensión etiológica y evolutiva de lo psicopatológico de la que carecía, que relaciona la sintomatología con sucesos de vida más concretos y valorables.

La mayoría de los estudios sobre efectos del trauma por violencia se centran en agresores-as y víctimas, siendo escasos los estudios, generalmente sobre violencia familiar y bullying (Gutiérrez Ángel, 2018), que incluyen a las personas que observan. La ubicación del/la observador-a, alineado-a con el-la agresor-a y/o con la víctima, es fundamental. En este tema, es conocido el caso descrito por A. Aberastury en seminario de sicoanálisis de dos hermanas de 8 y 10 años, donde una es violada por un adolescente en presencia de la otra; en el tratamiento psicoanalítico se observó que la niña más traumatizada psicológicamente era la que había observado el hecho. (cit. por Rojas-Bermúdez 1984, p.67).

Algunas aportaciones de las neurociencias

A través de los estudios sobre la diferencia funcional de los hemisferios cerebrales y sobre las situaciones traumáticas en el estudio de la actividad cerebral se observó una actividad elevada del HD (imágenes mentales) y una desactivación del HI y del área de Broca (codificación de la experiencia en palabras).

Las investigaciones sobre asimetría funcional de los hemisferios cerebrales, desde Sperry hasta Rauch, van der Kolk, etc., señalan la importancia general del hemisferio derecho (y de la imagen) en los procesos mentales, y especialmente en aquellos en los que predomina la ansiedad. En resumen, estos estudios refieren la especialización espacial del HD (pensamiento en imágenes) y la predominancia temporal, sucesiva y lineal del HI (pensamiento verbal, digital, analítico).

Las investigaciones sobre stress post-traumático refieren también la preponderancia de la actividad del HD en situaciones de ansiedad y otras emociones negativas y la intensa desactivación de las áreas relacionadas con la codificación verbal.

Otros estudios, realizados por Newcomer y otros (1999) concluye que altas dosis de cortisol (un glucocorticoide producido endógenamente en situaciones de ansiedad) disminuye la memoria verbal declarativa, aún de manera reversible y selectiva, y muestra la pérdida de memoria verbal en situaciones de stress agudo.

Es conocido también (Conway et al., 2001, as cited in Hackman et al., 2011) que los eventos específicos ligados a alta emocionalidad se archivan por medio de imágenes y que las imágenes son la manera en la que se evocan los recuerdos relacionados con la ansiedad y otras emociones fuertemente displacenteras. El funcionamiento mental sano requiere una buena comunicación interhemisférica, lo que A. Schore denomina “integración horizontal” (Schore & Sieff, 2015).

Las reacciones patológicas al trauma han sido consideradas como trastornos de ansiedad por la predominancia de este síntoma. Por otro lado, es considerado también como un trastorno de memoria. Las investigaciones sobre recuerdos traumáticos indican que el trauma se “archiva” en la memoria implícita o no-declarativa (y sólo de manera deficiente en la memoria explícita o declarativa).

Estas memorias tienen dos momentos de apertura o vulnerabilidad: los de almacenamiento y los de reconsolidación. Algunos estudios actuales como los investigados por Phelps y Hoffman (2019) plantean la posibilidad de “editar” (modificar) la memoria alterando los recuerdos traumáticos que provocan sintomatología, aún con la necesidad de una mejor comprensión de la influencia de la memoria en la psicopatología, de que los recuerdos pueden estar almacenados en más de un lugar, y de la aplicación clínica de investigaciones en laboratorio.

En “Can we edit memories?” (Milton, 2020), se plantea, muy resumidamente,

el cambio en la visión actual acerca de los procesos de memoria. De la consideración de un proceso consistente básicamente en la consolidación de los recuerdos se ha pasado a descubrir procesos de re-consolidación, sugiriendo la posibilidad de realizar cambios (“re-edición”) en los recuerdos, de modo que los cambios estructurales producidos en el cerebro en los registros de recuerdos pueden ser alterados, incluso en el caso de recuerdos antiguos. Este proceso de cambio sólo ocurre en condiciones específicas de recuperación de recuerdos.

En las situaciones de stress intenso, la amígdala está fuertemente activada. Esta memoria emocional (memoria no-declarativa) hiperactivada (por el miedo) nos deja un recuerdo que no está vinculado a los elementos contextuales (de tiempo, de espacio) aportados por el hipocampo (memoria declarativa), ya que este se ha desactivado.

Los estudios (realizados en laboratorio primero con ratas y posteriormente - en 2020- con humanos en ensayos clínicos reducidos) proponen lograr este estado que permite el cambio de los recuerdos desadaptativos y su destrucción a través de drogas medicamentosas como el Propanolol, que deja intacta la memoria declarativa y que debe ser administrado cuando el recuerdo está en modo “edición”. Por supuesto esto plantea serios problemas éticos, aún teniendo en cuenta que el propanolol actúa sólo sobre la memoria emocional no-declarativa.

La ansiedad producida durante la aparición de recuerdos traumáticos pone a estos recuerdos en situación de poder ser alterados (“edit mode”). El modelo cognitivo propone la realización de una tarea simultánea comprometida y visual, como jugar al Tetris, para producir ese “borrado” o alteración.

Milton enuncia muy brevemente la utilización del sicodrama para “rehacer” antiguas escenas problemáticas, que tiene

contacto con este planteamiento aunque desde un punto de vista diferente.

Abordaje sicodramático del trauma y las situaciones traumáticas

Según Rojas-Bermúdez:

“Moreno desecha la teoría del “trauma de nacimiento” de Rank y Freud y considera el nacer como una de las situaciones naturales por las que ha de pasar el individuo durante su desarrollo”... “ocurre cuando su desarrollo y maduración han alcanzado un grado tal de evolución que las condiciones ambientales existentes dentro de la cavidad uterina se tornan insuficientes e insostenibles. En este momento, lo realmente traumático y fatal sería la permanencia intrauterina”. (Rojas-Bermúdez, 1966, p. 24)

Lo traumático en la estructuración del Núcleo del Yo.

Rojas-Bermúdez, como otros autores, ha sostenido desde el inicio la patogenicidad de situaciones continuas y repetidas de carencia en la crianza durante los primeros años de vida, durante la estructuración del Núcleo del Yo. En esta línea, por otro lado bien asentada y conocida desde hace varias décadas en la literatura sicoterapéutica, se inscriben desde otra perspectiva el concepto de TEPT-C de Herman o el de trastorno de apego de van der Kolk.

El concepto de carencia de Rojas-Bermúdez refiere la inadecuación continuada e intensa en la complementación de Estructuras Programadas Internas (las necesidades del bebé, considerado como un organismo abierto en proceso de estructuración cerebral/mental) y Estructuras Programadas Externas (los aportes físicos y afectivos del medio). Esta inadecuación va desde la ausencia de elementos fundamentales para el desarrollo al exceso,

incluyendo por supuesto la negligencia y el maltrato.

Estas carencias en los primeros años de vida configuran una estructura patológica de personalidad (carencias que se registran en huellas mnémicas que originan una diátesis, correspondiente a circuitos neuronales alterados) que establece tipos diferentes de sintomatología y donde las posteriores eventuales situaciones traumáticas ocurren con diferentes repercusiones. Las situaciones traumáticas no tienen las mismas consecuencias y repercusiones, dependiendo del momento evolutivo en el que ocurren (estructuración del Núcleo del Yo – sistemas neuronales rígidos- o del Yo y los roles sociales – sistemas neuronales plásticos).

Las carencias producen diferentes alteraciones cerebrales/mentales dependiendo de su cualidad, intensidad y del tiempo del desarrollo en el que ocurren (neurosis / sicosis). A su vez, posteriores situaciones de trauma vividas quedan enmarcadas en estas estructuras básicas. Y su evolución depende de las características de:

* Las estructuras básicas de la personalidad (Núcleo del Yo), y las posibilidades y recursos del Yo (reflexión, inteligencia, conocimientos, flexibilidad...)

* La situación traumática. Su efecto suele ser mayor si las causantes son personas; familiares directos o personas en las que se debería confiar; si son repetidos; sufridos más tempranamente; si hay presión al silencio. Inversamente, suelen ser menos lesivos los causados por acción natural, no intencionales, únicos, ocurridos a edades más avanzadas, de los que se ha podido hablar libremente.

* Los apoyos externos (familiares, sociales).

Esquema de Roles, Yo Natural y Yo Social en la comprensión de las situaciones traumáticas.

Rojas-Bermúdez plantea, en el Esquema de Roles, la existencia de dos subsistemas yoicos que hacen referencia a la diferencia funcional de los hemisferios cerebrales. El subsistema natural (núcleo del yo-yo natural; a nivel cerebral, sistema límbico-hemisferio derecho) se relaciona con la percepción y decodificación de elementos internos (sensaciones, sentimientos, imágenes mentales, fantasías...). El subsistema social (yo social, roles, a nivel cerebral, hemisferio izquierdo) se refiere primordialmente a la relación con la estructura social, en la interacción con los otros.

En ocasiones, las imágenes mentales pueden ser muy perturbadoras o intolerables, como en el caso de las imágenes relacionadas con situaciones traumáticas. Son imágenes que se presentan acompañadas de un gran compromiso emocional, se mantienen activas durante largos períodos y reaparecen con cierta frecuencia, provocando sufrimiento y temor a su reaparición. Por sus características se pueden asimilar a las de las pesadillas, aunque ocurran en la vigilia y, en estos casos, la actividad del subsistema natural se convierte en un factor de perturbación a eliminar.

El yo recurre, entonces, a los estímulos ambientales y corporales para distraerse, tranquilizarse y evitar estas imágenes. Se puede llegar así a bloquear la imaginación, dando predominancia marcada a la actividad del HI, dando lugar a una vida regida por el pensamiento lógico y la desafectivización. Este planteamiento de Rojas-Bermúdez ha recibido nuevas corroboraciones. (Siegel & Sieff 2015).

Un proceso similar, ya no de bloqueo, sino de inhibición de la percepción de las imágenes mentales, resulta de la sobrevaloración de lo ambiental y en particular de la palabra, como medio para

acceder a la cultura. En estos casos, lo propio es desvalorizado y la imaginación rechazada.

Cuando estas situaciones son extremas, puede darse una especie de, podríamos decir, “comisurotomía funcional” en la cual el individuo queda desconectado de su realidad interna. En el trauma, se da frecuentemente una desconexión de este tipo, en el cual los recuerdos traumáticos (ligados a imágenes mentales) quedan separados y aislados de las situaciones que los generan.

En cuanto a la transmisión transgeneracional de elementos traumáticos, abordada sobre todo inicialmente desde situaciones sociales dolorosas (esclavismo, racismo, persecución sociopolítica, guerras, migraciones forzadas...) cuyos efectos se transmiten de generación en generación. Desde nuestro modelo, el efecto de una generación sobre otra se produce fundamentalmente de dos maneras:

- por los efectos sobre la crianza en edades tempranas (estructuración del Núcleo del Yo- sistemas neuronales rígidos) de cuidadores/as con alteraciones graves en su conducta por las situaciones traumáticas sufridas o por estar ellos mismos viviendo en ese momento una situación traumática (persecución, prisión, guerra, pérdidas personales, etc...)
- por la transmisión de formas y contenidos traumáticos más tarde (evolutivamente) en la relación vincular establecida. Aprendemos los roles sociales a través de la interacción en vínculos complementarios. Una parentalidad ejercida con violencia, por ejemplo, permea al rol filial de manera implícita, de modo que, si no media una reflexión y un proceso de cambio (ya que se trata en este caso de sistemas neuronales plásticos con posibilidad de nuevos aprendizajes), puede repetir el esquema de violencia cuando se asume el rol de padre o madre.

Metodología.

Hay consenso en los diversos abordajes, sobre que los tratamientos sicoterapéuticos ayudan a una mejor organización de la memoria del trauma. Los recuerdos del trauma son generalmente poco organizados y elaborados, no integrados en un contexto y en las experiencias previas y posteriores al evento, producto del procesamiento no consciente de la información (memoria implícita). Puede experimentarse también la emoción sin el correspondiente recuerdo. Lo terapéutico va en el sentido de la integración de todos estos elementos.

Por otra parte, los distintos procedimientos sicoterapéuticos coinciden en un desarrollo en tres fases: estabilización y seguridad; abordaje de las memorias traumáticas por medio de diferentes técnicas; reconexión con el presente y el futuro (Ford, 2009; Herman, 1997). En general, son tres fases de los procesos sicoterapéuticos. Sabemos que las características y duración de las etapas varían en cada paciente tanto en individual como en grupo. Subrayando la importancia de seguir al paciente, pero sin obviar y abordando los índices mostrados verbal y no verbalmente sobre la emergencia del material activado internamente.

En la literatura sicodramática sobre el abordaje del trauma la orientación es generalmente de encuadre grupal. Por una cuestión histórica del sicodrama; el abordaje sicodramático individuales relativamente reciente. En nuestro caso, el modelo de Rojas-Bermúdez, con su aporte metodológico en relación al trabajo con formas, con imágenes sicodramáticas y objetos (objeto intermediario, objeto intraintermediario, objetos auxiliares) facilitan la utilización de este encuadre. Ambos encuadres son útiles en el abordaje del trauma. Hay que tener en cuenta que no siempre lo traumático se plantea como motivo de consulta y que el/ la paciente puede desconocer la dimensión y las implicaciones psicológicas de situaciones traumáticas vividas.

La ansiedad producida durante la aparición de recuerdos traumáticos pone a estos recuerdos en situación de poder ser alterados (“edit mode”). En sicodrama, a través de su representación con el/la protagonista en situación de intensa emocionalidad, sea activa o inhibida, se implementan los elementos cognitivos y emocionales involucrados, su desarrollo y elaboración.

La elaboración parte de la representación del suceso traumático en distintas circunstancias, dadas por el contexto dramático, y la posibilidad de expresar, de manera diferente a lo sucedido en la situación ocurrida, las emociones y sentimientos reales relativos a lo vivido, el desarrollo y consecuencias de estas situaciones. Más allá de estas consideraciones, el sicodrama interviene en estas situaciones de manera graduada y no invasiva.

La situación traumática (abuso, accidente....) encuentra, en su representación sobre el escenario en el “como si” del contexto dramático la posibilidad de cambio y de afrontamiento por parte del individuo, siendo el desbordamiento y la incapacidad de afrontar (indefensión) la esencia de la vivencia del trauma

Una práctica habitual desde el sicodrama de Rojas-Bermúdez, pero a tener en cuenta aún de manera más cuidadosa en el abordaje del trauma, es la atención a las respuestas (signos) emocionales del protagonista a lo largo de las dramatizaciones. Ellas son las verdaderas guías para el director en cuanto al tempo y a las intervenciones a realizar. Lo emocional revela la activación de elementos mentales, en este caso recuerdos que al emerger, “abrirse”, favorecen una situación de cambio.

En esta posibilidad de cambio, como terapeutas-directores de sicodrama tenemos que actuar con cuidado respecto a las características del proceso en cada

protagonista y al mismo tiempo intervenir para favorecer la reorganización mental respecto a la situación vivida.

Exteriorizar y concretar los contenidos internos (pensamientos, fantasías, temores...) es una constante en el proceso terapéutico sicodramático; esta externalización posibilita un manejo en el afuera que es habitualmente más sencillo que el manejo interno. Para ello es importante que el/la terapeuta esté focalizado en lo sucedido en el escenario (imagen o dramatización) y lleve al escenario los elementos psicológicamente significativos presentados por el/la protagonista en vez de resolver verbalmente.

Dos líneas sicodramáticas de abordaje al trauma: imagen y dramatización.

El enfoque sicodramático de abordaje de las situaciones traumáticas a través de técnicas de dramatización y especialmente las de imagen es coherente con los resultados obtenidos en las investigaciones de neurociencias antes mencionadas. Poder jugar, en el escenario – mediante imágenes y dramatizaciones – la situación traumática vivida permite reintegrarla mentalmente. Estas dos líneas metodológicas, complementarias, tenemos que observarlas como directores teniendo en cuenta las formas surgidas, construidas (imágenes sicodramáticas) o generadas por los cuerpos en acción e interacción (dramatizaciones).

Un elemento poco tomado en cuenta en las sicoterapias es que la situación traumática vivida permanece frecuentemente como forma que puede reaparecer con otros contenidos. Veremos algunas ilustraciones correspondientes a sesiones de sicodrama individual:

Paciente K.

Paciente K: varón adulto, durante la cuarentena. Fobia al vuelo sufrida desde

muchos años atrás que le impiden volar. Con un empleo desarrollado básicamente online, ha podido soslayar parcialmente este problema. Realizó sin éxito cursos de la compañía aérea para eliminar el miedo.

Dramatización de la situación fóbica (Figura 1): representa el pasillo del avión “muy largo” con dos telas estiradas, las puertas, y se sienta a un lado. Se le indica que represente lo que siente dentro del avión: que lo muestre sin intentar contenerse. Hace el gesto de desabrochar el cinturón, se levanta del asiento como mareado, medio cayéndose, va hacia una puerta, dice “¡me quiero bajar! ¡Quiero irme!”. Se repite la escena sin palabras, enfatizando la expresión corporal. La situación, por su forma, se asimila claramente a un tema traído por él en una sesión anterior: el fallecimiento de su padre en un hospital. K estaba solo cuidándolo, el padre intentaba quitarse las sondas y bajarse de la cama. (Movimientos similares a los que K realiza en su crisis de miedo en el avión)

K percibe rápidamente el parecido, y cuenta entonces que, al ver así a su padre, había llamado al personal médico, quienes sedaron al padre, diciendo a K que todo había terminado. Él había salido un momento de la habitación al pasillo del hospital donde, al fondo, como muy lejos (pasillo largo) ve a su hermano con su bolso de viaje que venía a reemplazarlo en el cuidado del padre.

Las formas de las situaciones son similares, con elementos formales y emocionales en común: su padre intentando quitarse las sondas y bajarse de la cama/ el paciente desabrochando el cinturón e intentando bajarse del avión; el pasillo largo del hospital/el pasillo largo del avión, el hermano con el bolso de viaje. A partir de esta sesión desaparece la fobia al vuelo, al poco tiempo realizó un viaje en avión y pudo volar repetidamente sin mayor ansiedad.



Figura 1. Fotografía 1, representación de la puesta en escena del paciente K.

Paciente N.

En esta sesión, un síntoma actual aparece relacionado a una situación traumática anterior. N, mujer joven, que ha sufrido desde la infancia repetidas situaciones traumáticas en la relación familiar. Padres separados desde su infancia. Intensa angustia en la relación con su madre (depresiva, con períodos prolongados de violencia verbal intensa contra las hijas y amenazas de suicidio). Padre muy frío, extremadamente rígido, escasamente empático, maltratante y humillador, indiferente ante



Figura 2. Fotografía 2, representación de la puesta en escena de la paciente N.

Homenaje a Rojas-Bermúdez

el sufrimiento de sus hijas, que exige total sometimiento; con el que no tiene relación desde hace años. N. presenta temores fóbicos, ansiedad marcada, depresión.

Plantea en sesión sus temores a “bloquearse” cuando está sola en situaciones “peligrosas”.

Se dramatiza una situación que teme: sola en auto que se para, ella sentada en el arcén de la carretera, bloqueada, sin poder hacer nada. El coche queda representado por dos sillas. Se le pide un soliloquio (hablando en presente, como si la situación fuese actual): habla de su miedo intenso, de que no puede hacer nada, “ni siquiera llamar por teléfono para pedir ayuda”. La terapeuta incluye un objeto como “teléfono”, colocándolo a su lado. N. no lo toma, continúa quieta, llorando, “nadie me rescata”. Lloro. Dice que su madre no la rescató. (Figura 2).

Esto corresponde al surgimiento espontáneo de un recuerdo relacionado con una situación traumática de su infancia (9 años): el padre, por acuerdo de separación, la lleva a pasar las vacaciones a la playa, ella no quiere quedarse por los maltratos y humillaciones que sufre con el padre, llama a la madre, que no hace nada; llora todos los días de las vacaciones con el padre, pierde peso, se siente sola e indefensa, nadie la puede ayudar. Recuerda también que inicia síntomas en ese tiempo. Se cierra la dramatización y la sesión finaliza.

Al rato, al revisar los e-mails, encuentro un mensaje suyo: “Quería decirle que no sé cómo me irá el lunes (cuando debe iniciar un trabajo fuera de la ciudad), pero al terminar la sesión me he ido sola (conduciendo) al pueblo. Un saludo y muchas gracias”.

Imagen sicodramática.

La creación de imágenes, de dibujos de niños y adolescentes, viene siendo utilizada a partir de la primera guerra mundial como estudio de los efectos de procesos psicológicamente dolorosos (guerras, deportaciones...) y como ayuda a la elaboración

de situaciones traumáticas. La construcción de imágenes sicodramáticas en temas relacionados con situaciones traumáticas presenta algunas ventajas:

- Una aproximación más gradual en la involucración emocional: la imagen es realizada con el protagonista exclusivamente como autor y creándola fuera, en el escenario que es un espacio común y compartido (tanto en encuadres de sicodrama individual como grupal).
- Una producción más directa a partir de una imagen mental (hemisferio derecho) a veces muy focal y parcial o poco nítida. El proceso de construcción de la imagen sicodramática permite ir definiéndola y clarificándola, mostrando los elementos emocionalmente más significativos para el/la protagonista.
- La objetivación y feed-back por la observación del/la protagonista de lo que ha construido facilitan la elaboración gradual de lo traumático, sin presionar sobre lo que puede y no puede “ver” racionalmente.
- La reintegración de la palabra (hemisferio izquierdo) incluyéndola y conteniéndola en la forma dada por la imagen, cuando se realizan los soliloquios desde cada lugar de la imagen. Comunicación interhemisférica, lo que A. Schore llama “integración horizontal” (Schore & Sieff, 2015).

Dramatización.

Algunas características a tener en cuenta en el tratamiento de las situaciones traumáticas.

- La movilización corporal, involucrada en las emociones correspondientes, activa recuerdos y al mismo tiempo facilita su elaboración. Es lo que Rojas-Bermúdez llama “memoria corporal”. Es de particular interés en la sicoterapia de personas que han sufrido trauma en varios sentidos. Por una parte,

“cada acto, cada actitud postural tiene su historia” (Rojas-Bermúdez, 1984, p. 58). Los actos corporales (gestos, posturas, movimientos) realizados en la dramatización responden a y a su vez estimulan las imágenes mentales vinculadas. La aparición de detenciones, inhibiciones, pueden responder al surgimiento de imágenes mentales perturbadoras relacionadas con los recuerdos traumáticos que abren así una vía para su abordaje y elaboración. Por otra parte, a partir de gestos, posturas o movimientos podemos ir a los contenidos actuales no presentes en la conciencia, desbloqueando imágenes mentales.

- El juego de roles (el propio y otros roles complementarios) favorece la movilización y elaboración de los contenidos referentes a la situación traumática.
- Mejor acceso al material del/ la protagonista a través del uso de objetos, especialmente como objetos intraintermediarios, proporcionando una sensación protectora al Yo y facilitando la disminución de la inhibición y la expresión de sentimientos no conocidos o aceptados. También, si se utilizan títeres como objetos intraintermediarios, el trabajo centrado en la expresión de las manos, excluyendo la exposición corporal, que puede resultar ansiógena. Como es sabido, la utilización de títeres como objetos intraintermediarios facilita el abordaje y representación de situaciones que involucran exposición corporal, como las de violencia o sexo.
- Intercambio de roles en situaciones traumáticas de abuso.

En el abordaje del abuso se ha planteado algunas veces, en la literatura sicodramática, que el protagonista víctima de abusos no debe intercambiar roles con el abusador, con la idea de que eso podría hacer que lo disculpase, aumentando la propia sensación de culpa.

Esta idea, no fundada desde un punto de vista psicológico, presupone que la culpa es un sentimiento que surge en el acto de utilizar la técnica, no un sentimiento que se ha dado previamente en el/la paciente y por tanto, parte del material a elaborar. Da por cierto también que comprender supone disculpar, parece haber surgido de la reacción contra los escritos de H. Arendt respecto al Holocausto nazi (la “banalidad” del mal). Todorov, desde un posicionamiento moral, plantea diferentes procesos para las víctimas: los supervivientes de los campos de exterminio no tienen que intentar entender a sus verdugos, porque la comprensión implicaría una identificación con ellos, por parcial y provisional que sea, y eso “puede acarrear su propia destrucción”... Al mismo tiempo, para los demás (no víctimas), Todorov dice “comprender el mal no significa justificarlo, sino darse los medios para impedir su regreso”.

Jugar el rol del agresor puede ser difícil para algunas/os protagonistas por el miedo y rechazo que esta figura provoca, y debe ser manejado con cuidado por el/la terapeuta. Pero un pensamiento recurrente común en las personas que han sufrido situaciones traumáticas es “por qué me ha ocurrido a mí”. Todos los elementos que puedan integrarse en la acción terapéutica respecto a este tema van a ayudar a la comprensión de la situación global por quien la ha sufrido. Poder jugar este rol (directamente o con objetos intraintermediarios, como títeres) restituye elementos psicológicos y es a la vez indicador de mejoría.

Algunas conclusiones

En los estudios sobre trauma observamos puntos de contacto con los enfoques generales desarrollados en el Núcleo del Yo-Esquema de Roles y en general en todo el modelo sicodramático de Rojas-Bermúdez:

1. La mente/el cerebro se desarrollan en el contacto de las relaciones humanas. (Estructuración del Núcleo del Yo.

Homenaje a Rojas-Bermúdez

Estructuras Genéticas Programadas Internas y Externas. Rojas-Bermúdez, 1979; 2016).

2. Los aportes de campos afines pero independientes, como la psicología del desarrollo y la neurociencia cognitiva pueden ser sintetizados dentro de un marco integrado para comprender la forma como el cerebro activa los procesos mentales y es directamente estructurado en las experiencias interpersonales. (Rojas-Bermúdez, 1979; 2016).
3. En una elaboración de los conocimientos que llevan a un modelo integrativo e integrado, que funciona adecuadamente como instrumento para el abordaje del material expuesto. (Rojas-Bermúdez, 1984, p.37).

La teoría del Núcleo del Yo/Esquema de Roles (Rojas-Bermúdez, 2016) facilita la comprensión y ubicación de lo traumático, que puede ocurrir en diferentes etapas evolutivas, situaciones e intensidades, tanto del llamado TEPT simple como del TEPT complejo.

La riqueza de los instrumentos sicodramáticos dentro del modelo de Rojas-Bermúdez favorece un abordaje gradual a las situaciones y secuelas del trauma, empleando técnicas más movilizadoras (dramatizaciones) o más objetivas (imágenes sicodramáticas). La utilización de objetos con diferentes funciones (auxiliares, intermediarios o intraintermediarios) permite mayor flexibilidad y opciones terapéuticas en

los abordajes. (Rojas-Bermúdez, 2016; Rojas-Bermúdez y Moyano, 2012, 2020)

Quizá es necesario aclarar que no se trata de un uso indiscriminado de las técnicas sicodramáticas. La movilización del material, que puede ser relativamente fácil, aún siendo necesaria no basta; la elaboración de lo emergente, y más en el caso del trauma, es igualmente necesaria. Es el paciente, o el grupo, quien nos guía en lo que va pudiendo exponer, abordar e integrar. Es importante también tomar el material presentado para poder elaborarlo; eludirlo fomenta en el/la paciente la vivencia de inabordable e insuperable.

En el abordaje del trauma en sicodrama grupal el caldeamiento del grupo como totalidad y a lo largo del proceso terapéutico en las sesiones cobra particular importancia para ir regulando las exposiciones individuales de modo que la cohesión grupal pueda hacer de soporte a los contenidos individuales, que pueden ser duros e impactantes. Una exposición de elementos con excesiva carga emocional o social por parte de un-a integrante (violaciones, abusos, etc.) en un grupo que no ha logrado aún suficiente cohesión puede resultar disruptiva e incluso disolver al grupo o resultar en el abandono del grupo por parte de la persona que ha expuesto esos contenidos personales.

Para finalizar, una reflexión acerca de la capacidad de las imágenes en el arte, en este caso pictóricas, para ayudar a elaborar todo lo traumático, lo que no se comprende, lo que lastima....



Figura 3. L. Bourgeois. Arched figure / Sin título /Arch of Hysteria.

“Mi infancia nunca ha perdido su magia, nunca ha perdido su misterio y nunca ha perdido su drama. Todos mis trabajos en los últimos cincuenta años tienen su origen en mi niñez”.

REFERENCIAS

- American Psychological Association. (2015). *APA Dictionary of Psychology*. (2 ed.).
- Cazabat, E., Kriwet, M. Trauma Psicológico. <http://www.psicotrauma.com.ar/cazabat/archivos/17-Cazabat-TraumaPsicologico-Enciclopedia>.
- Cazabat, E. (2002). Nuevos abordajes psicoterapéuticos en el tratamiento del trauma. *Revista de Psicotrauma para Iberoamérica n°1*.
- Cervera Pérez, I., López-Soler, C., Alcántara-López, M., Castro Sáez, M., Fernández-Fernández, V., & Martínez Pérez, A. (2020). Consecuencias del maltrato crónico intrafamiliar en la infancia: trauma del desarrollo. *Papeles del Psicólogo*, 41(3), 219-227. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2934>
- Conway, M. A. (2001). Sensary-perceptual episodic memory and its context: Autobiographical memory. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B-Biological Sciences*. 356(1413) 1375-1384.
- Ford, J. D. (2009). *Posttraumatic Stress Disorder: Science and Practice*. Elsevier.
- Gutiérrez Ángel, N. (2018). Análisis bibliográfico de las características y consecuencias de los roles desempeñados en la violencia escolar: agresores, víctimas y observadores. *Apuntes de Psicología*, 36(3), 181-189.
- Herman, J.L. (1997). *Trauma and Recovery: The aftermath of violence-from domestic abuse to political terror*. New York: Basic Books.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (dirección de Daniel Lagache). (1997). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Luxenberg, T., Spinazzola, J., & van der Kolk, B. (2001) Complex Trauma and Disorders of Extreme Stress (DESNOS). Diagnosis, Part One: Assesment. *Directions in Psychiatry*, 21(25,26), (373-395).
- Milton, A. (2020). *Can we edit memories?*. TEDxCambridge University. Copyright: CC BY-NC-ND 4.0 <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>
- Moyano, G. (2021). *Psychodrama: The Model and Contributions of Jaime G. Rojas-Bermúdez*. In J. M. Maya & J. Maraver (coord.). *Psychodrama: Advances in psychotherapy and psychoeducational interventions*. (pp. 111-139). Nova Science Publishers, Inc.
- Newcomer, J.E., Selke, B.A., Melson, A.K., Hershey, T., Craft, S., Richards, K., & Alderson, A.L. (1999). Decreased Memory Performance in Healthy Humans Induced by Stress-Level Cortisol Treatment. *Arch. Gen. Psychiatry*, 56, 527-533.
- Phelps, E. A., & Hofmann, S. G. (2019). Memory editing from science fiction to clinical practice. *Nature*, 572, 43-50. <https://doi.org/10.1038/s41586-019-1433-7>.
- Rojas-Bermúdez, J. G. (1966). *¿Qué es el sicodrama?* Buenos Aires: Genitor.
- Rojas-Bermúdez, J. G. (1979). *Núcleo del Yo. Lectura Sicológica en los Procesos Evolutivos Fisiológicos*. Buenos Aires: Genitor.
- Rojas-Bermúdez, J. G. (1984). *Qué es el sicodrama?. Teoría y práctica*. (4ªed. ampliada). Buenos Aires: Celcius.
- Rojas-Bermúdez, J. G. (2017). *Teoría y técnica sicodramáticas*. Sevilla: Punto Rojo.
- Rojas-Bermúdez, J. G., Moyano, G. (2012). Teoría y técnica de las imágenes sicodramáticas. In Rojas-Bermúdez, J., Corts, J. M., Domínguez Rivera, C., Fonseca Fábregas, L. E., González Cuesta, M. C., Mercader Larios, C., Moyano G., & Rey Pousada, R., *Actualizaciones en sicodrama. Imagen y acción en la teoría y la práctica* (pp.15-57). Rutis-Culleredo (A Coruña): Espiral Maior.
- Rojas-Bermúdez, J., & Moyano, G. (2020). Puppets as psychotherapeutic instrument: Intermediary and Intraintermediary Objects in Psychodrama. *Journal of Applied Arts and Health*, 11(1-2). https://doi.org/10.1386/jaah_00025_7
- Schore, A. N., & Sieff, D. F. (2015). On the same weavelength: How our emotional brain is shaped by human relationships. In D. F. Sieff (Ed.) *Understanding and healing emotional trauma: Conversations with pioneering clinicians and researchers* (pp. 111-136). UK. Routledge.
- Siegel, D. J., & Sieff, D. F. (2015). *Beyond the Prison of the Implicit Memory: The Mindful Path to Well-being*. In D. F. Sieff (Ed). *Understanding and Healing Emotional Trauma: Conversations with Pioneering Clinicians and Researchers*, (pp. 137-160). Routledge, UK.
- Spinazzola, J., Blaustein, M., & van der Kolk, B. A. (2005). Posttraumatic stress disorder treatment outcome research: The study of unrepresentative samples? *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 18(5), 425-436. <https://doi.org/10.1002/jts.20050>.

MEMORIA, JUEGO Y DRAMATIZACIÓN EN SICOTERAPIA SICODRAMÁTICA: Una posible guía metodológica.

Ramiro Bravo

Sicólogo. Sico terapeuta. Director de Sico drama (ASSG, Argentina).
Máster en Estudios de Género y Desarrollo Profesional (US, España).
Miembro del Grupo de Investigación en Sico drama y docente del Centro de Sico drama, Sociodrama y Sico danza (Sevilla, España).
Secretario de la ASSG, España

RESUMEN

El presente trabajo pretende realizar una articulación teórico– metodológica sobre la lectura sicodramática del proceso de aprendizaje propuesta por Jaime Rojas-Bermúdez y el abordaje de sucesos traumáticos en sicoterapia sicodramática.

Para ello se realiza un breve recorrido sobre los procesos de Memoria, Juego y Dramatización a la luz de la teoría del Esquema de Roles y Núcleo del Yo (Rojas-Bermúdez, 1979) y se toma como ejemplo, el abordaje sicodramático de un suceso traumático en encuadre de sicodrama individual.

A partir de la viñeta clínica, se puede observar cómo la implementación de las técnicas básicas de construcción de imagen y dramatización, pueden ser homólogas a los momentos de procesamiento, elaboración e instrumentación de la información respecto al proceso de aprendizaje en la niñez, adolescencia y adultez.

ABSTRACT

The present work intends to carry out a theoretical-methodological articulation on the psychodramatic reading of the learning process proposed by Jaime Rojas-Bermúdez and the approach to traumatic events in psychodramatic psychotherapy.

To do this, a brief tour of the processes of Memory, Play and Dramatization is carried out in light of the theory of the Roles Scheme and the Core of the Self (Rojas-Bermúdez, 1979) and the psychodramatic approach to a traumatic event is taken as an example. in individual psychodrama framing.

From the clinical vignette, it can be observed how the implementation of the basic image construction and dramatization techniques can be homologous to the moments of processing, elaboration and instrumentation of the information regarding the learning process in childhood, adolescence and adulthood.

PALABRAS CLAVE:

aprendizaje, construcción de imagen sicodramática, dramatización, sicoterapia sicodramática.

KEY WORDS:

learning, psychodramatic image construction, dramatization, psychodramatic psychotherapy.

Introducción

A partir del modelo clínico de sicodramático propuesto por Jaime Rojas-Bermudez, se plantea la relación entre los procesos de memoria, juego y dramatización vinculados al aprendizaje y su correspondiente articulación en sicoterapia sicodramática, ejemplificado a través de una breve viñeta clínica.

Tal como refiere María Candelas González Cuesta (2012) “memoria, juego y dramatización constituyen las tres etapas del proceso de aprendizaje según la teoría de Jaime Rojas Bermúdez (1997). Se corresponden con las actividades cerebrales de: registro, elaboración e instrumentalización de la información” (p. 323).

El punto de partida que permite relacionar los procesos de aprendizaje y su instrumentalización en un contexto sicoterapéutico reside en la siguiente afirmación:

“...así como en el aprendizaje de roles hay cierta labor terapéutica, en el psicodrama y en el sociodrama también hay un grado de aprendizaje...” (Rojas-Bermúdez, 1997, p.110).

Para continuar, propongo refrescar la concepción sicodramática del aprendizaje, elaborada por Rojas Bermúdez, presentada por primera vez en su libro ¿Qué es el Psicodrama? -tercera edición- del año 1975.

Desde un enfoque fenomenológico-observacional, Rojas-Bermúdez (1975) lo presenta en tres etapas que siguen un orden lógico y evolutivo, al tomar como ejemplo lo que sucede cuando un adulto relata un cuento clásico de tres animalitos a dos niñas de 4 y 3 años (p. 71).

1-En un principio, la atención de las niñas se centra únicamente en escuchar el relato por parte de una persona adulta significativa que gesticula y actúa al leer el cuento, transmitiendo emociones que cautivan su atención. Esto se repite muchas veces

y es incluso imprescindible que el adulto no altere absolutamente nada del relato original o inicial, ya que las niñas así lo requieren. Lo escuchan atentamente, con su cuerpo quieto, depositando toda su atención en la escucha del relato, muchas veces, durante varios días.

Este primer momento se corresponde con la etapa que Rojas-Bermúdez (1975) denomina Memoria, en la cual las niñas registran el cuento en un modo lineal, sucesivo, como todo discurso, hasta lograr elaborar una imagen mental del mismo (p. 76). En ese momento, el relato se convierte en una pertenencia del yo y las niñas pueden disponer de ella a voluntad sin la necesidad de la persona que les relata el cuento. Todos los intentos de escuchar una y otra vez el mismo relato tienen que ver con poder apropiarse del mismo, a través de la construcción de su correspondiente imagen mental. De allí que, explica Rojas-Bermúdez (1975), el intento porque nada cambie en el relato está relacionado con la construcción minuciosa de su mapa mental en tanto imagen que pertenece al Yo de las niñas (p. 76).

2- Luego de un tiempo, la atención de las niñas ya no se centra en una escucha atenta, sino que se desplaza al juego individual con el cuento. Las niñas ya no solicitan que se les relate el cuento, sino que en base al mismo, lo juegan con objetos y cosas (Rojas-Bermúdez, 1975, p.78)

Esta etapa se caracteriza por el Juego, que es posible a partir del descubrimiento de la estructura del cuento al transformar con su juego el registro lineal en un registro de superficie, donde las relaciones entre sus partes ya no son sucesivas sino más bien, pasan a ser simultáneas (Rojas-Bermúdez, 1975, p.78).

Las niñas abandonan un rol más bien “pasivo-receptivo” y se animan a recrear el cuento con objetos, siendo directoras del cuento. Juegan sus escenas con objetos que siguen la secuencia del cuento, fuera de sí, en el ambiente a través de su propio cuerpo que

acomoda los objetos y las cosas para que el cuento transcurra fuera y no quede sólo en su relato verbal (Rojas-Bermúdez, 1984, p.141).

Se produce una una visión tridimensional y corporal, que les abre a las niñas toda una fuente de conocimientos, fundamental en el aprendizaje. Las niñas juegan aquí en soledad, cada cual por su lado, son directoras de su propio juego, montando todos los personajes al mismo tiempo, en simultáneo sobre el espacio, "(...) hasta conseguir reproducir en el Ambiente la Imagen que tiene del mismo, esta reproducción fiel en el Ambiente, la denomino Imagen Real" (Rojas-Bermúdez, 1975, p. 77).

3-Por último, la atención en las niñas se redirecciona al pasar a dramatizar el cuento. Ya no son directoras del juego, sino más bien, intérpretes de un rol, protagonistas del cuento. Así delegan o asignan en otras personas, los restantes roles complementarios.

En esta etapa llamada por Rojas-Bermúdez (1975) dramatización, al actuar su propio juego sobre el cuento, pueden experimentar los contenidos de cada personaje, sus emociones, vivenciar sus sentimientos, desde las distintas formas sociales descubiertas en la etapa anterior (p. 77, 79).

De este modo, el cuento se convierte en patrimonio exclusivo de las niñas, pudiendo disponer de él para contarle, jugarlo, dramatizar o aplicarlo a cualquier otra situación que deseen (Rojas-Bermúdez, 1984, p. 143). Por regla general, una vez que dramatizan el cuento en su totalidad, la atención de las niñas ya lo abandona y se dirige a otro cuento o actividad que capture su interés.

Tal como menciona Rojas-Bermúdez (1984): "(...)la teoría vista más arriba en el aprendizaje de niños mayores, adolescentes y adultos, basta con cambiar en la etapa de juego físico y concreto con las cosas por el juego mental con las huellas mnémicas y las abstracciones"(p.143).

Para continuar, se presentará una breve viñeta clínica con el fin de articular la visión sicodramática del proceso de aprendizaje (con su correspondiente secuencia lógica y evolutiva) y el material clínico ofrecido por un paciente en consulta sicoterapéutica sicodramática.

Allí donde las niñas memorizan, juegan y dramatizan un cuento, en paralelo, se verán los puntos de equivalencia en la vivencia del hecho traumático y su constante rememoración angustiante, su puesta en escena y posterior dramatización.

Viñeta clínica:

Se trata de a un varón de 30 años tratado en encuadre de sicodrama individual, quien trae a sesión una sensación repetida de espanto, a raíz de una imagen que le viene a su mente de modo recurrente cada vez que habla del tema de volver a ser padre o tener más hijos/as con su pareja. La imagen en cuestión representa a su pareja en la sala de parto ensangrentada con mucha sangre.

La situación, según el paciente, vivida dos años atrás cuando acompañó a su pareja en la sala de parto del hospital, no le permite pensar en otra cosa desde el día que comenzaron a hablar de volver a tener un hijo/a. De hecho, comenta que su proyecto inicial era crear una familia con dos hijos/as y que ahora ese proyecto estaba en suspenso. El recuerdo vívido de esa situación es lo que una y otra vez le vuelve a su mente y lo atormenta, impidiendo que pueda pensar en otra cosa durante el día, cada vez que habla de algo similar a un parto u hospitales, cualquier tema cercano le trae la imagen a su mente y le dificulta pensar en otra cosa.

Su pareja, en cambio, de acuerdo con el relato del paciente, fue quien padeció la situación de violencia obstétrica por parte del equipo médico del hospital, ya que en su relato enumera muchas situaciones de negligencia médica sufridas por su pareja en

el embarazo y en el desarrollo del parto, en contexto de alerta por pandemia. Su pareja no tiene las mismas sensaciones, ni padece de las mismas reminiscencias. Sufrió mucho durante el parto y luego en la recuperación pero evolucionó favorablemente y ahora ya se encuentra mejor.

La diferencia entre el paciente y su pareja reside en el haber protagonizado la situación de modo activo o pasivo, de manera corporal o sólo observando. Entre ambas personas hay un vínculo emocional afectivo estrecho, por ello la cercanía en la relación entre el observador y quien sufre directamente un evento traumatizante opera de modo diferente en cada una de las personas. Tal es así que:

“La participación en un acto, por más traumático que sea, permite en sí un cierto grado de elaboración del que carece quien solo presencia. Además, la resonancia interior, al no estar acompañada con una realidad que la contenga y la limite, permite el libre curso de la fantasía. En este caso, los contenidos se tornaron más traumáticos que los hechos”. (Rojas-Bermúdez, 1984, p. 67)

A continuación se le pide al paciente que realice en el escenario la imagen sicodramática de la situación que tanto le perturba:



Imagen 1. Imagen sicodramática realizada por el protagonista sobre el recuerdo del parto.

Con la tela azul representa a su pareja en la sala de parto, en posición de parto; con la tela roja la hemorragia.

Luego, al representar la imagen, antes de adoptar la forma de cada elemento y su correspondiente soliloquio, advierte que él se encontraba en la imagen, primero detrás, junto a su esposa:



Imagen 2. Imagen sicodramática realizada por el protagonista sobre el recuerdo del parto, donde él mismo se incluye.

Con la tela azul representa a su pareja en la sala de parto, en posición de parto; con la tela roja la hemorragia y con la tela marrón se representa a él mismo.

El paciente adopta la postura de cada elemento, comenzando por la tela roja, que ahora son pisadas, huellas, con sangre de las enfermeras que van y que vienen; su esposa en posición de parto, y él junto a ella -por detrás a su derecha-, cogiéndole la mano.

Realiza los soliloquios de cada elemento:

1-Huellas de sangre, pisadas (las enfermeras van y vienen desesperadas, se complica el parto).

Homenaje a Rojas-Bermúdez

- 2-Su pareja que dice: “me duele, me duele mucho, no puedo, ayuda”.
- 3-El protagonista (en su propio rol) no puede emitir palabra.

Al realizar la imagen sicodramática con las correspondientes formas corporales en cada elemento y sus soliloquios, el protagonista advierte que en realidad, él no estuvo mucho tiempo detrás, que lo peor que vivió fue de otra manera, y realiza la siguiente imagen:



Imagen 3. Imagen sicodramática realizada por el protagonista sobre recuerdo del parto, donde incluye el rol del médico.

Con la tela azul representa a su pareja en la sala de parto, en posición de parto; con la tela roja la hemorragia, más las huellas de las enfermeras; con la tela negra al doctor que han llamado por la complicación del parto, y el protagonista se representa a sí mismo con la tela marrón, en la esquina inferior de la imagen, con una postura acucillada, de piernas flexionadas, encogidas sobre sí mismo.

Explica que está allí porque las enfermeras, al advertir la complicación del parto, lo quitan de su lugar y llaman al médico.

- 1-Toma la postura de su pareja, casi inconsciente del dolor, en posición de parto; cuyo soliloquio es: “me, duele, me duele, ¡no puedo!”

- 2-Al asumir el lugar del médico, el protagonista se ubica sobre el vientre de la mujer, encima, presionando con todo el peso de su cuerpo -que “era muy grande”-, con las rodillas y los brazos y allí, el protagonista recuerda el olor del médico a una determinada colonia, la cruz de oro que llevaba en el cuello y se movía al hacer, más forma de hablarle a su pareja (soliloquio): “vamos mami, vamos mami, fuerza que no pasa nada”.

- 3-En su propia postura, el protagonista se encoge en el rincón del escenario, sigue con las piernas flexionadas encogidas sobre sí mismo, y su soliloquio es: “me siento pequeño, muy pequeño, no puedo hablar ni moverme”.

Al adoptar cada forma y postura, comienzan a emerger en la imagen contenidos vinculados a emociones, sensaciones, movimientos y soliloquios que adquieren dinamismo y aumentan la carga emocional en juego. Por ello, se pasa de la imagen a una dramatización.

Se le consigna al paciente que dramatice la situación, esta vez, desde su rol, comenzando desde el principio de la situación. Así, parte de estar detrás junto a su pareja, luego las enfermeras le piden que se retire y llaman al médico, él queda de frente a su pareja y la sangre; permanece toda la dramatización agachado, flexionando las rodillas, sin moverse, sin poder hablar.

A partir de una nueva consigna, (dado que actúa exactamente igual que en la situación real), se le pide que retome la dramatización desde la parte final de la escena pero esta vez, que haga lo que se le ocurra si pudiera moverse o hablar.

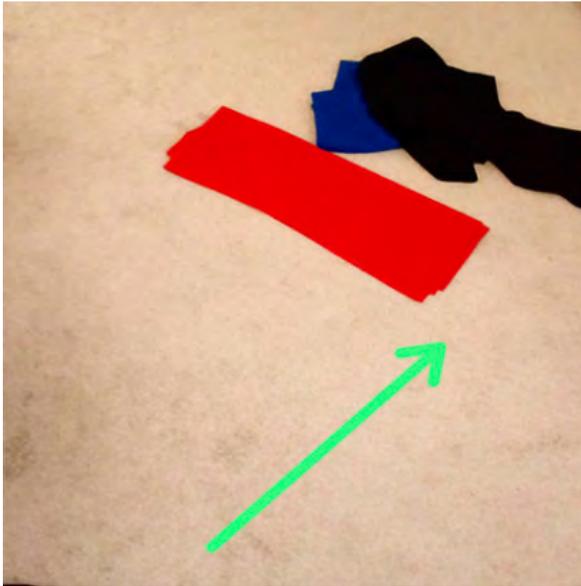


Imagen 4. El protagonista dramatiza la situación del parto asumiendo su propio rol siguiendo la consigna de que exprese y haga lo que siente libremente.

Esponáneamente, el paciente se pone de pié, se eleva de su flexión en lo bajo y esquinado del escenario y se acerca al médico a quien le dice: “¿qué estás haciendo?; Le haces daño!! ; Para!, le tienen que hacer una cesárea a mi esposa”, y dirigiéndose a las enfermeras: “Llamen a otro médico. ¿No ven que este médico le está haciendo daño a mi mujer?” y a su pareja le coge la mano por detrás y le dice: “ya vas a estar mejor, tranquila, estoy contigo”.

Otra alternativa, si el protagonista no hubiera podido ejecutar movimiento o articular palabra con la última consiga, podría haber sido que exprese con una tela lo que la situación le suscita. Y luego, una vez realizado esto, incluso acompañar los movimientos con sonido, luego con palabras.

También, otra opción hubiera sido primero jugar la escena con títeres y posteriormente, con una dramatización sin títeres, donde el protagonista desde su propio rol resolviera la escena a partir de los contenidos expresados con los títeres.

En cuanto a la evolución posterior del caso, el paciente dejó de sufrir reminiscencias

relativas a la situación de parto de su pareja y el nacimiento de su hija, pudiendo volver a replantearse su proyecto de paternidad.

Incluso más, poco tiempo después del abordaje de la situación traumática, comentó en sesión que tuvo que volver al área de urgencias del mismo hospital donde había nacido su hija, esta vez con la niña de dos años sufriendo mucho dolor y fiebre. Lo recibieron en urgencias y les hicieron esperar más de una hora, sin darle prioridad a su hija, e incluso atendiendo antes a personas recién llegadas, menos graves; con lo cual, en lugar de esperar y experimentar internamente un malestar intenso por la situación, el protagonista solicitó hablar con el equipo médico de urgencias y su hija fue atendida al instante, sin mayores inconvenientes.

Recordar, jugar y dramatizar en sicoterapia sicodramática

Si repasamos el abordaje sicodramático del caso presentado, en un primer momento, desde su relato, el protagonista rememora la situación vivida verbalmente, en un modo lineal, sucesivo, en base al registro de estímulos estructurados como imagen recurrente, atemorizante. Su relato es fragmentario, limitado, en base a la impresión que le causa la imagen mental del parto y con muchos contenidos elicitados, que poco a poco emergen con la construcción de la imagen sicodramática.

La etapa de juego se corresponde con la creación de la imagen sicodramática que parte de la imagen mental, y al ser representada fuera de sí y observada con distancia, equivale a una puesta en escena. Esto le permite al protagonista clarificar y redefinir la imagen interna en un proceso de continua re-aferencia (Rojas-Bermúdez & Moyano, 2012, p. 21).

Con la construcción de la imagen sicodramática, se pasa de un registro relatado de modo lineal a un registro en superficie, donde las relaciones dejan de ser sucesivas y pasan a ser simultáneas (Rojas-Bermúdez, 2017, p. 171).

Tabla 1. Similitudes entre las etapas del proceso de aprendizaje y el abordaje de un suceso traumático.

MEMORIA	JUEGO	DRAMATIZACIÓN
Las niñas escuchan el relato del cuento (en un registro lineal, sucesivo) e intentan poco a poco construir un mapa mental del mismo.	Descubrimiento de la estructura del cuento al transformar con su juego el registro lineal en un registro de superficie, donde las relaciones ya no son sucesivas sino más bien, pasan a ser simultáneas.	Al actuar su propio juego sobre el cuento, pueden experimentar los contenidos de cada personaje, sus emociones, vivenciar sus sentimientos, desde las distintas formas sociales descubiertas en la etapa anterior.
Relato por parte del protagonista de la vivencia del hecho traumático y su constante rememoración angustiante.	Se corresponde con la creación de la imagen sicodramática que parte de la imagen mental, y al ser representada fuera de sí y observada con distancia, sirve de base (a partir de sus formas y soliloquios) para una posterior puesta en escena en la siguiente fase (dramatización).	El protagonista puede vivenciar los contenidos de cada personaje de la escena y crear -ensayar- desde su propio rol una respuesta diferente para la misma situación angustiante, integrando todos los elementos del suceso traumático en la dramatización del suceso.

Fuente: elaboración propia, 2023.

Como referencia, se puede observar la siguiente secuencia lógica: el protagonista crea la primera imagen sicodramática (imagen 1), luego, en la siguiente (imagen 2), se incluye, posteriormente advierte que no era exactamente de ese modo, sino que él estaba en otro sitio (imagen 3) y allí es cuando incorpora más elementos ansiógenos, como la figura del médico (contenidos en principio omitidos que ahora emergen a partir de las formas propuestas en la imagen sicodramática).

A este proceso lo conocemos con el nombre de re-aferencia¹, cuando se establece una interrelación entre la imagen mental que opera como guía o mapa del suceso y la imagen sicodramática. Así se produce una continua interacción entre los hemisferios cerebrales a través del cuerpo y del espacio. La imagen sicodramática aparece, así como organizadora de la percepción alterada y de las imágenes mentales (Rojas-Bermúdez & Moyano, 2012, p.55).

(1) El proceso de feed-back, retroalimentación o re-aferencia es un término general de psicología, biología y medicina, con referencia a los sistemas y los organismos, en un proceso donde hay retorno de información (respuesta) que permite ir reajustando las conductas. Por ejemplo, hay mecanismos de retroalimentación hormonal que controlan la producción.

Aquí, al tratarse de una imagen más bien cercana a lo real del suceso, no tanto una imagen simbólica con formas alegóricas, coincide también con lo que llamamos la “puesta en escena” previa a una dramatización, cuando su protagonista organiza el espacio para comenzar a representar una escena.

La dramatización del suceso traumático se produce cuando el protagonista deja de abordar la imagen (realizada con telas) desde fuera, como su creador, y asume su propio rol, delegando en otros/as los demás roles. Aquí, al tratarse de un encuadre de sicodrama individual, esos otros/as fueron representados con cojines (en la función de objetos auxiliares).

Desde la teoría del Esquema de Roles y Núcleo del Yo creada por Rojas-Bermúdez (1979), sabemos que un suceso traumático impide la posibilidad de una equilibrada articulación entre el hemisferio izquierdo y el hemisferio derecho.

Atendiendo a un enfoque neurofisiológico, existen numerosas investigaciones por Rauch, van der Kolk, et al. (citadas en Rojas-Bermúdez & Moyano, 2012, p. 48) acerca de la relación entre imágenes y respuestas neurovegetativas que se producen ante situaciones extremas donde

prevalece la ansiedad y el estrés. Los estudios realizados revelan el aumento de actividad temporal del hemisferio derecho (vinculado al subsistema yoico natural), con altas medidas

“en los flujos sanguíneos cerebrales locales, en los componentes del hemisferio derecho de los sistemas límbicos y paralímbicos y del córtex visual” (Rojas-Bermúdez & Moyano, 2012, p.48) coherente con el registro de imágenes en los procesos mentales y especialmente en los que predomina la ansiedad.

Mientras que en el hemisferio izquierdo (vinculado al subsistema yoico social) aparece una “disminución del flujo sanguíneo en el córtex frontal inferior izquierdo, y en territorios corticales del hemisferio izquierdo, coherente con la desactivación del área de Broca y con las dificultades de los pacientes que sufren estrés postraumático para verbalizar sus experiencias traumáticas” (Rojas-Bermúdez & Moyano, 2012, p.48).

A través de la elaboración sicodramática que sigue a los momentos de memorizar, jugar y dramatizar un hecho traumático, se promueve la integración de la actividad de ambos hemisferios cerebrales: hemisferio derecho (Yo-natural) y la del hemisferio izquierdo (Yo-social).

Esto facilita la integración funcional de ambos subsistemas y le brinda al protagonista la posibilidad de analizar sus conflictos y elaborarlos favorablemente sin llegar a sobrecargar

su estructura síquica con continuas imágenes mentales perturbadoras (Bravo & Herrador Tordecillas, 2022).

De este modo, se integra el sentir que moviliza la escena vivida (área cuerpo), con las imágenes recordadas (área mente) y es representado -puesta en escena- en el contexto dramático donde el protagonista lo juega al realizar la imagen sicodramática y seguido, continuar con su dramatización que le permite integrar la situación conflictiva.

En la dramatización, el protagonista puede vivenciar los contenidos de cada personaje de la escena y crear desde su propio rol un final alternativo para la misma situación que al dramatizar pudo elaborar. Esto fue posible gracias a la articulación de la palabra, los comentarios, soliloquios (hemisferio izquierdo) junto con las imágenes realizadas (hemisferio derecho), posibilitando una integración funcional emergentista facilitada por la comunicación interhemisférica que hasta el momento se encontraba desarticulada (en estado de shock, parálisis de movimiento, inhibición del habla).

Siguiendo dicha integración funcional, no solo se ha producido una nueva escena con la dramatización, sino además, el protagonista ha podido crear nuevas formas de actuar ante una situación estresante, enfrentándose a un modelo de autoridad de modo espontáneo, creativo, dejando de sentirse “pequeño”.

REFERENCIAS

- Bravo, R., & Herrador Tordecillas, M. C. (2022). *Abordaje sicodramático de sueños vívidos en pandemia*. Sevilla, (paper). Fondo Documental – Asociación de Sicodrama y Sicoterapia de grupo (assg.org).
- González Cuesta, M.C (2012). El sicodrama aplicado al sistema educativo. In J. Rojas-Bermúdez, J. M. Corts, C. Domínguez Rivera, L. Fonseca Fábregas, C. Mercader Larios, G. Moyano, & R. Rey Pousada. *Actualizaciones en sicodrama. Imagen y acción en la teoría y la práctica*, (pp. 323-36). Rutis-Culleredo, Espiral Maior.
- Rojas-Bermúdez, J. G. (1975). *¿Qué es el sicodrama?* (3rd ed.). Genitor.
- Rojas Bermúdez, J. (1979). *Núcleo del Yo*. Genitor.
- Rojas-Bermúdez, J. G. (1984). *¿Qué es el sicodrama?* (4nd ed.). Celcius.
- Rojas Bermúdez, J. (1997). *Teoría y Técnica psicodramáticas*. Paidós.
- Rojas-Bermúdez, J., & Moyano, G. (2012). Teoría y técnica de las imágenes sicodramáticas. In J. Rojas-Bermúdez, J. M. Corts, C. Domínguez Rivera, L. Fonseca Fábregas, C. Mercader Larios, G. Moyano, & R. Rey Pousada. *Actualizaciones en sicodrama. Imagen y acción en la teoría y la práctica*, (pp. 15-57). Rutis-Culleredo, Espiral Maior.
- Rojas Bermúdez, J. (2017). *Teoría y Técnica sicodramáticas*. (2nd ed.) Punto Rojo.

VICTIMIZACIÓN SECUNDARIA DE VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL INFANTIL.

Intervención sicodramática

Nuria Garrocho Durán

Licenciada en Psicología. Psicoterapeuta Familiar. Máster en Psicoterapia Relacional (Universidad de Sevilla). Directora en Sicodrama (ASSG). Miembro de la Asociación de Sicodrama y Psicoterapia de Grupo (ASSG-Escuela Rojas-Bermúdez). Miembro de la Asociación Española de Psicodrama (AEP).

Sicoterapeuta en contextos sanitarios, social-comunitarios y educativos. Especialista en prevención, detección e intervención en los malos tratos a la infancia y en el tratamiento de menores víctimas de abuso sexual y/o de género. Especialista en intervención con adultos/as víctimas de abuso sexual y víctimas de violencia de género.

Docente en supervisión de roles profesionales y en la prevención, detección e intervención en el maltrato infantil, violencia sexual y de género. Imparte formación especializada en contextos públicos y privados, para profesionales y para padres y madres.

[email: info@nuriagarrocho.com](mailto:info@nuriagarrocho.com)

RESUMEN

Los profesionales que intervenimos con abuso sexual infanto-juvenil cuestionamos el impacto psicológico que tiene en la víctima de abuso sexual tener que contar a diferentes profesionales en reiteradas ocasiones los abusos sexuales, no solo reactivando la sintomatología asociada al abuso sino generando nuevos síntomas y secuelas. La victimización secundaria es otra tipología de maltrato con consecuencias graves para la salud mental infanto-juvenil. Para su abordaje expongo la técnica de la dramatización: hacer reproducir en el “como si” la declaración en el juicio, escena temida para las víctimas de abuso sexual infantil (ASI) y que reactivan toda la sintomatología asociada a la victimización secundaria. Finalizo poniendo el énfasis en la importancia de buscar modelos de evaluación y técnicas en el tratamiento de víctimas ASI, sirviendo como ejemplo el modelo Barnahus, o Casa de los niños donde se realizan entrevistas a los/as menores víctimas ante un representante del ámbito legal que son de validez para los juicios como pruebas preconstituidas. Así como programas de preparación para víctimas que ayudan a los niños, niñas y adolescentes a saber qué esperar del sistema de justicia, cuáles son sus derechos como testigos/víctimas, cómo declarar en el juzgado, si fuera necesario, o quiénes son los agentes que participan/intervienen a lo largo de todo el proceso, entre otros.

ABSTRACT

Professionals who work child sexual abuse (CSA) are concerned of the psychological impact on victims that may have the repeating to different professionals in several occasions the abuse suffered, not only reactivating de symptomatology associated to the abuse but solo generating new symptoms and sequels. Secondary victimization is another kind of mistreatment with serious consequences for the health of children. To approach this the author proposes the technique of dramatization: reproduce in the “as if” the testify in court, threatened scene for victims of CSA. Finally, foreground the importance of seeking assessment models and treatment techniques for victims of SCA, being an example to follow the “Barnahus” or “Children’s House”, where children are interviewed in presence of the judicial authority for the preconstituted evidence, as well as programs to prepare victims in order to help them to know what to expect of the judicial system, their rights as witnesses or victims, how to declare in court, if necessary, and who are the agents that participate along the process.

PALABRAS CLAVE:

abuso sexual, victimización secundaria, sicodrama, declaración

KEY WORDS:

sexual abuse, secondary victimization, sicodrama, testify.

1. Abuso sexual infanto-juvenil

El abuso sexual en la infancia y/o adolescencia es una tipología de maltrato que atenta contra la integridad física y psicológica de los/as menores. Consiste en contactos y actividades sexuales, impropias de la edad de desarrollo, entre un/a menor y un adulto o un/a menor y otro/a menor, con la finalidad de conseguir la estimulación sexual del propio agresor o de terceras personas, utilizando una posición de poder sobre la víctima, ejercido de forma individual o en grupo. Criterios básicos para que se considere violencia sexual son: que haya diferencia de poder entre la víctima y el agresor y que se utilice al/a menor/a para satisfacer sexualmente a sí mismo o a un tercero. Los tipos de conductas en que puede consistir el abuso sexual hacia los/a menores pueden ser con o sin contacto físico, proposiciones verbales, caricias sexuales, peticiones sexuales, exhibición de los órganos genitales o penetración (anal, genital u oral).

La victimización secundaria es otra tipología de maltrato asociada a las víctimas de abuso sexual infantil (ASI). Son efectos derivados de la victimización primaria (la provocada por la perpetración del delito) cuando tienen que narrar reiteradas veces a diferentes profesionales del sistema (sanitario, servicios sociales y justicia) los episodios de abusos sexuales.

La victimización secundaria tiene consecuencias físicas, emocionales y económicas en la víctima del delito más allá de los provocados por el delito mismo y a consecuencia de su intervención en el proceso en todas sus fases: denuncia, investigación, juicio, ejecución.

Las consecuencias físicas y psicológicas consisten en la reactivación de la sintomatología asociada al abuso sexual: quejas somáticas (dolor de cabeza, de barriga, fatiga, malestar general, cansancio generalizado) ansiedad, depresión, alteraciones de la conducta alimentaria,

alteraciones del sueño, irritabilidad, sentimiento de culpa e indefensión, estigmatización, vergüenza, sentimiento de injusticia, impotencia, rabia y frustración y afectación en las esferas familiar, educativa y social.

(Dicha sintomatología no es específica de la victimización secundaria ya que pueden observarse como reacciones ante diversas situaciones de estrés y suelen poner de manifiesto los intentos por adaptarse a variadas experiencias de traumatización).

2. Intervención psicodramática con víctimas ASI

El psicodrama de Rojas Bermúdez es un modelo que aborda la psicopatología y la sintomatología desde la teoría del núcleo del yo y el esquema de roles, permitiendo intervenir desde diferentes encuadres: psicodramático (individual o grupal, psicodanza) sociodramático (familiar, pareja, diadas: madres o padres /hijos e hijas), aprendizaje (rol), juegos psicodramáticos con el/a paciente, eligiendo de forma individualizada cómo intervenir según las características de éstos. Es un modelo de trabajo más participativo por parte del paciente, e integrativo, con múltiples vías de abordaje del material del paciente: la palabra, la acción, el trabajo con objetos (OI, OII), la imagen construida por el/a paciente, etc.

Los elementos que conforman toda sesión psicodramática son el 5x3x3: cinco instrumentos, 3 etapas, 3 contextos. Cinco instrumentos: director, yo auxiliar, protagonista, escenario y auditorio. Tres instrumentos: caldeamiento, dramatización y comentarios. Tres etapas: social, grupal y dramática.

Con la metodología psicodramática utilizamos dos técnicas básicas: la imagen y la dramatización. La imagen es la representación concreta que hace el paciente en el escenario de su imagen

mental referente a un tema determinado, es única y personal y refleja cómo ha quedado organizado internamente. Esta organización corresponde al recuerdo de la vivencia de lo sufrido, en la visión particular de cada víctima del abuso sexual. Mediante telas, máscaras o técnicas de creación estética, como la silueta, podemos trabajar con dichas imágenes. Sus funciones son varias: objetivar en el afuera lo que está internamente en la psique del paciente, facilitar la integración de nuevo tras la elaboración de su material creado y la función creativa, permitiéndole crear su propio material de trabajo sicoterapéutico.

“La imagen sicodramática es una forma creada por el protagonista en el escenario, que expresa, en su configuración, la organización que el protagonista está dando al tema que se está tratando, el sentido y significados que la experiencia tiene para él, los elementos que enfatiza y omite en una estructura y la exploración de sus significados. Así, el mundo interno del protagonista es ubicado fuera de él, sobre el escenario y al mismo tiempo, al materializar la imagen mental, esta se hace más clara y definida, él puede verla y reajustar reacciones y experiencias referenciales.” (Moyano, 2019, p. 48)

La dramatización es la representación en movimiento donde cobran vida los personajes que forman parte de las escenas traumáticas para el/la paciente, se puede trabajar con objetos intra e intermediarios (almohadones, títeres, animales) o con personas (paciente individual y yo auxiliar o pacientes en las sesiones grupales y yo auxiliar/es). Es la técnica en la que el protagonista es autor y actor, ya que asume un rol dentro de la situación planteada. La situación es vivencial e involucra al cuerpo y la emoción, en un contexto protegido como es el espacio terapéutico, permite la expresión, así como la toma de conciencia en la acción.

El sicodrama permite mediante las técnicas y los elementos poner en el espacio

sicodramático (en el como si del escenario) una imagen creada por el/a paciente, por ejemplo, con telas, que representan el abuso sexual para poder ser elaborado por el propio paciente, que le permita poder objetivar lo creado por sí mismo. La imagen le sirve de feedback al/a paciente, es un material de dentro de su psique, y es puesto/a en el afuera, en lugar de expresarlo con palabras, las imágenes son más certeras con respecto a las vivencias personales. Tras crear las imágenes con las telas el/a paciente pasa a la dramatización, otra técnica en la que el paciente con su propio cuerpo pasa a tomar el lugar de los elementos representados.

El espacio sicodramático permite al/a paciente víctima ASI elaborar mediante las técnicas de la imagen o la dramatización fantasías temidas referentes al abuso, también permite intervenir en las diferentes fases: revelación del abuso, afrontamiento de la denuncia y el juicio, secuelas a largo plazo, victimización secundaria, síndrome de acomodación al abuso sexual.

3. Intervención sicoterapéutica en la victimización secundaria. Los procedimientos judiciales y la declaración en los juzgados.

Para los/las menores víctimas de abuso sexual testificar en el juicio es uno de los momentos más difíciles y en los que se reactiva mucha de la sintomatología derivada del trauma. Abordarlo en las sesiones de sicoterapia por un lado es terapéutico a la vez que les aporta seguridad para el afrontamiento a la hora de testificar. En mi experiencia profesional, con menores víctimas de abuso sexual, abordar tanto antes de testificar, como después de testificar, en la sesiones con el/a paciente con la técnica de la dramatización de la escena de testificar en el juicio, permite observar mejorías significativas en la sintomatología que presentan, verbalizando cómo poder tomar conciencia de las emociones: miedo, rabia, tristeza, vergüenza, etc., que les genera

tanto el abuso sexual como la situación de volver a contar fuera del contexto terapéutico. Es de gran utilidad ya que les ayuda en la percepción que tienen sobre el afrontamiento de la situación. Esto que describo es así para los/as menores que pueden enfrentar la declaración, para otros//as menores el afrontamiento de dicha situación es causa de gran malestar psicológico y requiere de mucha elaboración por parte del/a paciente en el contexto sicoterapéutico. También existen casos donde los//a menores verbalizan querer testificar como parte importante de su elaboración del trauma: “es la última vez que lo voy a contar” o “quiero que me escuche el juez”.

El momento de la técnica de dramatización de la escena de testificar en el juicio es cuando el/a menor lo trae a la sesión verbalizando que tiene fecha para el juicio. Éste expresa en la sesión los temores e inseguridades que testificar le genera. Para poner en práctica la técnica al igual que en el desarrollo de toda sesión sicodramática, se inicia la sesión con una etapa de caldeamiento, pudiéndose verbal o corporal, variando en función de cada paciente, del material que aporta verbalmente y la lectura de formas que hacemos como directores/as. Tras una etapa de caldeamiento verbal, pasa al escenario para llevar a cabo mediante la dramatización la escena. Para ello el/la directora/a le da la consigna de hacer una figura con el cuerpo de cada uno de los personajes. El/a paciente se va ubicando en un lugar del escenario sicodramático adoptando una figura con el cuerpo y una vez que ha fijado la figura, se le pide que coloque un almohadón en dicho lugar. (Como sicoterapeutas es significativo observar y tener en cuenta las lecturas de formas de las figuras que hace con el cuerpo en el escenario el/a paciente: dónde los ubica, lo cerca o lejos que están de ellos, así como todo el material verbal que va aportando cuando las hace: sonidos, cambios, dudas, etc.).

Una vez que el/a menor verbaliza que ha ubicado a todos los personajes, incluido el/a protagonista en el escenario sicodramático, se le pide que pase a dramatizar la escena y que diga en voz alta qué están pensando los personajes y qué sienten, empezando por el personaje más alejado emocionalmente siendo el penúltimo el victimario y el último el/a protagonista. El siguiente paso es que el/a paciente verbalice en voz alta los diálogos que el protagonista cree que dirían los personajes en el juicio. Dependiendo del material emergente en el/a protagonista, se puede pedir cuál sería para el/a niño/a la peor situación (en el juicio), o la mejor.

Al realizar las dramatizaciones el/a paciente (protagonista) debe pasar, en el “como si”, por todos los roles significativos de la situación que vivió. Es muy importante el rol de victimario, para que pueda, por un lado, expresar su visión de este personaje y sus ideas (habitualmente no dichas) sobre el abuso sexual; por otro lado, objetivar la situación de modo que pueda integrar todos los elementos importantes y obtener una visión más completa de la situación sufrida. Objetivar en el “como si” las respuestas del victimario: qué pensaba, cómo se sentía, qué le motivó, si pensaba o no en cómo podía sentirse la víctima, etc. Para, desde su propio lugar como víctima, poder ahora expresar y hacer todo lo que en ese momento no pudo expresar: llorar, gritar, agredir al victimario, etc. Al poder hablar desde el victimario (tal como él/ella lo piensa), y pasar después a su propio rol, puede ahora también responder(le) a esos contenidos. Poder jugar el rol de victimario, y en general de todo aquello que nos atemoriza y tememos, permite que el protagonista pase a poseer la globalidad de la situación vivida en una versión propia y más completa.

Si elegimos usar los títeres como objeto intraintermediario para que el/a paciente haga la dramatización se le pediría que eligiera un títere para hacer del protagonista y tantos títeres como personajes piensa que

estarían en el juicio. En la dramatización con títeres, éstos son utilizados para hacer la dramatización de la escena del juicio.

Ambas formas de dramatización, con el cuerpo y con los títeres, son de gran utilidad y la elección dependerá a criterio del director/a de muchos factores, entre otros, el grado de ansiedad que le genera el hacer la escena o si el sí mismo psicológico está tan expandido que no puede jugar los roles. Si las emociones que se generan en el victimario son muy intensas, los títeres a modo de distractor yaico son de gran utilidad ya que esta técnica permite superar la frecuente inhibición provocada por la culpa, la vergüenza o el rechazo, sintomatología muy presente en las víctimas de abuso sexual.

En la etapa de comentarios, al igual que en las sesiones sicodramáticas, además de surgir una posible dramatización posterior, los/as menores cuentan cómo se han sentido y qué piensan de lo que han dramatizado. También es en esta fase cuando al/a paciente se le da la información que necesita saber sobre contenido relacionado con el juicio: cómo es la sala de vistas/juicio, quiénes son los personajes: jueces, fiscales, abogados, etc., en qué orden le preguntan, dónde tienen que sentarse, Qué puede pedir para protección cuando ellos entren a testificar para sentirse más seguros. En resumen, esta fase le ayuda a conocer sus derechos como testigos, algunos consisten en informaciones muy simples como por ejemplo que pueden pedir que se les repitan las preguntas si no las comprenden por el lenguaje usado por los abogados, fiscales y jueces, o por situación ansiógena en sí misma, que pueden tomarse su tiempo y permitirse que salgan todas las emociones que tengan que salir, ya que esto forma parte de la experiencia traumática que experimentaron, que dependiendo de la edad pueden testificar acompañados de una persona de su elección y confianza. Otras son informaciones más complejas del sistema judicial en sí mismo y que la

información que se le aporte va a depender de la edad y nivel de desarrollo madurativo, de las preguntas que plantee el/la propia menor y del momento en el que se encuentra para poder integrarla.

4. Conclusiones

El modelo sicodramático de Rojas Bermúdez me ha estimulado desde que comencé a trabajar con los menores víctimas de abuso sexual a especializarme en la intervención con víctimas ya que como modelo es de una gran riqueza, y plasticidad pero sobre todo por la estructuración metodológica para intervenir con la psicopatología y la sintomatología desde la teoría del núcleo del yo y el esquema de roles que permiten intervenir eligiendo el encuadre más acertado, las técnicas sicodramáticas (la imagen y dramatización), el uso de los objetos: las telas, los almohadones, los títeres, animales, las técnicas de creación estética de máscaras, silueta, etc. Permite adecuar la intervención a cada paciente, a su sintomatología, al trauma y a sus secuelas, a su ciclo evolutivo...siendo también un modelo de gran utilidad en la coordinación la red de profesionales que intervenimos en el abuso sexual infanto-juvenil en los ámbitos psicológicos, educativos, sanitarios y jurídicos.

En mi experiencia profesional he podido objetivar cómo la técnica de la dramatización aplicada a la declaración en el juicio para los/as pacientes víctimas de abusos sexuales tiene grandes beneficios psicoterapéuticos, minimiza las secuelas de la victimización secundaria, así como beneficios preventivos.

Son muy interesantes para los profesionales que intervenimos con infancia y adolescencia experiencias que ya se están poniendo en práctica como la creación de los CAC (Children Advocay Center) y su traslación a Europa en las denominadas

“Barnahus” en los que, a través de equipos multidisciplinares y especializados en todos los ámbitos de la intervención (médica, psicológica, social, jurídica, etc.), se crea un espacio amigable en el que se utiliza la herramienta de la entrevista forense y la grabación de la misma, preconstituyendo así la prueba con todas las garantías legales y evitando que la víctima tenga que repetir el testimonio a lo largo del proceso, que suele durar años, principal y primera manifestación de la victimización secundaria, al tener que revivir, mediante

la repetición del testimonio, la agresión sufrida, nos acerca a lo fácil y complicado a la vez que es todavía la intervención con víctimas de abusos sexuales en la infancia y en la adolescencia. (Pereda 2018 pp.30-39)

Las experiencias respetuosas con los menores y la importancia del cuidado de los contextos en los que trabajamos con éstos son sumativas y pueden integrarse fácilmente con el objetivo de evitar secuelas y revictimizaciones de los menores totalmente innecesarias.

REFERENCIAS

- Moyano, G. (2019). El modelo de Rojas- Bermúdez 60 años de sicodrama. *La Hoja de Ppsicodrama*, 69, 44-49.
- Marina Pereda, N., & Bartolomé, M. (2018). *Bajo el mismo techo*. Save the Children. <https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/bajo-el-mismo-techo-web-doble.pdf>
- Rojas Bermúdez J. G. (2017). *Teoría y técnica sicodramática*. Sevilla: Punto Rojo.
- Rojas Bermúdez, J. G., Corts, J.M., Domínguez Rivera, C., Fonseca Fábregas E., González Cuesta, M. C., Mercader Larios, C., Moyano, G., & Rey Pousada, R.(2012). *Actualizaciones en sicodrama. Imagen y acción en la teoría y la práctica*. A Coruña: Spiralia Ensayo.

EL SÍ MISMO SICOLÓGICO (SMS) EN LA INTERVENCIÓN SICODRAMÁTICA EN CASOS DE VULNERABILIDAD: El uso de la Bolsa Elástica

Manuel Falcón Bueno

Sicólogo. Director de Sicodrama (ASSG). Scoterapeuta (FEAP). Sicoterapeuta Familiar (AEIDTF). Máster en Psicoterapia Relacional (U.S.). Specialist Certificate in Psychotherapy (EFPA). European Certificate in Psychology.

Secretario de la Junta Directiva de la Asociación Española de Psicodrama (AEP). Miembro de la Junta Directiva de la Asociación de Sicodrama y Sicoterapia de Grupo (ASSG). Miembro del Grupo de Investigación en Sicodrama (GIS).

Trabaja en el Equipo de Tratamiento Familiar (ETF) del Ayuntamiento de Alcalá de Guadaíra (Sevilla-España) y en Consulta Privada, en el ámbito de la desprotección infantil y la violencia familiar, desde hace más de 20 años.

Docente del Centro de Sicodrama, Sociodrama y Sicodanza (CSSS- Escuela Rojas-Bermúdez) y del Equipo Cuatro-Sicodramatistas. Imparte formación y supervisión clínica, con sicodrama, en ámbitos sanitarios, educativos y sociales.

Ha impartido formación en el Máster de Psicoterapia Relacional de la Universidad de Sevilla, en el Experto en Violencia Filioparental de la Universidad Pablo de Olavide, en la Universidad Internacional de Andalucía (UNIA) y en la Sociedad Portuguesa de Psicodrama Psicoanalítico de Grupo (SPPPG), entre otros.

mfalko@hotmail.com

0034 678 78 18 70

RESUMEN

La técnica de la “Bolsa Elástica” es una técnica implementada por Rojas-Bermúdez para el trabajo clínico, encuadrándola dentro de las técnicas de objeto y que se utiliza en la dramatización, propiciando una vivencia parecida a las experimentadas en el uso del objeto intraintermediario, pero desde dentro, al estar la persona embolsada.

Esta experiencia conecta a la persona con sensaciones exteroceptivas, interoceptivas y propioceptivas y con una gran variedad de imágenes internas y emociones, que son susceptibles de ser tomadas para el trabajo terapéutico.

ABSTRACT

The technique of the “Elastic Bag” is a technique implemented by Rojas-Bermúdez for clinical work, framing it within the object techniques and that is used in dramatization, promoting an experience similar to those experienced in the use of the intra-intermediary object, but from inside, when the person is bagged.

This experience connects the person with exteroceptive, interoceptive and proprioceptive sensations and with a great variety of internal images and emotions, which are likely to be used for therapeutic work.

PALABRAS CLAVE:

objeto poco estructurado, sí mismo sicológico, sensaciones exteroceptivas, propioceptivas e interoceptivas.

KEY WORDS:

unstructured object, psychological self, exteroceptive, proprioceptive and interoceptive sensations.

Introducción.

Este artículo pretende ofrecer un lugar para la reflexión acerca de los espacios y territorios personales. Esto se facilitará a partir de la vivencia en el escenario sicodramático de experiencias sobre lo interno (lo íntimo) y lo externo (lo que queremos mostrar al otro), sobre las ideas sobrevenidas y las emociones evocadas con la experiencia, en las situaciones de vulnerabilidad de los pacientes con los que trabajamos

.El uso de un objeto como la bolsa elástica y otros de la misma índole, nos llevará a conectar con las sensaciones exteroceptivas, propioceptivas e interoceptivas, y a experimentar las variaciones en nuestro Sí Mismo Sicológico (SMS), ante situaciones comprometidas o de riesgo.

La técnica de la “Bolsa Elástica”.

La técnica de la bolsa elástica fue implementada por Rojas-Bermúdez junto con otras técnicas derivadas de los Objetos Intermediarios (OI) y Objetos Intraintermediarios (OII), y encuadrada como técnicas de objeto (como los OI y OII) o/y técnicas sin palabras.

Podemos diferenciarlas entre la utilización de objetos en la Técnica de Construcción de Imágenes, o en la Técnica de Dramatización.

En la Técnica de Construcción de Imágenes, podemos emplear objetos estructurados o muy estructurados (Moyano, 2018), como almohadones y figuras de animales, o bien objetos poco estructurados, como las telas. Como sabemos, la técnica de Construcción de Imágenes podría igualmente utilizarse con personas que, aunque obviamente no son objetos, son empleadas como si fueran objetos, en tanto que son moldeadas para crear la forma que decide el autor (paciente o alumno). Éstas, sin embargo, poseen mayor grado de estructuración que las telas,

pero menos que las mencionadas figuras de animales o almohadones.

En la Técnica de Dramatización, los objetos utilizados poseen mayor estructuración, como es el caso de los Objetos Intermediarios (OI) e Intraintermediarios (OII). Los títeres, por ejemplo, tendrían mayor grado de estructuración que un calcetín utilizado como títere, y así con otros objetos.

El concepto de grado de estructuración del objeto se define en función de su utilización sicodramática.

Cabe señalar, que los objetos auxiliares, tanto en la Técnica de Construcción de Imagen como en la Técnica de Dramatización se utilizan para enfatizar algún aspecto o elemento de la persona o de lo que ésta quiere mostrar o expresar. En los Objetos Intermediarios (OI) y Objetos Intraintermediarios (OII), de lo que se trata inicialmente es de restablecer una comunicación interrumpida o inexistente (OI), o una comunicación más adecuada al existir un bloqueo, inhibición o dificultad para comunicarse y expresar (OII) (Moyano, 2019).

Una vez explicitado este encuadre, podemos definir la técnica de la bolsa elástica como una técnica de objeto utilizada en la dramatización, que posee cierto grado de estructuración y de ductilidad, cuyo uso implica una vivencia desde dentro, al estar “embolsado”, y que genera unas experiencias cercanas a las vividas en el uso del OII, en cuanto a su empleo para el caldeamiento o como protector yoico.

Se trata de una bolsa estrecha y elástica de un tipo de tela que, al estirarse, permite ver el exterior, a través de ella. La persona, sea paciente, mayoritariamente, o yo auxiliar, de manera menos frecuente, entraría en el interior de la bolsa introduciendo la cabeza por la abertura de la misma y estirándola hacia el resto del

Homenaje a Rojas-Bermúdez

cuerpo, de modo que lo cubra totalmente quedando, por lo tanto, la abertura en los pies. Una vez cubierto todo el cuerpo, la persona deberá pisar la tela para conseguir estirarla de tal manera que pueda verse el exterior. La bolsa, por tanto, debe tener unas medidas concretas que permita cubrir todo el cuerpo de la persona que se introduzca en ella. (Figuras 1 y 2).



Figura 1

A la persona que se introduce en la bolsa se le consigna que, además del calzado, debe desprenderse de gafas, relojes, pendientes, collares y demás complementos que puedan entorpecer o dificultar la entrada y salida de la bolsa y los movimientos dentro de ella, por el riesgo de engancharse.

Excepcionalmente, ante determinadas situaciones con pacientes fóbicos o muy traumatizados, se puede consignar la entrada en la bolsa desde las extremidades inferiores, dejando por lo tanto la abertura sobre la cabeza y permitiendo mayor sensación de control en el protagonista, al poder salir de la bolsa de manera más controlada, rápida y sin ayuda.

La bolsa elástica permite “ver y que no te vean”, y esta idea permite precisamente al sujeto conectar con imágenes mentales, emociones, recuerdos, sentimientos evocados y sensaciones, en relación a uno mismo o al otro, que bien aparece en el recuerdo o bien está al otro lado de la tela, en el auditorio. Los sentimientos de vergüenza, de pudor, de culpa, de tristeza, de dolor, de ira y de temor, se esconden tras la “protección” que la bolsa elástica genera en la persona que está dentro.

En relación al Yo Auxiliar, que mencionábamos con anterioridad, cabe decir que es el paciente el que se introduce en la bolsa, haciéndolo el Yo Auxiliar sólo en ocasiones, de manera secundaria y únicamente en relación complementaria con el protagonista, consignado por el director sicodramático.



Figura 2

De lo Exteroceptivo, Interoceptivo y Propioceptivo”.

Resulta fundamental la relación de la experiencia sicodramática con la bolsa elástica, con las sensaciones exteroceptivas, propioceptivas e interoceptivas.

En las primeras de ellas, las sensaciones exteroceptivas, el sujeto recibe los estímulos externos al cuerpo, como sonidos, la temperatura, los comentarios del otro u otros y, en definitiva, todo estímulo del medio externo, que la persona percibe, interioriza o no y puede recibir como estímulo. En definitiva, todo lo relacionado con lo percibido por los sentidos.

Las sensaciones propioceptivas regulan la dirección y el movimiento, permite reacciones y respuestas automáticas. La propiocepción se relaciona fundamentalmente con la percepción de la posición de las partes de cuerpo, como músculos o articulaciones. Esta información sirve para el control reflejo de la posición y el equilibrio. Está relacionada con el esquema corporal, el equilibrio, la coordinación, la relación del cuerpo con el espacio y ejerce de alerta del sistema nervioso. Estas sensaciones se ponen en relieve cuando la persona se encuentra en el interior de la bolsa elástica y comienza a explorar su cuerpo en el roce con la tela, los espacios que tiene dentro de la tela, los movimientos de cada parte de su cuerpo desde el interior de la tela, la coordinación de los movimientos que realiza y el equilibrio corporal que requiere, en un continuo “feedback” que devuelve información de su propio esquema corporal.

Por último, las sensaciones interoceptivas, que informan, básicamente, de los órganos, de los procesos internos del organismo, como por ejemplo del corazón acelerado, el sonido de la propia respiración, los sonidos estomacales, sensación de vejiga llena, sudoración, etc... sensaciones que percibe la persona que está dentro y

que le devuelve información de su propio organismo.

En líneas generales, los receptores interoceptivos se encuentran esparcidos por todo el organismo, generalmente en todos los órganos principales y vasos sanguíneos, concretamente en el endodermo. El sistema interoceptivo no utiliza un único tipo de receptor, sino que recoge información de mecanorreceptores (sensibles a la deformación, movimiento de articulación...), termorreceptores (que captan la temperatura), barorreceptores (sensibles a la presión sanguínea), o nociceptores (captan la ruptura de células y envían las sensaciones de dolor), informando del estado de los órganos en cuestión.

Todos estos receptores permanecen generalmente silentes, a menos que se produzca una alteración que los active y provoque una reacción enviando señales. Un ejemplo lo encontramos con el corazón, del que no solemos registrar que lata más o menos rápido, a menos que estamos nerviosos o acelerados. Lo mismo ocurre, por ejemplo, con la falta de agua en el organismo, que no llegamos a percibir hasta que nuestro sistema nervioso active mecanismos para generar la percepción de sed, para compensar la carencia.

Todos estos receptores pueden verse afectados por los diferentes estímulos o situaciones (exteroceptivo), según el órgano concreto del que se trate, al igual que influye en lo propioceptivo. Ejemplo de la relación entre los tres tipos de sensaciones podríamos encontrarla cuando se recibe una noticia dolorosa (exteroceptivo) y se activan los barorreceptores que aumentan la presión sanguínea (interoceptivo), que produce mareos y desequilibrio físico que hace al cuerpo reaccionar moviendo las articulaciones para no caerse (propioceptivo). En definitiva, las imágenes y sonidos provenientes del exterior de la bolsa, los movimientos, equilibrios, provenientes del interior de la bolsa, y la respiración, el

ritmo cardíaco, provenientes del interior del organismo, y todo ello en interacción con las imágenes internas, pensamientos, recuerdos, sentimientos y emociones diversas, ofrece un amalgama de estímulos al individuo que el director de sicodrama debe aprovechar en la intervención sicoterapéutica, en consonancia con el diagnóstico y la sintomatología subyacente.

Aunque el foco de la intervención está relacionado con lo que ocurre dentro de la bolsa elástica y en la interacción de este sujeto con elementos externos a él en el mismo escenario sicodramático, resulta interesante valorar las opiniones y lecturas de formas provenientes del exterior de la bolsa y del propio escenario. El auditorio (en encuadres grupales, didácticos o/y terapéuticos), aporta en la etapa de comentarios las opiniones, emociones y sensaciones que ha recibido tras la lectura de las formas procedentes del interior del escenario, que luego podrá compartir con el protagonista.

El Yo-Auxiliar no es un instrumento que se utilice habitualmente cuando se trabaja con la bolsa elástica, pero resulta interesante su aportación en casos concretos cuando interacciona con el protagonista, utilizando otra bolsa elástica o incluso sin ella. Los movimientos y la danza que se produce entre el protagonista y el Yo-Auxiliar, mediadas por las dos bolsas elásticas, ofrece unos estímulos enriquecedores tanto para el protagonista como para el auditorio.

Dentro de los elementos de la comunicación no verbal, lo próxemico, lo kinético y lo paralingüístico, de importancia tan evidente en la sicoterapia sicodramática, es el primero de ellos, lo proxémico, el que proporciona mayores espacios para el análisis en el trabajo con la bolsa elástica, ya que describe las distancias medibles entre personas mientras interactúan entre sí. La percepción que la persona tiene de su propio espacio físico e intimidad personal dentro de la bolsa y la interacción con otro sujeto que danza o se mueve junto a él, con bolsa o sin

ella, nos conecta con la teoría del Esquema de Roles, de Rojas-Bermúdez.

La bolsa elástica no está pensada para el desplazamiento, aunque lo tomaríamos en consideración si éste se produjese, como hacemos en sicodrama con todo lo que acontece en el escenario. El desplazamiento hace que se deje de pisar la tela, y ello hace que ésta pierda tensión y ocasiona que deje de haber presión de la tela sobre el cuerpo, por lo que se pierden las sensaciones táctiles que se dan en ese roce continuo. Además, al no estar estirada la tela, deja de verse el exterior, por lo que la experiencia de “ver y no ser visto”, tan interesante para el trabajo, se perdería. Más interesante resultan los movimientos de los protagonistas a diferentes alturas y planos desde la misma posición. (Falcón, 2022).

Inicialmente, la bolsa elástica está contemplada para una persona, pero una variable a explorar sería introducir a dos personas en la misma bolsa, y así acentuar y multiplicar todas las sensaciones anteriormente descritas en el individuo. Este supuesto sólo se contemplaría para casos muy concretos en la que se busca explorar los movimientos de interacción entre los dos protagonistas. Utilizamos, así mismo, bolsas de mayor tamaño para trabajar en pareja o en grupo.

El objetivo de la técnica y su reflejo en el Sí Mismo Sicológico (SMS).

El objetivo final del uso de la bolsa elástica, al igual que ocurre con los Objetos Intermediarios e Intraintermediarios (OI – OII), es eliminarla del escenario y de la intervención (Rojas-Bermúdez, 2017), y así observar los cambios que se producen tras sacar la bolsa, en cuanto a vivencias y sensaciones, discriminando las diferencias. Cuando se elimina la bolsa elástica, aparece el “otro”, y es importante explorar cómo es esa percepción, qué emociones e imágenes despiertan. Muchas similitudes con las

sensaciones de desnudez y pudor, y las de eliminar las mascarillas tras la pandemia vivida desde 2020.

Otra analogía interesante es la del parto. La salida de la bolsa elástica como forma similar a la de la salida de la bolsa amniótica o bolsa fetal en el parto, con todas las connotaciones que de ellas se derivan, como son el encuentro con el exterior, con la consiguiente entrada de aire en los pulmones del neonato, el encuentro con el otro, tanto con el médico como con la madre, el paso de un medio donde se está cubierto, protegido del exterior, a otro donde aumenta las posibilidades de interacción con el medio y otras personas. En definitiva, experiencias de esfuerzo, de dificultad para salir a otro espacio con otras características (Falcón, 2022).

Aquí encontramos más analogías en relación al parto, cuando el Director consigna al Yo Auxiliar a ayudar a los protagonistas a salir de la bolsa (también se le consigna a ayudar en la entrada a la misma), con el consiguiente esfuerzo empleado para salir y las sensaciones diversas que acontecen en la salida: sensaciones de liberación, de angustia, de bienestar... y en la que se conecta con la entrada de aire del exterior, y se cuenta con la ayuda de “la partera” o “el partero”, (en forma de Yo Auxiliar profesional o espontáneo) que ayuda en el tránsito.

La relación de la bolsa elástica con las áreas del siquismo de Rojas Bermúdez, resulta igualmente interesante, cara al análisis del paciente.

De este modo, los procesos de evocación, de conexión con los pensamientos, recuerdos e imágenes mentales, están relacionados con el área mente.

Los movimientos sin desplazamiento sobre el escenario, el uso de las telas, el contacto de la piel con la bolsa, la relación con lo propioceptivo, están relacionadas con el área cuerpo.

Los desplazamientos, tanto de un lugar a otro del escenario, así como los movimientos en diferentes planos y alturas, está relacionado con el área ambiente.

En líneas generales, la bolsa elástica genera más estimulación en el área mente y en el área cuerpo. Como mencionamos con anterioridad, el desplazamiento en el escenario es menos aconsejables por las características de la técnica (hay que pisar la tela una vez puesta), por lo que, al darse con menor frecuencia, no se estimula especialmente el área ambiente. La excepción la encontramos cuando consignamos la participación de un Yo Auxiliar en el trabajo de complementariedad con el protagonista, sobre el escenario.

La memoria corporal se hace especialmente relevante en el trabajo con los pacientes o/y en los alumnos en una formación. En cuanto movilizamos el cuerpo, movilizamos lo mental. El cuerpo, en sus movimientos, clarifica lo mental, por lo que es interesante apreciar cómo las sensaciones corporales fruto de los movimientos dentro de la tela, evoca recuerdos de situaciones relevantes vividas en el pasado y que aparecen en el presente.

La experiencia en el trabajo con personas que han vivido situaciones de violencia y maltrato evidencia estas recuperaciones de recuerdos traumáticos, que hasta entonces sólo se manifestaban a través de síntomas de ansiedad, evitación, etc. (síntomas relacionados con el stress postraumático) y por síntomas relacionados con los mecanismos reparatorios, haciéndolos conscientes, para así sentar las bases de la curación.

Como se mencionó con anterioridad, el trabajo con la bolsa elástica no sólo nos hace ver cuestiones acerca de los espacios y territorios de la persona, sino también acerca de lo interno y lo externo, el adentro y el afuera. Al igual que ocurre con el Objeto Intraintermediario (OII), propicia



la protección del afuera, favoreciendo la desinhibición y actuando como “protector yoico”. El trabajo con la “bolsa elástica” supone un estupendo laboratorio para valorar y trabajar sobre las diferentes situaciones vitales que movilizan el Sí Mismo Sicológico (SMS) (Rojas-Bermúdez, 2017) del sujeto.

El Sí Mismo Sicológico (SMS) es una instancia mental que se evidencia en un espacio pericorporal, que es retráctil, por lo que varía en función del estado de alarma o de tranquilidad de la persona. (Rojas-Bermúdez, 2012). Por ello, tiene como referencia al sistema vegetativo. De este modo, se contraerá o dilatará en función de las situaciones de peligro o de calma que se experimente en la vida. En las situaciones de maltrato se hacen evidentes estos cambios y el trabajo con la bolsa facilita, en muchas ocasiones, la toma de conciencia respecto a la situación traumática, para su posterior elaboración.

Por otra parte, y además del trabajo con la violencia, resulta muy interesante y de gran utilidad el uso de este instrumento en el trabajo con la sexualidad de la persona y las inhibiciones o conflictos generados en esta área. De la misma manera, resulta de gran importancia su utilidad en el empleo en intervenciones con dificultades de tipo fóbico.

El trabajo sicodramático con la “bolsa elástica” puede realizarse desde el silencio o bien utilizando la música como vehículo que favorece la exploración de los movimientos y del cuerpo mediante la danza. El “feedback” que nos proporciona la persona que está dentro de la bolsa nos aporta la información adecuada de lo que necesita, desea o consideramos importante movilizar a través de un tipo de música u otra, por lo que en ocasiones fundamenta la elección del tipo de música (clásica, réquiem, animada, con percusión...) e instrumentos musicales (timbales, de cuerda, de viento...). Es en esta sicodanza en donde la persona que trabaja dentro de la bolsa “dibujará” sin palabras y con las formas mostradas por su cuerpo, los aspectos relevantes a tratar. La “lectura de formas” es la guía fundamental del director para dar las consignas adecuadas en la intervención sicoterapéutica. (Figura 3).

La utilización de la “técnica de la interpolación de resistencias” se antoja fundamental en este trabajo, con la ayuda en determinadas ocasiones del Yo-Auxiliar, si se contase con su presencia.

Las declaraciones de algunos pacientes explicita claramente las sensaciones y paradojas que proporciona la bolsa elástica en su utilización para el tratamiento

sicodramático: “...las emociones saltaron con la bolsa y la música...”, “...sensación de estar prisionera y paradójicamente, bienestar, liberación,...”, “...encuentro conmigo mismo...”, “...cómo es el mundo desde dentro...”, “...puede hacer lo que quiera porque nadie me ve...”, “...me falta el aire, necesito salir...”, “...estoy a gusto, no quiero salir de aquí, me siento protegida...”, etc.

A modo de conclusión.

En líneas generales, la “bolsa elástica” supone un instrumento importante e

interesante, en el tratamiento sicoterapéutico y sicodramático, en particular, utilizado responsablemente en función de la lectura y análisis adecuado de las formas, del diagnóstico y en función de los síntomas del paciente. Y, por supuesto, de la adecuada formación del sicoterapeuta.

Aconsejable para su manejo en diversa tipología de casos clínicos, y muy especialmente en los relacionados con vivencias de situaciones de violencia y desprotección, conflictos con la sexualidad y trastornos fóbicos.

REFERENCIAS

- Falcón, M. (2022). El Sí Mismo Sicológico en la intervención sicodramática en casos de violencia: el uso de la bolsa elástica. En M. Becerro. *Psicodrama de Cerca* (pp. 118-122). Imprenta AZ.
- Moyano, G. (2018). Objetos en sicodrama. Imágenes con objetos preconfigurados. Texto de apoyo a la presentación en el 23º Encuentro de la ASSG. Sevilla.
- Moyano, G. (2019). El modelo de Rojas- Bermúdez 60 años de sicodrama. *La Hoja de Psicodrama*, 69, 44-49.
- Rojas Bermúdez, J. G. (2017). Teoría y técnica sicodramáticas. Punto Rojo. Sevilla
- Rojas Bermúdez, J. G., Corts, J. M., Domínguez Rivera, C., Fonseca Fábregas E., González Cuesta, M. C., Mercader Larios, C., Moyano, G., & Rey Pousada, R. (2012). *Actualizaciones en sicodrama. Imagen y acción en la teoría y la práctica*. A Coruña: Spiralia Ensayo.

SICODRAMA Y CLÍNICA SICOSOMÁTICA



Isabel Calvo

Dra. Isabel Calvo, doctora en medicina, máster en salud mental, directora de sicodrama. Médica sicoterapeuta FEAP e ICOMEM. Vicepresidenta de Asociación Con.ciencia. Trabaja en clínica privada.

doctora@isabelcalvo.es

Tfn: +34 608054930

RESUMEN

El presente artículo trata sobre la lectura de las teorías sobre sicosomática desde el sicodrama escuela Rojas Bermudez. La intención es ponerla en diálogo con las tres líneas clásicas de investigación en Sicosomática: las teorías sobre el estrés, las clásicas sobre el trauma y las concepciones de la escuela de París (Marty), de corte psicoanalítico. Con la teoría sicodramática tenemos un modelo claro que nos sirve de referencia para abordar este gran espectro clínico que va desde los trastornos somatoformes a la patología sicosomática “pura”, pasando por trastornos conversivos. Mi intención es conectar las descripciones de los diferentes abordajes metapsicológicos de los fenómenos sicosomáticos con la teoría Rojas.

Dentro del marco teórico de Rojas-Bermúdez podemos describir inicialmente varios tipos de síntomas físicos. Las somatizaciones producto de la activación del Sí Mismo Sicológico, los llamados síntomas fisiológicos producto de la función de un rol sicosomático y los relacionados con los mecanismos reparatorios en el área cuerpo del núcleo del yo. Como mecanismo fundamental tendríamos la disfunción en la comunicación entre el subsistema natural y el subsistema social que se manifiesta como fenómenos disociativos.

ABSTRACT

This article deals with the reading of psychosomatic theories from the Rojas Bermudez school psychodrama. The intention is to put it in dialogue with the three classic lines of research in Psychosomatics: theories on stress, the classic ones on trauma and the conceptions of the Paris school (Marty), of a psychoanalytic nature. With psychodramatic theory we have a clear model that serves as a reference to address this wide clinical spectrum that goes from somatoform disorders to “pure” psychosomatic pathology, passing through conversion disorders. My intention is to connect the descriptions of the different metapsychological approaches to psychosomatic phenomena with the Rojas theory.

Within the theoretical framework of Rojas-Bermúdez we can initially describe various types of physical symptoms. The somatizations product of the activation of the Psychological Self, the so-called physiological symptoms product of the function of a psychosomatic role and those related to the reparatory mechanisms in the body area of the core of the self. As a fundamental mechanism we would have the dysfunction in the communication between the natural subsystem and the social subsystem that manifests itself as dissociative phenomena.

PALABRAS CLAVE:

sicodrama, sicosomática, núcleo de yo, fórmula estructural, estrés, trauma, disociación, conversión.

KEY WORDS:

psychodrama, psychosomatics, core of self, structural formula, stress, trauma, dissociation.

Introducción

El término sicosomático es actualmente de difícil definición. Lo que en su día se inicia como una disciplina médica, la medicina sico-somática, va siendo desarrollada desde diferentes enfoques metapsicológicos, no reflejando ninguno por completo los nuevos desarrollos (Fava & Sonino, 2010). Asimismo, con las sucesivas clasificaciones del DSM ha ido aumentando la separación entre trastornos disociativos, trastornos somatoformes y trastornos por estrés. Estas nuevas clasificaciones no han favorecido la conexión entre las diferentes líneas de investigación (Rodríguez, Fernández y Bayón, 2005).

Recientemente la **medicina sicosomática** ha sido reconocida como una subespecialidad médica por el American Board of Medical Specialties constituyendo una forma de psiquiatría de enlace con otras especialidades médicas. La medicina sicosomática empieza a desarrollarse en la primera mitad del siglo XX. Sigue el modelo médico y trata encontrar aquellos aspectos psicológicos que constituyen la etiología de las enfermedades sicosomáticas. También se ocupa de cómo una enfermedad física influye en la sique.

Pero el concepto de sicosomática es mucho más amplio que el de la medicina. Como etiqueta añadida alude a algo que se escapa del manejo habitual de la clínica psicológica o médica. Se escapa en ambos territorios. Tanto para médic@s cómo para psicólog@s, cuando aparece la expresión somática como síntoma siempre produce una sensación de límite, el profesional se encuentra asomado junto a su paciente a un territorio de difícil abordaje. Se abusa de la etiqueta a veces como justificación de un fracaso terapéutico y determinadas personas se ven obligadas a un peregrinaje de consultas en las que no se encuentra lo que se busca: una escucha atenta que ofrezca un remedio.

Tanto los trastornos somatomorfos, como los frecuentes síntomas menores somáticos que aparecen en consulta psicológica necesitan su identificación y un abordaje comprometido y adecuado. Pero lamentablemente esto no se suele dar. Tanto el médico confrontado a salir de sus recursos habituales cuando enfrenta el dolor síquico de un paciente, como el psicólogo confrontado en sus recursos cuando se enfrenta al síntoma corporal, suelen derivarse entre sí a estos pacientes.

Y luego hay un tercer tipo de pacientes, mucho más difícil de abordar y tratar, que es el paciente sicosomático por excelencia. Es ése que nadie quiere en su consulta, aquel con déficit de simbolización, discurso reglamentado, hiperadaptado social y que exhibe una asombrosa huella negativa en lo que debería manifestar. Este no-sintomático paciente es el de las enfermedades más graves y el menos escuchado. Es el que enfrenta a los profesionales con sus límites de forma inapelable.

El estrés

Voy andando al examen de la última asignatura de la carrera. Es mi cuarta convocatoria, ya he decidido que si suspendo de nuevo abandonaré los estudios. Bajo la mirada y veo que el suelo hace ondulaciones, como si caminara por el mar. Me estoy mareando, creo que es por falta de azúcar. Entro a un bar y pido algo dulce. sigo mareada, creo que me voy a desmayar. Me da diarrea. Llego al examen y lo hago.

El desarrollo de esta disciplina médica fue paralelo al desarrollo de las teorías del **estrés** (1), hasta el punto de que ambos modelos se confunden en ocasiones. Sabemos que el estrés induce cambios en el ser humano en dos áreas. En la sique con cambios en la conducta, en las relaciones, en la percepción de la realidad,

(1) Selye empieza a desarrollar su modelo "Síndrome de Adaptación General" en 1926 publicando su primer artículo en 1936

en las respuestas al entorno, etc. Y cambios somáticos, transitorios o mantenidos en el caso del estrés crónico, estos últimos capaces de producir alteraciones epigenéticas transmisibles a las siguientes generaciones (Fernandez de la Vega-Gorgoso, 2013). Estos cambios orgánicos producidos por el estrés son dependientes de la respuesta simultánea del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal y la secreción de cortisol; y el Sistema Nervioso Autónomo, Simpático y Parasimpático. Dentro de ellos sabemos que el estrés crónico produce alteraciones en volumen y funcionamiento en zonas cerebrales, en especial el hipocampo, córtex prefrontal y amígdala. Estos cambios son observados también en el síndrome de estrés postraumático.

Podríamos afirmar que no es posible entender la medicina sicosomática sin el concepto de estrés y el más moderno de alóstatas (Eween 2000; Sterling, 2004). “La alóstatas es la extensión del concepto de homeóstasis y representa el proceso de adaptación de los sistemas fisiológicos a los desafíos físicos, psicosociales y ambientales” (Yamamoto, 2013 citado en Lemos, 2015, p. 453) La carga alostática se refiere a la acumulación de estrés con la importante incorporación de la percepción subjetiva de la situación vivida como elemento definitorio del agente estresor. Este modelo de alóstatas se ve nutrido por subdisciplinas como la neuroendocrinología, la neuroinmunología, la sicofisiología y la medicina sicosomática. Actualmente el concepto de estrés es dinámico, está lejos del rígido modelo inicial de mantenimiento defensivo de la homeostasis. Se ha enriquecido y ampliado. La evaluación cognitiva de la situación, incluyendo la dimensión anticipadora, y por tanto interpretativa, aumenta la complejidad de la variabilidad de respuestas en su subjetividad individual.

Cada individuo va a responder de una forma distinta en intensidad y calidad a una realidad “amenazante”. Se introduce de esta forma la dimensión subjetiva. Lo importante

no es sólo la realidad objetiva sino la realidad vivida, la subjetiva. Las diferencias tienen que ver con su forma de entender y de interpretar la realidad (McEwen, 2007; Schulkin 2004).

En la clínica muchos pacientes refieren síntomas físicos relacionados con la ansiedad aguda. Palpitaciones, sudoración, mareos, visión borrosa, dificultades para pensar, diarrea, opresión en el pecho, dificultad subjetiva para respirar, boca seca, etc. Los refieren de forma médica o con metáforas. Son síntomas que, mientras se identifican con lo corporal, mueven a la búsqueda incesante de un diagnóstico y tratamiento médico. Con toda la frustración que eso supone. La mayoría son signos de ansiedad que podemos correlacionar con los síntomas de activación del sistema simpático o del parasimpático. En éste sentido, aunque la ansiedad y el estrés corresponden a modelos nosológicos distintos, comparten estos síntomas.

*“Voy a una comida con amigos y cuando me siento me empiezo a encontrar cada vez peor, opresión en el pecho, sudoración y náuseas. Me salgo y estoy muy avergonzada porque estoy llamando la atención y no quiero fastidiar la comida. Estoy cada vez peor, convencida de que es un infarto. En casa la opresión en el pecho aumenta y me duele cada vez más. Esto dura varias semanas en las que voy a urgencias varias veces y no me encuentran nada. Mi marido empieza a impacientarse. La médico de cabecera me dice “tú lo que tienes es mucha ansiedad”. Ahora me doy cuenta de que todo esto empezó con la muerte de mi hermana”.
(fragmento relato de paciente)*

Clásicamente hemos distinguido entre ansiedad y angustia. La ansiedad corresponde a una reacción, muchas veces anticipatoria, ante sucesos externos y la angustia es una reacción de alarma ante elementos internos de la persona. Por ejemplo, el miedo a la muerte que se genera

en el contexto de un duelo poco elaborado correspondería a la angustia, (a una, además, que siempre habría que encarar activamente en la clínica). Con el modelo de alostasis se explica tanto el estrés crónico como el agudo “generados” por estados de alarma correspondientes a ansiedades y angustias particulares.

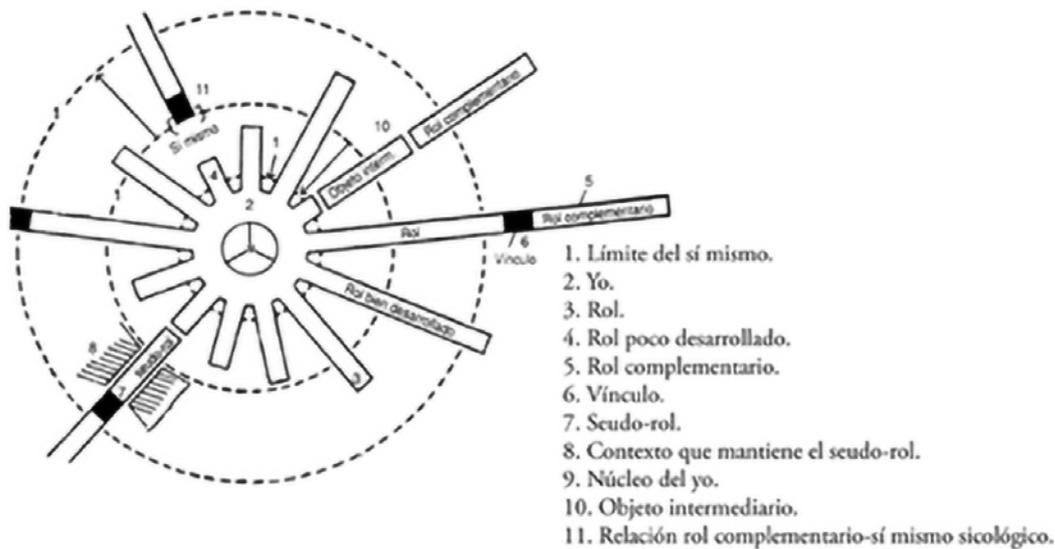
Veamos cómo se representan estas reacciones dentro del sicodrama. Rojas habla siempre de estado de alarma, del campo tenso, (concepto tomado del psicólogo W. Köhler para referirse a las reacciones ante un peligro exterior) (Rojas-Bermúdez, 2017, p. 43, 298, 398, 507, 519), que provoca una serie de reacciones de estructuras orgánicas que corresponden a estructuras psicológicas. Cuando un ser humano identifica una situación de alarma reacciona una estructura psicológica llamada Sí Mismo Sicológico (SMS) (Fig.1). Esta estructura representa a la expresión psicológica del sistema límbico (identificación y reacción mediada por el sistema nervioso vegetativo) en comunicación con la corteza cerebral (Yo). En palabras de Rojas-Bermúdez: “La actividad integrada por la formación reticular y los sistemas exteroceptivo y neurovegetativo en su interrelación con el ambiente, por una parte, y el sistema límbico, por otra, en su expresión psicológica, configura el SMS” (Rojas-Bermúdez, 1997, p 447). Rojas señala que la dilatación del SMS sería la representación de la repercusión neurovegetativa que se genera por la reacción del sistema nervioso simpático ante determinados estímulos, siendo la contracción por la relajación producto de la activación del parasimpático (Rojas-Bermúdez, 2017, p. 516). Sin embargo como veremos esta relación dilatación-simpático, contracción para simpático no es tan clara, ya que el parasimpático también se involucra tanto en la dilatación del SMS como en los fenómenos de bloqueo en la comunicación entre el subsistema social y el natural.

El Sí Mismo Sicológico es por tanto,

gráficamente, una estructura retráctil que rodea al yo reaccionando e informándole ante estímulos internos (provenientes del subsistema natural) y externos (ambiente). En palabras de Rojas-Bermúdez “El límite del SMS viene, pues, a ser el límite entre campo relajado y campo tenso” (2017, p. 507). Si se dilata mucho va impidiendo la relación vincular a través del rol social correspondiente, en un estado extremo cómo la crisis de pánico impiden el desempeño de cualquier rol social. En determinados estados está dilatado de forma crónica, situación generadora de sufrimiento somático (Rojas-Bermúdez, 1997). El concepto de SMS es complejo. Incluye las respuestas automáticas clásicas ante el estrés, pero también incluye la vertiente subjetiva como la identificación particular de las situaciones de alarma. Tiene un valor importante a nivel yoico al ser el que informa al yo. Es decir pone en contacto la reacción propia del sistema límbico con la autorreflexión yoica propia del córtex cerebral, junto a los sistemas exteroceptivo y neurovegetativo (Rojas-Bermúdez, 1997, p. 447). Con toda la distancia producto de dos enfoques teóricos distintos, podríamos decir que el SMS representa, como estructura psicológica, la carga alostática descrita en las teorías de estrés.

2.1. Sistema nervioso autónomo simpático y parasimpático.

El sistema nervioso autónomo está involucrado en reacciones fisiológicas involuntarias. Es el responsable de que cuando estamos en una situación de alerta aparezcan síntomas físicos tales como sudoración de manos, dilatación pupilar, aumento de la frecuencia cardíaca, inhibición de la salivación y la secreción gástrica, entre otros. Estos síntomas propios del sistema nervioso **simpático** son fácilmente reconocibles en situaciones tanto placenteras como de desafíos o retos. En la clínica muchos pacientes con síntomas de ansiedad se muestran muy aprensivos con estos síntomas físicos propios de la activación



Rojas, 1997 p 449

Fig. 1. Sí mismo psicológico (normal-dilatado-reducido)

simpática, actuando como atractores de la atención yoica hacia el soma, con el riesgo (o el beneficio) de reducir la atención sobre los factores psicológicos implicados en la situación de alerta.

El sistema nervioso autónomo **parasimpático (SNP)** ha despertado mucho interés en la clínica sicosomática. El SNP clásicamente se describía como el que trae la calma después de que ha pasado la alarma y la activación adrenérgica, el clásico “descansa y digiere”. Pero se ha visto que la activación de este sistema está involucrada en el desarrollo de otros síntomas físicos de estrés. En concreto se ha relacionado con las respuestas de tipo parálisis-inhibición, que también vemos en el trauma.

La conocida teoría polivagal de Porges ha tratado de conectar los conceptos de trauma y estrés describiendo un sistema “defensivo” de tipo inhibitorio por la activación de una vía ancestral del sistema nervioso parasimpático, una rama del nervio vago. De esta forma la inhibición, parálisis conductual (descritas en la teoría del estrés) y la disociación (teoría del trauma) serían

producidas por esta vía dorsal del nervio vago (perteneciente al SN Parasimpático), la más arcaica filogenéticamente (Porges, 2009). Sin embargo los últimos estudios no sólo no han podido confirmar esta teoría sino que varios autores empiezan a cuestionarla (ver entre otros Grossman, 2016 y Shing Shing, 2021). Esto no quita que el papel del nervio vago, y el sistema parasimpático en general, sea relevante en la clínica del trauma y del enfermo sicosomático.

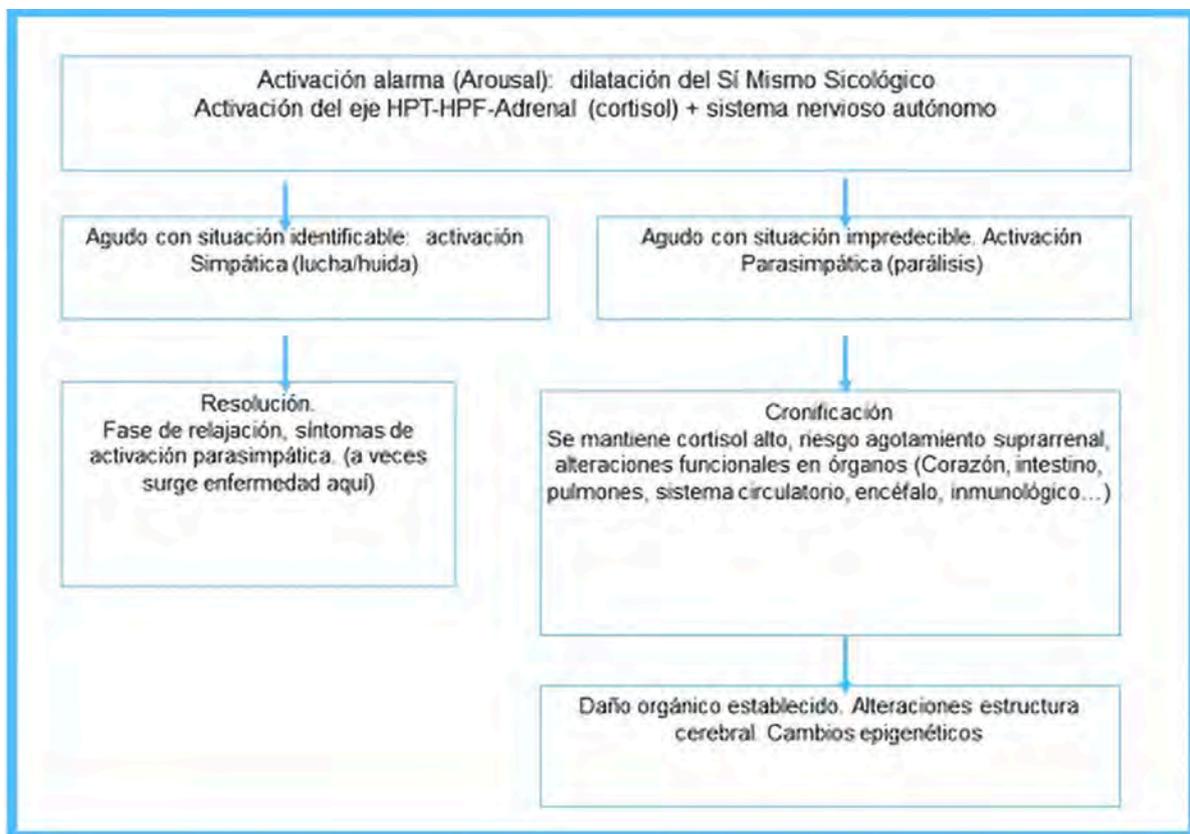
También hay que reseñar la diferencia de las respuestas desde el sistema nervioso autónomo parasimpático y simpático dependiendo de la cualidad del estímulo. Parece ser que la respuesta a nivel fisiológico está en relación con la cantidad de información que se recibe del medio (Lemos, 2015). El retiro o inhibición mediada por el parasimpático se produce cuando hay poca información proveniente del medio, es una respuesta no específica. La activación simpática aparece en situaciones identificables como retos en las que se precisa una respuesta tipo Lucha/Huida. La liberación de cortisol se produce en “situaciones impredecibles

e incontrolables que involucran el rechazo social o que son respuesta del rechazo o la separación (Del Giudice et al., 2011 citado en Lemos 2015). De esta forma la identificación de situaciones de alarma interna por parte del sistema límbico genera la dilatación del SMS e informa al Yo (neocórtex) (Fig. 2). El Yo pone en marcha sus recursos para controlar esta dilatación. Si no es posible y se instaura la cronicidad tendremos un Yo en riesgo de colapso y una sobrecarga corporal que predispone a la aparición de una enfermedad física. A su vez al claudicar los filtros psicológicos y sociales yoicos se transmite la sobrecarga al Núcleo del Yo, lo que genera el aumento de estímulos neurovegetativos. Esta dilatación crónica puede producir también otro efecto y es la activación de síntomas acordes a la estructura del Núcleo del Yo y la dificultad de conexión con la información proveniente del subsistema natural o del social.

3. Teorías del Trauma y disociación

“Desde que sufrí el aborto todo fue a peor. Las imágenes venían de nuevo cada vez más potentes. Me hacían enfermar. No podía tener sexo con mi pareja, el olor me daba náuseas. El miedo a estar sola me fue dificultando todo, me impidió conducir, quedarme en casa e incluso trabajar. Pero a eso me negué, trabajaba sin descanso para no pensar. Tomaba pastillas para poder dormir. Tuve miedo de recaer en la anorexia. El estómago me dolía en todo momento.” (fragmento relato de paciente).

Así como el modelo médico sobre sicosomática va de la mano del desarrollo de los estudios sobre el estrés, el modelo psicológico va de la mano del desarrollo de los estudios sobre el trauma. Desde que, en 1980, Freud abandona la teoría del trauma como origen de la neurosis, los estudios sobre el trauma han tenido un desarrollo



Fuente: La autora

Fig. 2

desigual. En la primera mitad del siglo XX, en gran parte impulsado por los efectos de las dos guerras mundiales, los estudios sobre los efectos psicológicos y físicos del trauma experimentan un gran avance. En las últimas décadas se ve un interés creciente con el desarrollo del concepto de Trauma complejo y su relación con los trastornos del apego (Trauma Complejo de Desarrollo) (Lecannelier, 2005; Lopez, 2008). La relación de los estilos de apego en el inicio del desarrollo humano y su posterior impacto tanto en las formas de vinculación de adulto cómo en el afrontamiento de los desafíos cotidianos es una línea de investigación cada vez más rica.

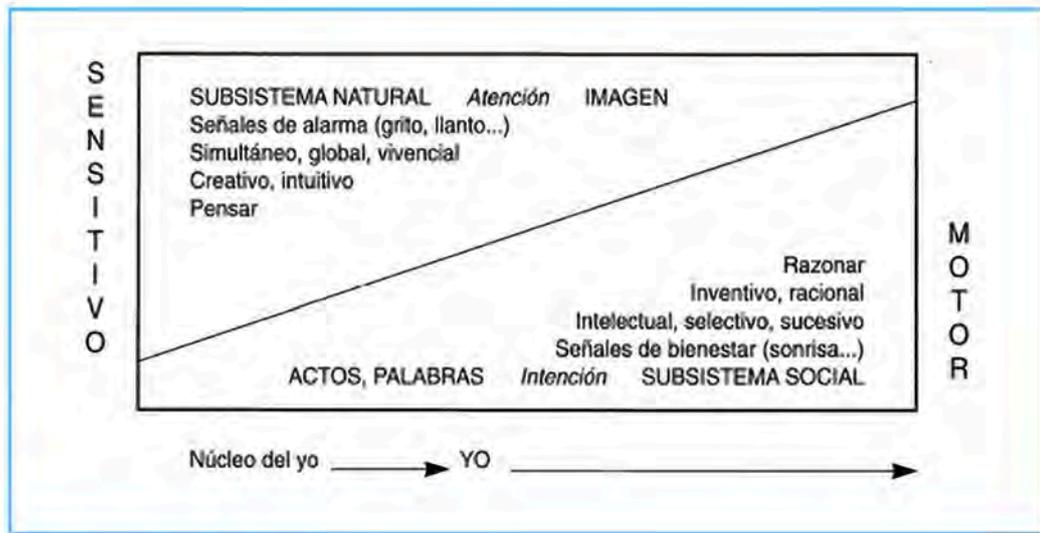
A su vez, el efecto psicológico del trauma, y el TEPT como entidad clínica, se relaciona con el mecanismo de **disociación**. El concepto de disociación fue definido por primera vez por Pierre Janet (1958-1947), incorporado por Freud como mecanismo de defensa y asimilado por la psicología como mecanismo de respuesta al trauma o al estrés. En psiquiatría bajo el paraguas de trastornos disociativos se engloban aquellos estados que se caracterizan por una “interrupción y/o discontinuidad en la integración normal de la conciencia, la memoria, la identidad propia y subjetiva, la emoción, la percepción, la identidad corporal, el control motor y el comportamiento” (DSM-5, p. 291). La **amnesia** disociativa es la marca de estos trastornos, una amnesia que puede ser específica o generalizada y que a veces cursa sin conciencia de la misma (amnesia de la amnesia).

En la teoría de Rojas-Bermúdez, la disociación descrita en la clínica del trauma se explica por la relación entre los subsistemas natural y social. En su teoría se integran la comunicación “horizontal” interhemisférica y de las vías “verticales” que conectan el sistema límbico con la corteza cerebral con el desarrollo psicosocial del ser humano en sus primeros años, incluyendo las repuestas de su entorno. En este sentido Rojas-

Bermúdez describe el Subsistema Natural y el Subsistema Social como dos subsistemas que se van estructurando a partir del aprendizaje de actos en la primera infancia (2 años) lo que promueve la lateralización y especialización funcional hemisférica. El intelecto superior nace de la socialización (Rojas-Bermúdez, 1997). El Yo, como función cerebral (Rojas-Bermúdez, 1994), se va recortando a partir de este aprendizaje que permite la emergencia y desarrollo de los roles sociales. De esta forma se distingue un Yo social y un Yo natural. “El yo se considera integrado a lo biológico por intermedio del subsistema natural y a lo social por el subsistema social y, por tanto, que se encuentra en interrelación e interdependencia continua con las dinámicas que se generan en ellos” (Rojas-Bermúdez, 1997, p. 446). El Subsistema Natural está formado por el Núcleo del Yo (sistema límbico), y el Yo natural (hemisferio derecho). El subsistema social está formado por el Yo social (hemisferio izquierdo) y la estructura social (Rojas-Bermúdez, 1997).

Las imágenes, las señales de alarma y lo vivencial corresponden al sistema natural. La persona puede experimentar estas imágenes de forma perturbadora y tiende a inhibirlas dirigiendo su atención hacia las actividades y el ambiente. Priorizando lo social consigue evitar dichas imágenes. El Yo lo consigue tanto a través del bloqueo como de la inhibición. En el bloqueo utiliza los estímulos ambientales y corporales y en la inhibición de la percepción se acaba produciendo una sobrevaloración de lo ambiental y un yo empobrecido y desvalorizado:

“En estos casos, la actividad del subsistema natural se convierte en un factor de perturbación a eliminar. El yo recurre, entonces, a estímulos ambientales y corporales que acaparen toda su atención para evitar dichas imágenes. Se puede llegar así a bloquear por completo la imaginación. Un proceso similar, ya no de bloqueo sino de inhibición de la percepción de las imágenes mentales, resulta de la sobrevaloración de lo



Rojas-Bermúdez, 1997 p.434

Fig. 3. Interacción de los dos subsistemas

ambiental y en particular de la palabra, como medio para acceder a la cultura. En estos casos, lo propio es desvalorizado y la imaginación rechazada. El resultado es un yo hipersocializado y poco creativo.” (Rojas-Bermúdez, 1997, p. 434).

Esta descripción de Rojas nos recuerda al modo de vida operatorio descrito por Pierre Marty. La hipersocialización, la desvalorización de la capacidad imaginativa y simbólica, la desconexión con el mundo emocional la encontramos en esta desconexión en la intercomunicación del subsistema natural y el subsistema social. Vemos que se puede producir de forma circunstancial ante el aumento de la presión ambiental sobre el Yo. Y se puede producir también de forma aguda o crónica por aumento de la presión sobre el Yo de los estímulos provenientes del Núcleo del Yo y del hemisferio derecho.

3.1. La depresión esencial, el modo de vida operatorio y la sicosomática (sin medicina)

“Cuando empieza la temporada ya sé que me esperan cuatro meses sin poder descansar. Durante ese tiempo no pienso, no sueño, me voy anestesiando. Dejo de

sentir, no me acuerdo de mis hijos, no sé si quiero a mi mujer o no, o a mis amigos. Llega un momento que sólo pienso en trabajo, duermo mal por las noches y no recuerdo lo que hice ayer. Exploto por cualquier cosa, me obsesionan los problemas y a veces pienso en morirme. Me asusta ir al médico porque sé lo que me va a decir. Mi padre murió de infarto a mi edad, yo tengo hipertensión, esofagitis y dos “amagos” de angina por estrés” (Fragmento relato de paciente).

Si salimos del modelo médico encontramos diferentes escuelas que tratan de explicar el fenómeno sicosomático desde el punto de vista síquico. En esta interrelación que hay entre los efectos somáticos -desde lo sistémico y orgánico hasta lo molecular- de los factores estresantes o traumáticos y su afrontamiento, cognición y elaboración síquica, estos autores exploran el segundo polo.

Dentro de estas investigaciones quiero destacar los estudios que provienen de la escuela de Paris con Pierre Marty al frente, de orientación psicoanalítica. Marty construye todo un campo de estudio sobre sicosomática. Al contrario que el modelo biomédico, Marty estudia las características

del funcionamiento síquico del enfermo para comprender las condiciones en las que se desarrolla la enfermedad sicosomática (Smadja, 2018). La importancia de su escuela es que trata de hacer todo un marco teórico para el abordaje de lo sicosomático fuera del campo médico. Para Marty, el paciente sicosomático constituye una estructura propia, diferente a la neurosis o a la sicosis. Estaría definido clínicamente por un tipo especial de depresión llamada esencial (cercana a la depresión anaclítica descrita por Spitz), un tipo de pensamiento especial (pensamiento operatorio), un repliegue generalizado de la actividad fantasmática y una modalidad de relación singular (bien adaptada pero superficial y con poca carga emocional) (Smadja, 2018).

En la literatura hay consenso en la descripción clínica del llamado paciente sicosomático. Este es un paciente con una marca especial en la relación médico-paciente y sicoterapeuta-paciente. Las descripciones basadas en signos clínicos de la *vida operatoria* (Marty et al., 2013) o la clásica descripción neurosicológica de la *alexitimia* (2) descrita por Sifneos (1973) son bien reconocibles en las clínicas, tanto por su expresión como por las dificultades de manejo para el profesional. El paciente sicosomático no está triste o deprimido, está cansado, “sin pilas” o “sin energía”; no está ansioso o preocupado, está “estresado”. Este “estado de estrés” alude a una tensión difusa, un malestar vago o una inquietud sobre la que no se puede reflexionar ya que no “son entendidos”. En estos pacientes lo más llamativo es lo que no hay, la falta de mentalización, de fantasías o ideaciones sobre su vida, la dificultad para la pasividad y la ausencia de síntomas positivos a los que remitirse. Esta ausencia de elementos internos va unida a un despliegue de alta

actividad con una función autocalmante, hay una gran capacidad de hacer (Smadja, 2018). En palabras de una paciente “*a mí me va muy mal quitarme la actividad, mientras que esté produciendo estoy bien*”.

La enfermedad sicosomática supone en realidad una ruptura de la unidad sique-soma. El hablar en estos términos duales ya genera en sí mismo una confusión. Somos una unidad sico-somática en la que ambos elementos son como sal disuelta en agua. Hace falta mucha fuerza destructiva para separarlos. En estas descripciones clínicas nos encontramos personas con una aparente ausencia de autoconciencia, en cuanto a la vertiente síquica, teniendo predominancia de la corporal y de la expresión en el área ambiente. La incesante actividad de los pacientes sicosomáticos mantiene la atención centrada en el entorno, compensa sentimientos de desvalorización y mantiene a raya sensaciones de tipo depresivo. Pero esto no quiere decir que estos pacientes no sientan angustia ni malestar. Muchas veces son invadidos por intensas sensaciones corporales y angustia difusa.

“El otro día volví a tener una crisis, me llevaron a urgencias, pero esta vez no me dejaron ingresada... Sólo había pasado una conversación con mi marido. El quiere separarse”. - “Y eso cómo te hace sentir?”- “Mal, porque no sé si tiene razón, lo explica muy bien, muy coherente”- “Y eso cómo te afecta?”- “no sé, mal, imagino. - “¿tú querías separarte?” - “no sé, había pensado planteármelo en vacaciones, cuando no esté tan ocupada. Pero no sé cómo saberlo ¿qué tengo que hacer para averiguarlo? ¿dime, cómo lo hago?” (fragmento de relato de paciente).

En la clínica es muy frecuente este tipo de paciente descrito en la literatura sicosomática. Son casos que acaban causando dificultad al terapeuta y que, muchas veces, son erróneamente diagnosticados como patología leve o se dan de alta muy rápido por la sensación de que no hay nada más

(2) La alexitimia se refiere a la incapacidad de describir sentimientos. Se “caracteriza por: 1) dificultad para identificar y describir sentimientos, 2) dificultad para distinguir los sentimientos de las sensaciones corporales del arousal emocional, 3) pobreza de la vida fantasmática y 4) un estilo cognitivo externamente orientado” (Nemiah, 1977, citado en Espina, 2001, p.139)

que hablar. Suelen mostrarse cómo personas colaboradoras, amables y que suele asentir a lo que se dice. Pero pronto esta relación se va convirtiendo en frustrante. No parece que lo que se hable tenga ninguna repercusión profunda. Hay una ausencia de información relevante pasmosa, la persona suele hablar de cómo son las cosas que le ocurren, de cómo hace o de lo que piensa de las motivaciones de los demás. La introspección y la identificación de emociones está ausente y se sustituyen por la descripción y el relato. Es una forma de relación terapéutica muy diferente del paciente neurótico o del sicótico. Es fácil en estos casos que la mayor parte de la conversación se dirija hacia los síntomas físicos o sensaciones corporales. Las sesiones están frecuentemente llenas de “dime cómo lo hago” o “esto cómo se hace”, como si la única forma de conectar con el mundo interno fuera a través de la voluntad y un hacer lógico regladas por las expectativas del otro. Las recomendaciones de descansar o de introvertir y explorar emociones se viven como “condenas a no hacer nada”. En estos pacientes vemos una sobrevaloración de la información proveniente del área ambiente. Por tanto, se sienten cómodos manejando estímulos y sus respuestas en lo exterior. También podemos observar que hay una gran dificultad en conectar los estímulos provenientes del Subsistema natural con el Subsistema social. El Yo social y la información proveniente de la red social aparece más clara que la información proveniente del sistema límbico y el hemisferio derecho (Yo natural). Esta información con frecuencia se reduce a sensaciones somáticas difusas, probablemente por activación del sistema nervioso autónomo. Esta activación nos indicaría en la clínica que hay una dilatación del SMS probablemente crónica, debido a la persistencia de estas sensaciones somáticas. Las imágenes mentales están casi totalmente suprimidas por el proceso de disociación, es decir por esta priorización del Yo social por encima del natural.

Es claro que la complejidad de la clínica sicosomática no se produce sólo por dificultades menores. El paciente de tipo operatorio es un paciente muy refractario al tratamiento. A la combinación de la sobrevaloración de lo social, el hacer incesante, la dificultad para conectar con la vida imaginal se añade la llamada por Marty “depresión esencial” (1970). En la mayoría de los estudios se relaciona el evento sicosomático a la reactivación por un duelo actual de un duelo temprano. Es una depresión con rasgos comunes a la **depresión anaclítica** descrita por René Spitz (1946) y la descripción de los trastornos sicotóxicos (1972). Esta reacción física anaclítica es la encarnación de una pérdida vital de una relación, primero satisfactoria, en un momento síquico en el que el núcleo del Yo se está estructurando. Estos sucesos traumáticos ocurren en el momento en que no hay palabras, ni actos, es el cuerpo el que reacciona.

En la historia infantil de pacientes psicossomáticos graves se describen situaciones de trauma que afectaban a sus madres en el primer año de vida del bebé. Son los “trastornos sicotóxicos” descritos por Spitz (1972). Uno de los más descritos es la pérdida de un ser querido de la madre. Una madre en duelo es una madre temporalmente no disponible. El duelo secuestra la emoción, hace las reacciones más estereotipadas y disminuye la gestualidad facial, la entonación y la afectividad.

Desde la teoría Rojas-Bermúdez sabemos el efecto que este duelo materno puede tener sobre la complementariedad de las huellas genéticamente programadas en la relación madre-hijo y las consecuencias de estas fallas de complementación sobre la estructuración del núcleo del yo del pequeño. Para Rojas-Bermúdez, la interacción entre las estructuras genéticas programadas tanto internas como externas, siendo propias de la especie, se ven incluidas por las experiencias vitales de la diada. Es decir, la programación genética señala a lo qué se estructura en

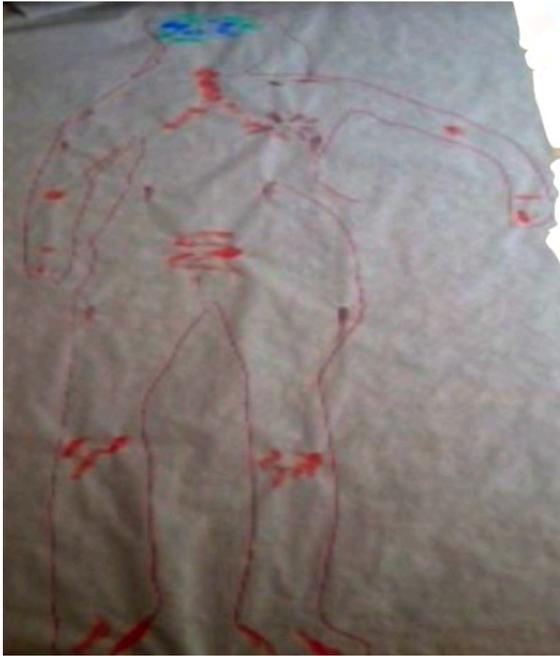


Fig. 4. Silueta realizada por mujer de 55 años con Enfermedad de Crohn asma, artrosis, hipertensión arterial. En azul “sus preocupaciones”.

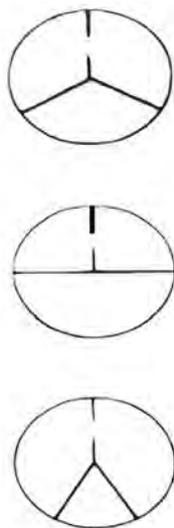
cada momento, el cómo se realice esa estructuración será específico de cada individuo (Rojas-Bermúdez, 1997, p. 399)

Hemos visto que se describe la relación entre las enfermedades sicosomáticas graves y traumas de desarrollo. Así mismo hemos visto que esta relación es también al contrario. El paciente con traumas graves hay una peor salud física, probablemente por la activación (arousal) crónica. Sabemos que en el abuso sexual, por ejemplo, hay una mayor prevalencia de enfermedades físicas. También se describe una innegable comorbilidad entre entidades como el Trastorno Límite de la Personalidad con el trauma (TEPT) y con la patología sicosomática (Fernandez, 2011).

¿Qué tienen en común estas entidades? en general la fragilidad o debilidad del yo que amenaza con la desorganización síquica ante estímulos diversos. Ante determinadas situaciones que sobrepasan la capacidad

elaborativa del Yo algunas personas van a responder de una forma somática. Un cansancio físico, con angustia difusa y sin ideación ninguna, tipo de respuesta muy especial que corresponde al modelo sicosomático, así como una depresión, con intensa ideación culposa y desvalorización, corresponde a una reacción de tipo neurótico ó sicótico. Este tipo de reacciones sicosomáticas se pueden dar en el seno de cualquier estructura de personalidad, aunque en algunos pacientes pareciera que no hay otra forma de reacción. (Fig. 4).

Estos traumas complejos tempranos, que mayoritariamente se producen por situaciones repetidas, afectan a la estructuración del rol sicosomático si se producen durante el desarrollo del núcleo del yo. En concreto podemos pensar en que afectan a la estructuración del rol mingidor. Si buscamos una fórmula estructural que pueda encajar en estas descripciones clínicas nos inclinaríamos por la sobrevaloración del área ambiente y la confusión entre las áreas mente y cuerpo. Podemos pensar que algo ocurrió durante la estructuración del rol mingidor que provocó una diatesis (Fig 5). También podemos pensar en la forma yoica en la que se relaciona este tipo de pacientes con el ambiente. La hiperadaptación y la hiperactividad autocalmante les hace ser en general personas exitosas y valoradas por el entorno. Esta muy al contrario de lo que ocurre en el trastorno borderline en la que la sobrevaloración del área ambiente se logra mediante conductas que crean alarma en el ambiente. Probablemente la fórmula estructural del Núcleo del Yo sea similar en ambos cuadros, pero el desarrollo yoico sea muy distinto. Así mismo se constata que son cuadros muy distintos clínicamente de los trastornos conversivos. Tratar de estos trastornos aquí excede los objetivos de este escrito. Sólo decir que, aunque está afectado el núcleo del yo, corresponde a la afectación en un momento más temprano, es decir, a una fórmula estructural distinta con diátesis en el rol de ingeridor.



Rojas 2017, p. 539

Fig. 5. Porosidad en rol de mingidor

En definitiva, los **diferentes cuadros** que se incluyen en el término sicosomático se refieren a distintas sicopatologías. No podemos hablar de trastorno sicosomático como la manifestación clínica de una estructura sicopatológica, sea neurótica o sicótica. Los síntomas psicosomáticos se pueden dar en toda persona. Desde las reacciones de estrés agudo representadas por la dilatación del SMS circunstancial, reacciones de estrés crónico que incluyen la desvinculación de los roles sociales y por tanto la alienación de la persona, la inhibición o bloqueo de la comunicación entre el subsistema natural y el social hasta la tensión producida por la confusión entre las áreas mente cuerpo en el núcleo del yo.

REFERENCIAS

- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., DeRosa, R., Hubbard, R., Kagan, R., Liataud, J., Mallah, K., Olafson, E., & van der Kolk, B. (2005). Complex Trauma in Children and Adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390–398. <https://doi.org/10.3928/00485713-20050501-05>
- Espina, A., Ortego, M. A., Ochoa de Alda, I., & Alemán A. (2001). Alexitimia, familia y trastornos alimentarios. *Anales de Psicología*, 17(1), 139-149.
- Fava, G. A., & Sonino, N. (2010). Psychosomatic Medicine. *International Journal of Clinical Practice*, 64, 1155-1161
- Fernández de la Vega-Gorgoso, Ó. X. (2013). Fundamentos neurobiológicos de la relación entre estrés y enfermedad, en la primera década del siglo XXI. *Rev. Gallega de Psiquiatría y neurociencias*, 12, 102-109.
- Fernandez, M. J. (2014). Hipótesis sobre algunos mecanismos comunes entre personalidad límite y psicósomática. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 4(4).
- Garzón-Rey, J. M. (2017). *Enfoque psicósomático de la medición de estrés*. Tesis doctoral. UAB.
- Grossman, P. (2016). Re: After 20 years of “polyvagal” hypotheses, is there any direct evidence for the first 3 premises that form the foundation of the polyvagal conjectures?. <https://www.researchgate.net/post/After-20-years-of-polyvagal-hypotheses-is-there-any-direct-evidence-for-the-first-3-premises-that-form-the-foundation-of-the-polyvagal-conjectures>
- Lecannelier, F., Guajardo, H., Kushner, D., Barrientos, C., & Monje, G. (2021). La complejidad del trauma complejo del desarrollo: Una propuesta del modelo de apego y complejidad (MAC). *Revista de Psicoterapia*, 32(120), 105-124. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i120.463>
- Lemos, M. (2015) La teoría de la alóstatias como mecanismo explicativo entre los apegos inseguros y la vulnerabilidad a enfermedades crónicas. *Anales de psicología*, 31(2), 452-461 <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.2.176361>
- López Soler, C. (2008) Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: el trauma complejo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(3), 159-174. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.13.num.3.2008.4057>
- Marty, P. (1990). *La psicósomática del adulto*. Amorrortu
- Marty, P., M'Uzan, M., & David, C. (2013) *La investigación psicósomática. Siete observaciones clínicas*. APM Biblioteca Nueva
- McEwen, B.S. (2007). The physiology and neurobiology of stress and adaptation, Central role of the brain. *Physiology Review*, 87, 873-904.
- Ramos, M., Rovira, C., Umfuhrer, L., & Urbina, E. (2001). Sistema Nerviosos Autónomo, revisión. *Revista de Posgrado de la Cátedra V Ia Medicina.*, 101, 1-7.
- Rodríguez, B., Fernández, A., & Bayón, C. (2005). Trauma, disociación y somatización. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 27-38.
- Rojas-Bermúdez, J. G. (1994). *El Yo*. Comunicaciones, 1(1), 8-19.
- Rojas-Bermúdez, J. G. (1997). *Teoría y Técnicas sicodramáticas*. Ed Paidós.
- Rojas-Bermúdez, J. G. (2017). *Teoría y Técnicas sicodramáticas*. Ed Punto Rojo.
- Schulkin, J. (2004). *Allostasis, homeostasis and the costs of physiological adaptation*. Cambridge University Press.
- Shing Shing, T. (2021). R.I.P. Polyvagal Theory. <https://medium.com/@drshinshin/r-i-p-polyvagal-theory-897f935de675>
- Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of “alexithymic” characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy Psychosomatic*, 22, 255-262.
- Smadja, C. (2018) *La vida operatoria*. Estudios psicoanalíticos. APM Biblioteca Nueva.
- Spitz, R. (1946). Anaclitic depression. *Psychoanalytical Study of the Child*, 2, 313-341.
- Spitz, R. (1972) *Trastornos psicotóxicos* En: *El primer año de vida del niño. Génesis de las primeras relaciones objetales*. (pp. 85-107). Madrid: Aguilar. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/23317>
- Sterling, P. (2004). *Principles of allostasis: optimal design, predictive regulation, pathophysiology, and rational therapeutics*. In J. Schulkin (Ed.), *Allostasis, Homeostasis, and the Cost of Adaptation* (pp. 17 - 64). Cambridge University Press.
- Yamamoto, Y. (2013). *Allostasis, Allostatic Load*. In M. D. Gellman & J. R. Turner (Eds.), *Encyclopedia of Behavioral Medicine* (pp. 68-69). Springer.

SICODRAMA GRUPAL CON MUJERES Y ASPECTOS SICOSOCIALES EN LA CONSTRUCCIÓN DEL GÉNERO

María del Carmen Herrador Tordecillas

M^a del Carmen Herrador Tordecillas. Sicóloga. Sicoterapeuta. Directora en Sicodrama (ASSG). Máster en Psicología Social y Comunitaria (US). Esp. en Género, Migraciones y Derechos Humanos (UCM). Miembro del Grupo de Inv. En Sicodrama y vocal de la ASSG. Docente del Centro de Sicodrama, Sociodrama y Sicodanza (CSSS).

RESUMEN

Este artículo presenta una lectura sobre los aspectos sicosociales y sesgos de género (centrándonos en el femenino) en el desarrollo de los roles sociales, y su relación con la Teoría del Esquema de Roles de Rojas-Bermúdez. Para ello, además de la revisión teórica, se muestra un ejemplo del trabajo realizado con sicodrama grupal con mujeres (2020-2022) que presentaban un elevado padecimiento psicológico, emocional y físico derivado de situaciones previas de violencia de género, donde se hace hincapié en la importancia de los caldeamientos corporales en estos grupos.

ABSTRACT

this article presents a reading on the psychosocial aspects and gender biases (focusing on the female) in the development of social roles, and their relationship with the Role Schema Theory of Rojas-Bermúdez. For this, in addition to the theoretical review, an example of the work carried out with group psychodrama with women (2020-2022) who presented high psychological, emotional and physical suffering derived from previous situations of gender violence is shown, where it is reinforced in the importance of body warm-ups in these groups.

PALABRAS CLAVE:

violencia de género, teoría del esquema de roles, sicodrama grupal, caldeamientos corporales.

KEY WORDS:

gender violence, role schema theory, group psychodrama, body warm-ups

Diferencia, desigualdad y violencia de género

El género, tal y como lo entiende la R.A.E. (2023) hace referencia a: “grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo, entendido este desde un punto de vista sociocultural en lugar de exclusivamente biológico”. Esta diferencia significativa entre lo biológico (entendido tradicionalmente como inmutable) y lo social (mutable) en torno al género ha sido un debate clásico desde los años 20 y que continúa en la actualidad.

Interpretar la diferencia biológica desde la cultura como una diferencia sustantiva que marcará el desarrollo de las personas, ha sido en los últimos años la discusión pública que subyace en la producción académica sobre las diferencias entre mujeres y hombres.

Contra la “diferencia” vuelta “desigualdad” es que se levanta un nuevo movimiento feminista con amplia participación en el ámbito académico de las ciencias sociales que surge a finales de los años sesenta en Estado Unidos y Europa, y cobra fuerza en otros países de América, Oriente y África en los años setenta (Lamas, 2007).

La mayoría de las autoras que conforman este movimiento y producción teórica (Judith Butler, Ángela Davis, Kate Millett, Gayle Rubin, Silvia Federici, etc.), a diferencia de sus antecesoras a principios de siglo (Simone de Beauvoir, Virginia Wolf, Clara Zetkin, Sylvia Plath, etc.), tienen un bagaje teórico y en la esfera pública que les permitió en sus inicios un análisis más exhaustivo sobre el origen de la opresión femenina en relación al capitalismo y la dominación de lo masculino en un sistema patriarcal, descartando por completo la supuesta “naturalidad” de ciertos aspectos de la subordinación de lo femenino.

Gracias a las teorías feministas, sabemos que la estructuración del género (como parte importante de la construcción de la identidad de la que se hablará más adelante) llega a convertirse en un hecho social con

tanta fuerza que inclusive se piensa como “natural”; lo mismo ocurre con ciertas capacidades o habilidades supuestamente biológicas que son construidas y promovidas social y culturalmente. Hay mayor parecido que diferencias como especie entre mujeres y hombres (Lamas, 2007).

En este sentido, desde el modelo de psicodrama de Rojas-Bermúdez, cuando habla del desarrollo de la persona en su interacción con el medio (a nivel psicológico entendido desde los aspectos yoicos de la persona) se afirma que las reacciones del yo:

“Van a estar en íntima relación con los valores aprendidos en la estructura social en la que se desenvuelve, valores que pueden incrementar o apaciguar la vivencia. De todas maneras, la resultante (la decisión y el comportamiento) va a depender de la intensidad de los factores sensitivos y sociales y de la capacidad intelectual del sujeto para integrarlos en una respuesta coherente con sus valores, con sus ideas y con sus creencias del momento actual. Esto no significa que las respuestas yoicas alcancen siempre este nivel: es, simplemente, lo deseable.” (Rojas-Bermúdez, 2017, p. 414).

Esto va a estar determinado por funciones y actividades (yoicas) sesgadas en función del género (femenino/masculino), que va a ser identificado en relación con otra persona en base a la apariencia física y no tanto por la identificación subjetiva. Es decir, de un persona con apariencia (física) femenina, se espera que actúe “socialmente como mujer” a pesar de poder identificarse con aspectos sociales masculinos, y viceversa en relación a un hombre.

Una de las conclusiones a las que llega Eleonor E. Macooby (psicóloga estadounidense, 1917-2018) en el libro “*The development of sex differences*” a partir de un gran número de personas estudiadas, es que justamente aquellas personas que se alejan de comportamientos estereotipados por género,

es decir, mujeres “masculinas” y hombres “femeninos”, aparecen con más talento y mayor creatividad de lo común.

A pesar de los avances académicos, jurídicos, científicos y sociales, seguimos viviendo en sociedades estructuralmente patriarcales, que “naturalizan” (o en términos de la psicoanalista argentina Ana María Fernández, *invisibilizan*² las mismas y nuevas formas de desigualdad, que perpetúan las múltiples expresiones ideológicas y comportamentales de violencia de género hacia las mujeres en los diferentes ámbitos donde se desarrolla la vida (laboral, pareja, familiar, amistad, institucional, etc.).

Hoy en día, los feminicidios son considerados la expresión máxima de la violencia de género, a la que añadiríamos otras muchas, como la violencia sexual (violaciones, explotación sexual y trata de mujeres).

Este mismo año, en España, los asesinatos de mujeres a manos de sus parejas o ex parejas varones (exentos datos extra-oficiales de los que también conocemos un trágico número) aumentan a 14 mujeres, dos de los casos se encuentran en investigación. (*Feminicidios/Estadísticas y estudios de investigación/Ministerio de Igualdad/Gobierno de España, abril 2023*).

Muchas mujeres que sufren las consecuencias de este tipo de violencia, son usuarias de servicios públicos de asistencia psicoterapéutica, y aquellas que pueden permitírselo, también hacen uso de servicios privados.

Una de las razones por las que la violencia de género continúa funcionando como elemento compensatorio individual (y potenciado por el grupo) ha sido su aceptación social como medio para solucionar diferencias y reafirmar el poder y el control de lo masculino. Esto es posible mediante

el reconocimiento de los privilegios que los varones han gozado codificados en creencias, prácticas, estructuras sociales, e incluso en derechos (Kaufman, 2008).

Desde la teoría del esquema de roles de Rojas- Bermúdez (explicado más adelante), se puede entender cómo el encuadre operativo de sicodrama grupal con mujeres en situación de violencia de género, facilita la disminución de estados de ansiedad generalizados como consecuencia de situaciones de violencia de género vividas como traumáticas (estados de shock, TEPT, crisis de pánico, etc.). Por estas razones, en el abordaje sicodramático, la aplicación de caldeamientos corporales, y el uso de la técnica de construcción de imagen, que a su vez ayuda a clarificar dichas situaciones, han sido particularmente eficaces.

Asimismo, se considera importante e incluso necesario, incorporar la perspectiva de género también en las aportaciones y revisiones clínicas, análisis teórico-científicos, casos clínicos y la sicoterapia, porque incluso las aproximaciones médicas actuales, cometen a menudo negligencias al no contemplar la existencia de las diferencias de género en la sociedad actual. (Brown & Charles, 2022).

Aspectos sicosociales en la construcción de la identidad de género

Entonces Adán dijo: «Ésta es ahora carne de mi carne y hueso de mis huesos; será llamada “mujer”, porque fue sacada del hombre.»

Génesis 2:20-24

Marie Brown, doctora en psicología clínica de la Universidad de Brooklyn, en su libro “*Mujeres y psicosis*”(2022) , contextualiza varios estudios en EE.UU sobre el tratamiento de la locura y la violencia hacia las mujeres a lo largo de los últimos años, y, junto a la psicóloga Marilyn Charles, afirman que la asignación de funciones a roles sociales en base al género, en modos que socavan a las mujeres y lo femenino, es considerado como un problema

(2) Ver Gilberti E. y Fernández, Ana M. (1989). La mujer y la violencia invisible, p. 143-144. Ed. Sudamericana.

estructural que influye en las reacciones estridentes y/o en la rendición masoquista en relación a las fuerzas sociales opresivas, propiciando sentimientos de inferioridad en las mujeres. En esta misma línea, ya en 1976, Jean Baker Miller afirmaba que la definición de las mujeres y lo femenino en relación al sometimiento, obstaculiza la capacidad de las propias mujeres para articular sus valores o para definirse a sí mismas en sus propios términos.

Ello quizá promueva socialmente que muchas mujeres se sientan atrapadas entre el deseo de crecer y las actitudes y relaciones evasivas, que conducen precisamente a la dirección opuesta, hacia la dependencia (Charles, 2022).

De ahí también que el aprendizaje del papel (*rol social*)³ de protector sea una solución viable para los hombres en su relación con las mujeres, precisamente por la construcción de esas mismas fantasías/mitos, donde se adopta el papel complementario al de víctima/protegida (*rol complementario en psicodrama*).

En el desarrollo de la identidad, hay elementos subjetivos tanto masculinos como femeninos que se van constituyendo en las relaciones con otra persona, desde ambientes tempranos de crianza, a menudo tipificados por la ausencia del padre y de varones adultos, o al menos, por la distancia emocional de los varones del círculo de crianza.

En este caso, la masculinidad se aprende por ausencia y se construye a nivel de la fantasía. Pero incluso en culturas patriarcales donde los padres están presentes,

la masculinidad se codifica como un rechazo a la feminidad, es decir, un rechazo a las cualidades asociadas con la expresión y el apoyo emocional (Kaufman, 2008).

En esta misma línea, en la cultura occidental, se establece mayor reconocimiento al desarrollo de la autonomía en los varones, y, sin embargo, en las mujeres tiene mayor aceptación los valores relacionales antes que a la propia autonomía, lo que dificulta percibirse del propio potencial femenino (Charles, 2022).

Los rasgos identitarios donde lo femenino es subordinado o menospreciado, son confirmados por los varones y, en particular, por los varones culturalmente influyentes (familiares, parejas, hermanos, etc.). Puesto que son rasgos estructurales, que pueden experimentarse (y, por tanto, transmitirse) como un legado casi inevitable, vergonzoso, humillante, difícil de enmendar (Brown, 2022).

En el ámbito familiar, como contexto social y afectivo determinante en el desarrollo de la identidad desde los primeros años de vida, las creencias y prácticas culturales machistas pueden obstruir el desarrollo y aumentar el sufrimiento. Si es difícil para las personas progenitoras tener en mente a la niña, también es difícil para la niña tenerse en mente, y por tanto, desarrollar una estructura identitaria sólida, estable y resistente.

“Esa inestabilidad dificulta la capacidad de adaptarse y resistir frente a más estresores, lo que acentúa el riesgo de una severa perturbación posterior (Hammersley, Read, Woodall y Dillon, 2007, citado por Charles, 2011, p. 71) y, en última instancia, conduce a la niña a la disociación y otros síntomas de la psicosis” (Liotti, 2004, citado por Charles, 2011, p. 72).

Esta subestima cultural provoca vergüenza, la cual limita la interacción social e inhibe la curiosidad, que a su vez, dificulta la aceptación de los riesgos necesarios para que se produzcan nuevos aprendizajes fundamentales

(3) “Los roles que son patrimonio del yo son los roles sociales; pero no cualquier actividad implica un rol. El concepto de rol involucra, por un lado, una actividad socialmente pautada, que está inscrita en la cultura, como conocimiento social (*conserva cultural*, según Moreno).” (Rojas-Bermúdez, 2017, p.504). Según Rojas-Bermúdez a diferencia de Jacob L. Moreno, “Los roles sociales son conservas culturales aprendidas por el Yo, que presentan en su estructura la interrelación con el rol complementario y las características particulares de cada personalidad (Yo – Núcleo del Yo). De este modo, al jugar un rol con el rol complementario de otro individuo, ya hay un conocimiento previo de las pautas de comportamiento posibles en el vínculo por desarrollar”. (Rojas-Bermúdez 1984, p. 119).

para el desarrollo de una estima positiva y mayor inserción social y pública.

Para las niñas – y niños- criadas en familias donde las mujeres están subestimadas, es difícil construir una idea segura y valiosa de la propia personalidad. Una base así en una identidad estable y coherente, deja carencias a nivel síquico y emocional que resulta en una mayor vulnerabilidad a situaciones de estrés a lo largo del ciclo vital (Charles, 2022).

Proceso de aprendizaje de roles sociales sesgados por género

Según Lamas (2007):

“El papel (rol) de género se forma con el conjunto de normas y prescripciones que dicta la sociedad y la cultura sobre el comportamiento femenino o masculino (...) La dicotomía masculino-femenino, con sus variaciones culturales, establece estereotipos, las más de las veces rígidos, que condicionan los roles, limitando las potencialidades humanas de las personas al potenciar o reprimir los comportamientos según si son adecuados al género”.

Es decir, el sexo-género es un elemento yoico que impregna todos los roles sociales desempeñados por cada persona.

En los primeros años del desarrollo, con el descubrimiento de la triangulación en la infancia Rojas-Bermúdez (2017, p. 479) explica:

“(..) transforma a la posesión “eliminada” en persona y a los diferentes tipos de relaciones que esa persona ejerce en roles sociales (<<mi papá>> pasa a ser además, marido, tío, vendedor, etc.). El niño, al no participar activamente en esos otros roles, queda excluido de ellos en cuanto a protagonista, pero no en cuanto a observador. Los registros formales de esa gran variedad de roles sociales que lo rodean van a constituir los roles

potenciales, aquellos que están presentes en su medio y que puede llegar a asumir a lo largo de su vida”.

Ya desde la observación se inicia el aprendizaje de roles potenciales que se terminarán de desarrollar en el vínculo con el rol complementario, en la interrelación con otras personas (ver *rol social*, nota 2 a pie de página).

Las diferentes formas de opresión social, de las que se habló en el apartado anterior, cuando no son identificadas ni analizadas, pasan de madres/padres a hijas/os mediante el proceso de aprendizaje a través de los vínculos, influyendo directamente en la constitución de la propia identidad (Charles, 2022).

En el proceso de aprendizaje de los roles sociales, según Rojas-Bermúdez, además del aprendizaje concreto que requiera cada rol (por ejemplo: para ser periodista, estudiar la carrera correspondiente), se agregan las características estructurales del núcleo del yo y yoicas de la personalidad (neurosis obsesiva, neurosis histérica, sicosis, capacidad de reflexión, inteligencia, etc.) de cada individuo.

En la teoría sicodramática existen los roles sicosomáticos y los roles sociales. En términos generales, los primeros se estructuran en los inicios del desarrollo de la persona (0 a 2 años aproximadamente) , a partir de las experiencias que generan el ejercicio de aquellas funciones fisiológicas no automatizadas - como la ingesta, la defecación y la micción- que demandan ciertas interacciones con el ambiente (Rojas-Bermúdez, 2017). Serían aquellas que quedan “selladas” en la estructura básica de la personalidad, en el núcleo del yo.

Estas interacciones primarias tienen que ver con las reacciones (cuidados, caricias, afectos, etc.) de las figuras adultas que forman parte de su crianza y que, a su vez, forman parte de un sistema social de creencias en relación al género que determinan dichas reacciones y comportamientos (por ejemplo: tendencia a que las caricias y afectos sean

llevados a cabo por figuras maternas, y comportamientos en interacción con el ambiente/socialización sean propiciados por figuras masculinas).

En segundo lugar, el aprendizaje de los roles sociales integra a la persona a la estructura social:

“Este aprendizaje será más o menos prolongado de acuerdo al número de roles sociales en juego (...) Este aprendizaje se inicia aproximadamente a los dos años, con la aparición del yo, considerándose adulto al individuo que es capaz de desempeñar con eficacia los roles sociales propios de la estructura social a la que pertenece. El proceso de aprendizaje de roles corresponde al de memoria, juego y dramatización ⁴.” (Rojas-Bermúdez, 2017, p. 508-509).

Este trabajo se centra en los roles sociales, que son el resultado de comportamientos y creencias socialmente observables de un proceso de enseñanza y aprendizaje en la cultura, mediante los cuales se observan aquellas conductas e ideas que reproducen relaciones desiguales entre mujeres y hombre.

Esquema de roles en sicodrama: aspectos psicológicos y sociales del yo

Para facilitar la comprensión teórica del esquema de roles del sicodrama, Rojas-Bermúdez alude a la metáfora de una red de pesca, con toda una trama de hilos y nudos unidos entre sí, “Cada nudo corresponde al yo social y los hilos a los roles complementarios y vínculos que los unen” (Rojas-Bermúdez, 2017, p.514).

Esto da lugar a un tejido (tejido social) resistente en aquellos lugares de la red (red social) donde mayor cantidad de nudos

(yo social) e hilos (roles sociales vinculados entre sí), y menos resistente y por tanto, más vulnerable de romperse (al margen de la red social) en aquellos lugares donde hay escasez de nudos e hilos, (Figura 1).

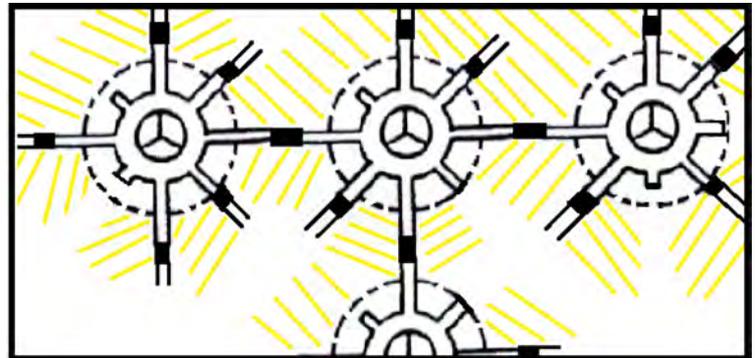


Figura 1. Desempeño de roles dentro de un sistema social (amarillo), en este caso, de creencias y comportamientos sesgados por género. Representación de las relaciones interpersonales a través de los vínculos. Descubrimiento de la red social. [Modificación a partir de la Figura 6.20 (7) del libro Teoría y técnica sicodramáticas de Jaime Rojas-Bermúdez, 2017, p. 480].

En este caso, la Figura 1 corresponde a una situación ficticia, ya que en ningún momento la persona está en condiciones de desempeñar varios roles en simultáneo (Rojas-Bermúdez, 2017). De esta manera, tal y como se observa en la Figura 1, cada conjunto de tres círculos concéntricos representaría el esquema de roles correspondiente a una persona. El círculo más interno representaría el núcleo del yo, el círculo consecutivo a éste sería el yo, de donde emergen varias prolongaciones que representan los roles sociales de esa persona. El círculo representado con líneas discontinuas sería el sí mismo psicológico (SMS). Todos aquellos roles sociales que emanan del yo y que tienen una prolongación o un mayor grado de desarrollo, sobrepasando el SMS, llegan a generar un vínculo (representado por un cuadro negro) con un rol complementario. Los roles que se encuentran dentro de los límites

(4) Rojas-Bermúdez, J. (2017): Teoría y Técnica sicodramáticas. Memoria, juego y dramatización, p. 493. Ed. Punto Rojo.

del SMS, corresponden a roles poco desarrollados (Rojas-Bermúdez, 2017, p. 506). El SMS:

“corresponde a la representación de los aspectos sensitivos y emocionales del siquismo, con la particularidad de modificar sus dimensiones (dilatación o retracción), de acuerdo con los estados de alarma o caldeamiento que se esté experimentando (...) El sí mismo psicológico tiene la capacidad para informar al yo sobre lo que ocurre en su entorno y especialmente sobre las características de los estímulos y su mayor o menor proximidad y peligrosidad.” (Rojas-Bermúdez, 2017, p. 506).

En la Figura 1, la representación del SMS tiene la misma dimensión para cada representación del esquema de roles (con la intención de comprenderse mejor el desarrollo de los roles sociales y su vinculación con los roles complementarios), esto no es así en la realidad. El SMS puede dilatarse o retraerse, dependiendo de la interpretación que el yo haga sobre el entorno y del estado de calma a nivel interno.

En el siguiente apartado, puede observarse con mayor claridad estos estados de alarma ocasionados en situaciones de violencia de género (en este trabajo, hacia las mujeres violentadas por sus parejas o ex parejas varones).

Dinámica del Esquema de Roles en situación de violencia de género

Existen situaciones de tensión continua que suelen ser frecuentes en las mujeres que han sufrido o sufren violencia de género (psicológica, física y sexual en el ámbito familiar y/o de pareja) y que participan de los grupos que se ejemplificarán al final.

En estos casos, el esquema de roles se corresponde con la Figura 2 y quedaría representado de la siguiente manera:

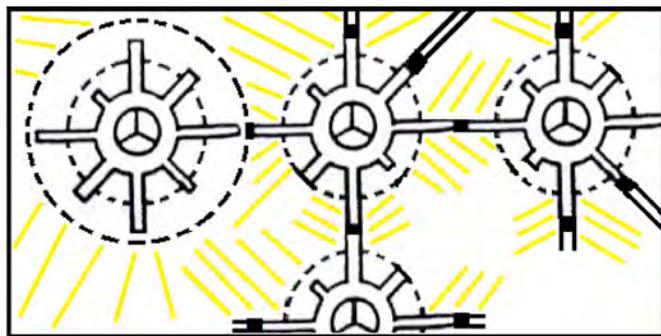


Figura 2. Dinámica del Esquema de Roles. Relación se establece por medio del SMS de estas mujeres. [Modificación a partir de la Figura 6.20 (7) del libro “Teoría y técnica sicodramáticas” de Jaime Rojas-Bermúdez, 2017, pág. 480].

Con la expansión del SMS, el yo se compromete en su totalidad y no desde un rol desde el que poder vincularse. En la Figura 2, el esquema de roles cuyo SMS se encuentra dilatado (izquierda) pertenecería al de una mujer que sufre violencia de género (sin posibilidad de establecer vínculos a través de un rol), y la persona que la agrede sería su pareja varón en este caso (cuyo esquema de roles está representado seguidamente a la derecha), donde se observa cómo se vincula desde el rol de pareja-agresor directamente con el SMS de ella, es decir, con su estado de alarma (dificultando cualquier tipo de reacción). Se observa además, cómo la pareja-agresor sigue vinculado a otras personas mediante sus roles sociales, mientras que la pareja en estado de alarma queda aislada.

El SMS dilatado, al superar todos los roles sociales, en un estado de tensión continuado, desconecta a la persona de la red social (alienación) (Rojas-Bermúdez, 2017) lo que la hace más vulnerable al sometimiento y a la marginación. Esto aumenta con la presión social de personas cercanas y familiares, así como los sentimientos de vergüenza y culpa por parte de la mujer.

Sicodrama grupal con mujeres en situación de violencia de género

Estos grupos se llevaron a cabo entre 2020 y 2022, formados por mujeres jóvenes y adultas, procedentes de diferentes clases sociales y secto-

res profesionales, que reciben atención psicológica individual en Centros de Atención a las Mujeres en Sevilla (España).

Las sesiones de psicodrama correspondían a un servicio de atención psicológica grupal complementario para mujeres de elevado padecimiento psicológico derivado de violencias de género (psicológica, sexual y física) por parte de familiares y/o parejas o ex parejas. Estas mujeres presentaban un elevado estado de angustia, crisis de pánico, reacciones somáticas (sudoración, taquicardia, etc.), insomnio, disociación, alteraciones del estado anímico, síntomas derivados de TEPT y trastornos depresivos.

El encuadre operativo fue el psicodrama grupal en el marco de la intervención social, donde se trabajan roles sociales, vínculos y aspectos personales [psicológicos y emocionales] directamente relacionados (Moyano y Rojas-Bermúdez, 1997). Al ser en el marco de la intervención social dependiente de los servicios sociales locales, las sesiones fueron limitadas. Es por ello que, frente a las características y sintomatología del grupo, nuestro objetivo se encaminaba hacia lo urgente por un lado, el elevado nivel de ansiedad y, por otro lado, el aislamiento social en el que se encontraban muchas de ellas.

La presión social de familiares/amistades que sufren estas mujeres en relación a las situaciones de violencia de género vividas, aumentan la vergüenza y los sentimientos de culpa (Charles, 2022), lo que dificulta el relato de la propia historia de vida; en muchos casos, hay un elevado nivel de alienación, donde el relato sobre sí mismas se corresponde con el de las ex parejas o familiares a las que se encontraban sometidas.

Estos sentimientos, sumados a los estados de ansiedad, se reflejaban en el grupo también a través de las formas corporales: estados y posturas físicas de inhibición, tensión y retraimiento corporal (piernas y brazos cerrados, miradas hacia el suelo, tics, etc.).

A partir de aquí, surge la conveniencia de trabajar con caldeamientos corporales para facilitar la retracción del SMS (Figura 1) y generar un clima relajado donde sentirse seguras para traba-

jar sobre sus propias historias de vida, desplegando roles sociales a partir de los cuales vincularse con el resto del grupo.

A modo de ejemplo, uno de los caldeamientos más usados en estos grupos es “La burbuja” (modificación de técnicas habitualmente usadas en entrenamiento de danza y teatro).

Siguiendo con el procedimiento habitual de una sesión en psicodrama, se inicia el caldeamiento (verbal) inespecífico “(..) corresponde al primer periodo de la sesión, durante el cual se ponen en contacto Director y Auditorio con el fin de realizar una actividad en común. Consiste en un conjunto de procedimientos destinados a centrar la atención en el Auditorio (...)” (Rojas-Bermúdez, 1975, p. 21). En este caso, aparecen temas comunes al grupo tales como “espacio íntimo y personal”, “ausencia de lugares donde sentirse a salvo”.

A continuación, la terapeuta como directora continúa dirigiendo hacia el caldeamiento (corporal) específico de manera progresiva (dándole las directrices oportunas a la figura de yo-auxiliar profesional que se encuentra ya dentro del contexto grupal).

En primer lugar, se abren las sillas símbolo y el grupo pasa al escenario donde se ubican de pie, en círculo y con los ojos cerrados. Esto disminuye las sensaciones de vergüenza e inhibición por la exposición frente al resto y permite una mayor concentración en el estado (fisiológico) interno en el que se encuentran (palpitaciones, respiración, etc.).

En segundo lugar se da la siguiente consigna: “con los ojos cerrados y en el lugar donde están, van a inspirar profundo y en cada expiración van a imaginar que se va formando una burbuja a su alrededor”. Esto permite dirigir mayor atención hacia la respiración (estados más agitados o relajados).

Pasado un intervalo corto de tiempo, que permite observar al grupo, se da la siguiente consigna: “con los ojos cerrados y separando mis manos del resto del cuerpo voy tocando y sintiendo las paredes de la burbuja. Imagino cómo

Homenaje a Rojas-Bermúdez

es la burbuja por dentro”. Al empezar a imaginar, se da pie al caldeamiento del área mente mediante pensamientos, fantasías, recuerdos, etc.

Teniendo presente la lectura de formas corporales del grupo, al aparecer intentos de desplazamiento por el escenario, se consignará que ya pueden abrir los ojos y caminar con esa burbuja por el espacio. Es un momento importante del caldeamiento, donde aparecen formas de mayor expansión en algunos casos y otros, de retraimiento y sobre todo, donde aparece la interacción dentro del grupo, con la ayuda de la yo-auxiliar (en este caso una yo-auxiliar mujer). Esta interacción nos da a entender, por un lado, que el grupo se encuentra caldeado y por tanto, en un estado de retracción del SMS y menor tensión.

La continuación de la sesión depende del emergente grupal, en este caso, aparecieron comentarios en relación a los contenidos fantaseados y personales que cada cual imaginaba dentro de su burbuja.

A modo de ejemplo, una de las mujeres comentó que imaginó “un amanecer en la playa muy oscuro, donde el mar era oscuro e intentaba tapar el sol”, y ya en la etapa de dramatización, se le pidió mediante la técnica de construcción de imagen con objetos (telas) que representara eso que imaginó



Fotografía 1. Técnica de construcción de imagen con telas de una de las participantes. La tela negra representa “el mar oscuro intentando tapar al sol” (tela blanca).

Siguiendo el procedimiento habitual de la técnica de imagen en sicodrama, se le pidió que eligiera a alguien del grupo para representar una postura que identificara en cada una de las telas, en base a lo que había descrito y la imagen quedó de la siguiente manera (Figura 3):



Figura 3. Imagen realizada por la protagonista (con ayuda de yo-auxiliares espontáneos del grupo, elegidas por ella) a partir de la imagen construida con telas. Donde ella se representa como el sol, tapado por el mar – pareja.

Al ver la imagen desde fuera, con cierta distancia emocional y mayor objetividad, la protagonista afirmó que, en realidad, mostraba una situación de violencia con su ex pareja, que había vivenciado de manera traumática hace unos años, en la que ella se sentía sometida y a partir de la cual se había sentido muy deprimida y sola.

A partir de esta imagen, la protagonista pudo expresar por primera vez cómo se había sentido en aquel momento y en situaciones similares posteriores y la angustia que sentía, además de tomar conciencia del estado depresivo en el que se encontraba desde entonces. Las resonancias, identificación y apoyo del grupo le permitieron reducir los sentimientos de culpa y vergüenza y seguir trabajando en las siguientes sesiones sobre su propia historia.

Conclusiones

En situaciones consideradas como la expresión máxima de la violencia de género en nuestra sociedad, se observa que tanto en la

teoría citada (Charles & Brown, 2022; Miller, 1976) como en la práctica con sicodrama grupal con mujeres, coinciden en que culturas donde las mujeres y lo femenino son definidas en relación al sometimiento, esto obstaculiza la capacidad de las propias mujeres para definirse a sí mismas en sus propios términos y no a partir de otra persona, además de prevalecer una falta de valoración sobre sí mismas. Esto, seguramente, haya sido experimentado ya desde edad temprana en el contexto familiar.

Las situaciones de violencia de género que siguen existiendo hoy en día en nuestra sociedad, se tornan aún más graves (o se experimentan de forma traumática) cuando son vividas por figuras cercanas o familiares. Esto se observa muy claramente en las experiencias recordadas y descritas por las mujeres que forman los grupos, donde suele ser una figura masculina paternal o de pareja por quien/es se sienten sometidas.

Tal y como afirma Rojas-Bermúdez, en casos extremos como en las crisis de pánico -e

incluso en situaciones de tensión continuada-, el SMS puede llegar a expandirse de tal manera que supere los roles sociales y la persona quede desconectada de la red social. Esto acentúa la importancia de los caldeamientos corporales en estos grupos.

Además, el aislamiento o marginación social exacerba la angustia, de modo que la revinculación a la comunidad y trabajar sobre los vínculos constituye un aspecto importante de toda recuperación (Charles, 2022).

Para finalizar, con este trabajo, se pretende analizar y reconocer cómo las estructuras y prácticas culturales, también pueden dificultar el desarrollo y aumentar el malestar síquico. Por ello, se considera importante seguir ampliando el conocimiento en relación a los aspectos sociales que influyen en las situaciones vividas como traumáticas desde contextos clínicos y terapéuticos, donde la teoría y técnica sicodramática facilitan la comprensión de las causas del sufrimiento síquico teniendo en cuenta la realidad social de cada integrante.

REFERENCIAS

- Bravo, R., & Herrador, M. C. (2022). Sociodrama en la educación universitaria. *La Hoja de Psicodrama*, 74, 20-27.
- Brown, M., & Charles, M. (eds.). (2022). *Mujeres y psicosis*. Ed. Herder.
- Kaufman, M., (2008). Cómo se construye un hombre. Ed. IAM. In J. García Ortega. *Compilación sobre Género y Violencia*, (pp. 77-80). Instituto Aguascalentense de las Mujeres. http://cedoc.inmujeres.gob.mx/insp/compilacion_genero.pdf
- Gilberti E., & Fernández, A. M. (1989). *La mujer y la violencia invisible*. Ed. Sudamericana.
- Hendel, L. (2019). *Violencias de género*. Paidós.
- Lamas, M. (2007). La antropología feminista y la categoría de “género”. *Nueva Antropología*, 3(30), 173-198.
- Maccoby, E. (ed.). (1966). *The development of sex differences*. Stanford University Press.
- Mercader Larios, C. (2012). Sicodrama e intervención social. In J. G. Rojas-Bermúdez, G. Moyano et al. *Actualizaciones en sicodrama. Imagen y acción en la teoría y la práctica*, (p. 291-323). Espiral Maior.
- Miller, Jean B. (1976). *Toward a new psychology of women*. Beacon Press.
- Rojas-Bermúdez, J. G. (1984). *¿Qué es el sicodrama?* (4ª ed.). Celcius.
- Rojas-Bermúdez, J. G. (2017). *Teoría y Técnica Sicodramáticas*. Punto Rojo.
- Rojas-Bermúdez, J. G., & Moyano, G. (1997). El sicodrama en la intervención social. *Apuntes de Psicología*, 49-50, 73-95.

LAS FORMAS NATURALES EN LA CLÍNICA

Sara González Santos

Sara González Santos. Psicóloga (Universidad de Sevilla). Directora de Sicodrama (Centro de Sicodrama, Sociodrama y Sicodanza, Sevilla), Sicoterapeuta (FEAP). Máster en Psicoterapia Relacional (Universidad de Sevilla). Directora y docente de Teatro Espontáneo y Sicodramático. Miembro y vocal de la ASSG. Miembro de la AEP y del Grupo de Investigación en Sicodrama (GIS). Fundadora y codirectora del Centro de Sicodrama, Sicoterapia y Formación (CSSF, Sevilla). Creadora de la compañía de teatro sicodramático "La Rueda" y "La Sicodramática".

María Guerrero Orzáez

Sicóloga (Universidad de Sevilla). Directora de Sicodrama (Centro de Sicodrama, Sociodrama y Sicodanza, Sevilla), Máster en Psicoterapia Relacional (Universidad de Sevilla). Máster en Dirección de Comunicación (Universidad de Sevilla). Sicoterapeuta en ejercicio privado. Fundadora y codirectora del Centro de Sicodrama, Sicoterapia y Formación, (CSSF, Sevilla). Miembro de la AEP, ASSG, y del Grupo de Investigación en Sicodrama (GIS). Docente universitaria en los Grados de Comunicación para el centro universitario EUSA, adscrito a la Universidad de Sevilla. Consultora de organizaciones e Investigadora Social.

RESUMEN

La etología es la ciencia que estudia el comportamiento animal. Desde ahí se asume que lo etológico tiene que ver con la especie. Rojas-Bermúdez se basa en esto para comprender la conducta del ser humano, acuñando los conceptos de formas naturales y comunicación natural. Con esto, el autor convierte al cuerpo y sus relaciones con el espacio, en el elemento de referencia para la comprensión del individuo.

El modelo sicodramático de Rojas-Bermúdez se basa en la lectura de estas formas naturales generadas por el/la paciente durante el proceso terapéutico como instrumento para el conocimiento de la persona, ofreciendo una guía sólida y segura para el trabajo sicoterapéutico.

ABSTRACT

Ethology is the science of animal behavior. Often focusing on links between species. Inferring the concept that this science is the link to species as a whole. Ethology delves into human social organization and behaviours. Rojas-Bermudez is one such author, using this concept to understand human behaviour, coining the concepts of natural forms and natural communication. With this, the author makes the human body and its relations with space an element of reference to comprehend the individual.

Rojas-Bermudez presents a psycho-dramatic model based on reading the patient's natural forms of behaviour during the therapeutic process as an instrument to understand the person, offering a solid and safe guide to psychotherapy practice. This article looks at two clinical cases with a framework of individual psychodrama where the reading of natural forms were enlightening for psychotherapeutic work.

PALABRAS CLAVE:

Etología; comunicación natural; Rojas-Bermúdez; imagen; lectura de formas.

KEY WORDS:

ethology; natural communication; Rojas-Bermudez; image; reading of natural forms.

1. De la etología a la comunicación natural.

La etología puede ser definida como el estudio del comportamiento de todas las especies animales en su medio natural, incluido el ser humano. Se centra fundamentalmente en el estudio del espacio, de las distancias, del territorio y de los sistemas de señales propios de cada una de estas especies. Sus fundadores, Konrad Lorenz y Nikolaas Tinbergen, resaltaron la predisposición innata de los animales a responder de una forma concreta a unos estímulos concretos, una predisposición que es adaptativa y que tiene un importante valor de supervivencia. Konrad es conocido por su descubrimiento del principio de apego o impronta, a través del cual en algunas especies se forma un vínculo entre un animal recién nacido y su cuidador/a. Para Tinbergen, la etología consiste en el estudio objetivo del comportamiento, definiéndolo más tarde como el estudio biológico de la conducta. En sus estudios comparativos de psicología animal llegó a establecer el valor del estímulo como un signo, en el sentido de que las señales transmitidas por los animales incluyen secuencias de conducta, fenómeno que relacionó con la existencia de una unidad coordinadora en el sistema nervioso.

Otro autor importante es el etólogo austriaco Irenäus Eibl-Eibesfeldt, que funda la etología humana como una línea independiente de investigación y la aplica a estudios que ya existían sobre humanos. Eibl-Eibesfeldt (1972), se centra en los aspectos expresivos, interactivos y comunicacionales biológicos y compartidos por la especie, más allá de las variantes culturales. Plantea que la mayoría de nuestros gestos y ademanes tienen una configuración cultural, siendo su base innata.

Von Uexküll, biólogo y uno de los pioneros de la etología, nos habla de su planteamiento sobre el instinto, como fuerza que nos atraviesa y relaciona con el medio (unidad dinámica), su concepto

de iluminación del campo, su idea de los esquemas productores (rasgos y grupos de rasgos específicos que desencadenan conductas instintivas también específicas) en las diferentes especies animales (Bally, 1986).

En los estudios de estas ciencias, Rojas-Bermúdez encuentra elementos que confluyen con las observaciones clínicas realizadas: dice “yo hablaba de Estructuras Genéticas Programadas y los etólogos, de Esquemas Productores.” (Rojas-Bermúdez, 2013, p.2). Apoyándose en estas fuentes para la elaboración de su teoría, Rojas-Bermúdez (2017), plantea que el ser humano posee un sistema de señales propio de su especie. Este sistema es compartido por todos los miembros de la misma y se compone de actitudes, gestos y movimientos del cuerpo que atienden a lo etológico. Dentro de este sistema, cada individuo presenta su propio código corporal (p.129). Con esto se enfatiza en la idea de que, si es algo compartido por las personas que conforman la especie, hay un entendimiento y comprensión de códigos que ayuda a que sus miembros puedan sobrevivir e interactuar con su medio y sus iguales. Por ello, Rojas-Bermúdez (2017), apoya la idea de que el hombre y la mujer poseen dentro de sí las estructuras necesarias para que esto pueda darse, siendo disposiciones genéticas que se encuentran programadas interna y externamente en nosotros/as.

1. Comunicación natural.

Rojas-Bermúdez (2017) define la comunicación natural como una forma de comunicación no intencional presente en todo momento en los miembros de una especie, que regula la interacción entre ellos y mantiene el equilibrio biológico de los mismos. Este tipo de comunicación se encuentra programada genéticamente, y es por esto, que no la podemos considerar una forma comunicativa en sí, ya que se mantiene centrada en lo expresivo y no en lo comunicativo como las formas de comunicación estandarizadas. (p.99,100). Si,

por ejemplo, vemos a una persona con una postura de cabeza hacia abajo sin mostrar la cara, hombros y caídos y brazos cruzados, cualquiera que pueda verla, sabe sin conocer los motivos, que se encuentra triste. En base a esto, es probable que la interacción que se busque por parte de la persona que lo ve, sea próxima al acercamiento, pudiendo tocarle la cabeza o ir al abrazo como respuesta, entre otras formas.

Por esto, Rojas-Bermúdez (2017) plantea que “en la comunicación natural no hay un acuerdo previo entre las partes; sus formas están presentes y se manifiestan a pesar de ellas, dando lugar, en la especie humana, a comportamientos y respuestas muchas veces desconocidas o no tomadas en cuenta por el yo” (p.100).

Otros autores como el antropólogo Ray Birdwhistell (1987), afirma que la base de la comunicación humana se da en un nivel por debajo de la conciencia, en el cual las palabras sólo tienen una importancia relativa; sólo el 35% del significado social de una conversación corresponde a las palabras habladas. Por otro lado, Albert Mehrabian (Moyano, 2014), profesor de psicología (UCLA), plantea que, en la comunicación de sentimientos y actitudes, la comunicación verbal es altamente ambigua, y solo el 7% es atribuible a las palabras; el 38% se atribuye a la voz (entonación, resonancia, etc.) y el 55% al lenguaje corporal (gestos, posturas, movimientos oculares, respiración, etc.). Cuando hay incongruencia entre lo verbal y lo no-verbal en una comunicación, la persona receptora confía más en lo no-verbal.

2. Las formas naturales.

Rojas-Bermúdez (2017) define a las formas naturales como actitudes posturales (movimientos, gestos, posturas), que responden a estructuras genéticas programadas interna y externamente en los individuos y que son complementarias entre sí. Según el autor, la manifestación de

estos códigos genéticos se produce a través de dichas formas, las cuáles desencadenan comportamientos intra e interespecie que se expresan en un campo compartido para sus miembros. Con esto, comienza a establecer una relación entre forma y conducta, apoyada en los planteamientos de Von Uexküll, que se comentaban con anterioridad, y de Eibl-Eibesfeldt (1972), en sus experimentos asociados al cortejo, donde se observa cómo existen conductas involuntarias que tienen que ver con la forma.

Al jerarquizar el cuerpo frente a la palabra, cobra protagonismo el hemisferio derecho, más asociado al campo de la imagen, y el cuerpo se presenta como elemento de referencia para comprender lo mental, emitiendo y liberando formas naturales sin que se tome demasiada conciencia de ello. Rojas Bermúdez y Moyano (2012) recogen que muchas investigaciones realizadas, desde Sperry (Split brain) hasta las más recientes de Rauch, van der Kolk, Newcomer y otros (actividad cerebral en situaciones de stress, crisis de pánico, PTSD), plantean el rol preponderante del HD y, por tanto, de las imágenes, en las situaciones de ansiedad y otras emociones adversas. Al estar la comunicación natural en íntima dependencia con los procesos emocionales, su reconocimiento adquiere un especial valor a la hora de considerar el material terapéutico.

2.1. Características y tipos de las formas naturales.

Como describen Rojas- Bermúdez y Moyano (2012), son varias las características de este tipo de actitudes posturales que emite el ser humano por el hecho de pertenecer a su especie. Una de ellas consiste en la capacidad no aprendida que presentamos como individuos para percibir las y comprenderlas. Como ya se ha referido en puntos anteriores, las formas naturales son comunicativas por sí mismas y

están en la base de la comunicación humana. Otra de sus características, y asociado a lo anterior, es que son formas universales en tanto en cuando que son comprendidas por todos los miembros de la especie. También encontramos que tienden a contagiarse por mimesis natural entre sus individuos.

Las podemos sistematizar por sus orígenes y principal campo de acción en: anatomofisiológicas, psicológicas y sociales.

1. Formas anatomofisiológicas.

Las formas anatómicas corresponden a las del cuerpo humano. De manera natural poseemos una capacidad y necesidad no aprendida de ver a otros/as. Esto se refleja muy bien en los dibujos de manchas sin sentido, donde existe un reconocimiento humano o de sus partes en muchas de ellas (dos puntos y una línea curva debajo como representación de una cara). Moyano (2014), marca el papel de etólogos y psicólogos, como Harlow y Bowlby, que coinciden en destacar la importancia de la vinculación como necesidad primaria del individuo, planteamiento que apoya el enfoque adoptado por Rojas-Bermúdez considerando el individuo como un ser biológicamente social.

2. Formas psicológicas.

Corresponden a gestos y posturas corporales que muestran emociones, afectos o estados de ánimo. Una postura plegada sobre sí misma y en el suelo, nos da una información completamente distinta a otra expansiva (brazos y piernas abiertas) y de pie.

3. Formas sociales.

También llamadas de interacción. Estas formas tienen la característica de incluir al otro/a en la misma, partiendo de la premisa de la vinculación como necesidad natural. Aquí podemos encontrar la sonrisa, tender una mano a otra persona, o la disposición circular de los grupos.

Las formas naturales, a su vez, pueden producir nuevas formas por las interacciones que se generan entre las personas dentro de la estructura social a la que pertenecen, y por ello, en sus distintas pautas culturales. Con esto se van perfilando distintos comportamientos que emergen como modelos en lo psicológico y lo social, conformándose como reglas de juego para la convivencia, limitando y relacionando al ser humano con sus congéneres. El grito como sonido, por ejemplo, ha derivado en la palabra. Es la emoción que produce el grito la que se ha modulado hacia el sentimiento y afecto.

3. Las formas naturales y el trabajo sicoterapéutico.

Como sabemos, el sicodrama de J. Levy Moreno se centra desde su origen en la acción y lo vivencial. Moreno introduce el cuerpo en la sicoterapia, pero no lo prioriza como elemento referencial. Sin embargo, introduce en la sicoterapia el espacio (escenario) donde poder visualizar todas estas formas liberadas por los/las pacientes en relación al código corporal referido anteriormente.

Es Jaime G. Rojas-Bermúdez, quien nos habla desde casi el inicio de formas complementarias (estructuras genéticamente complementarias externas e internas, EEGPPIE) y su resultante (huella mnémica) como lo que estructura nuestro siquismo (roles sicosomáticos, núcleo del yo).

Gracias a esta articulación teórica, y a su técnica de construcción de imágenes, entre otras muchas aportaciones, complementa el modelo sicodramático moreniano yendo un paso más allá. Rojas-Bermúdez, prioriza la imagen en el trabajo sicoterapéutico brindándole un papel muy importante en su trabajo. Este autor, convierte a las formas naturales en el instrumento de guía para comprensión del ser humano, sus patologías y las situaciones planteadas en la sicoterapia

Según Rojas-Bermúdez (2017) el/la sicodramatista ha de entrenarse en aprender a mirar además de escuchar, para poder centrarse en la comunicación natural y la lectura de formas naturales. De esta manera, se tiene acceso a un material distinto en la sesión sicoterapéutica que transmite con mayor veracidad los estados emocionales de la persona protagonista, al ser una información poco codificada socialmente y mantenerse al margen del control del individuo. De la misma manera, esta lectura de formas también nos sirve a nivel metodológico, ya que, y en palabras de Moyano (2014), “las formas muestran la configuración básica de una situación dada. Así, tanto en la dramatización (sucesión de formas en una dinámica) como en la construcción de imágenes (formas visuales estáticas) la lectura y la complementación de formas es una guía fundamental para la labor sicoterapéutica, que nos orienta sobre el sentido y significado contextual de lo representado y proporciona pautas para la intervención del director y yo-auxiliar” (p.1).

La labor terapéutica consiste en una parte importante, por tanto, en la observación, lectura y elaboración de las formas naturales, psicológicas, sociales que se van manifestando en nuestros/as pacientes, y del orden en el que se presentan para él/ella. Una vez tenido este material, la tarea se dirige a indagar sobre los contenidos de dichas formas con las diversas y ricas maneras de trabajo que presenta la técnica sicodramática de Rojas-Bermúdez. De esta manera, se combina específicamente el uso de la imagen (hemisferio derecho) y los aspectos verbales (hemisferio izquierdo) para una mayor y mejor integración de los contenidos del/la paciente.

Para ilustrar esta articulación teórica, se mostrarán algunos ejemplos de casos clínicos. Se han elegido dos casos con un encuadre de sicodrama individual en pacientes adultos que se detallan en los puntos 4 y 5.

4. Caso clínico I.

4.1. Algunos datos relevantes del paciente, sintomatología y motivo de consulta.

El paciente es un hombre de 20 años de edad. Estudiante de oficio de segundo año en una escuela privada. Vive con sus padres y su hermano, cuatro años mayor que él.

Acude a consulta por manifestar sintomatología ansiosa-depresiva de la cuál refiere desconocer la causa. No asocia ninguna situación que le haya podido llevar hasta ahí. Describe estar en el mejor momento de su vida, y de ahí su no comprensión con los síntomas que experimenta. En relación a la sintomatología depresiva refiere padecer tristeza, desgana, aislamiento y llanto. También describe pensamientos negativos hacia él mismo (“qué pena verme así”) acompañados de disminución notable de apetito. La sintomatología ansiosa experimentada se presenta a modo de agobio o dolor en el pecho. Relata preocupación por su cuerpo y revela un trastorno de conducta alimentaria recidivante de ingesta restrictiva.

4.2. Proceso sicodramático.

Se describen algunos momentos de sesiones puntuales, ordenadas en el texto cronológicamente, donde se producen giros importantes para la clarificación del caso y se muestra la importancia fundamental del trabajo basado en las formas naturales.

4.2.1 Técnica de construcción de imagen: imagen de la familia construida con cojines.

Casi al inicio de su tratamiento, se le pide que realice la imagen de la familia con cojines. Esta técnica sicodramática consiste en la construcción con almohadones de la foto familiar por parte del/la protagonista para poder conocer su visión de la estructura familiar actual (Figura 1).

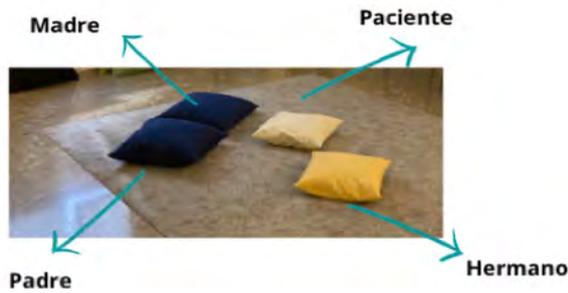


Figura 1. Imagen de la familia construida con cojines.

De manera seguida, para realizar los soliloquios, se consigna que ocupe el lugar de cada miembro de su familia, asignando una forma corporal que represente a cada uno/a (Figura 2).



Madre: "yo os protejo"



Padre: "nosotros os protegemos"



Hermano: "esta es mi familia"



Paciente: "me siento protegido en mi familia"

Figura 2. Formas corporales asociadas a cada uno de los miembros de su familia con soliloquios.

Como se muestra en la imagen anterior, el paciente asigna formas corporales a sus padres con ambas manos hacia arriba. También los sitúa frente a sus hijos. Si las observamos, son formas que, con los brazos, tapan o cubren la cabeza del protagonista.

Al detenernos en las formas corporales de los hijos, podemos comprobar que el hermano ocupa una posición más alejada de los padres que el paciente, que se sitúa más cercano a los padres y especialmente a la madre. También señalar la diferencia de posturas entre ambos. El paciente presenta una forma corporal con los brazos plegados y con la mirada hacia abajo.

Cuando se le solicita que realice un soliloquio en cada una de las posturas, llama ostensiblemente la atención el énfasis a la protección en las representaciones de los padres, y sobre todo de la madre. Al tomar el paciente su propio lugar para la realización del soliloquio, observamos una discrepancia entre la forma elegida y el contenido expresado (*"me siento muy protegido y muy feliz por ello"*). Se pone de manifiesto que el protagonista aún no toma en cuenta que lo que está sucediendo en su familia, sobre todo en la relación padres - hijos, pueda estar relacionado con su estado actual.

4.2.2 Técnica de la silueta.

Durante el proceso sicoterapéutico este paciente fue manifestando distintos malestares asociados a su imagen corporal. Entre ellos se destacaban su sensación de *"sentirse gordo"* y el rechazo a ciertas partes de su cuerpo (barriga, piernas y brazos). Esto le hacía mantener conductas evitativas que le alteraban su vida cotidiana, no saliendo de casa hasta la noche o el uso de ropa negra de forma constante.

Se decide emplear la técnica de la silueta. Una vez realizada, se puede observar que, en la fase de rellenado con collage, omite cubrir gran parte de las piernas (pierna derecha a partir de la rodilla y pierna izquierda completa), aspecto que se le señala. El paciente alude a que es una parte de su físico que no le agrada por su grosor. A raíz de esto, se le solicita que imite la forma de la silueta con su cuerpo. Se sitúa tumbado en un extremo del escenario, y desde ahí y de forma espontánea, expresa que le recuerda a

Homenaje a Rojas-Bermúdez

estar en la playa tomando el sol, y que eso le hace sentir muy bien. Explorando la forma que ha tomado, y ante la recurrencia de la figura del sol, se le invita a que complete la figura, añadiendo este elemento. Llama la atención la forma complementaria elegida (figura 3).



1. Silueta



2. Forma corporal al imitar con su cuerpo la silueta



3. El sol

Figura 3. Técnica de la silueta y posterior dramatización.

Como se puede observar en la imagen anterior, la postura del elemento que representa al sol es muy parecida a la forma corporal con la que representó anteriormente a cada uno de sus padres en la imagen de la foto familiar.

Ahora, los soliloquios de ambos personajes corresponden a lo siguiente: sol: *“yo te doy la energía y te hago estar muy bien”*; paciente *“qué bien estoy aquí tumbado todo el día, no tengo ganas de hacer nada”*. Se le consulta entonces al paciente, desde la postura recostada, cómo se siente con “permanecer así todo el día”. Con esto, toma conciencia de que no se siente muy bien en realidad, ya que no tener ganas de hacer nada no le resulta agradable. Se le pregunta, por tanto, qué tendría que hacer para sentirse mejor, expresando que podría levantarse, pero que, si lo hace, y se mueve, perdería al sol, que es el que le da la energía. Termina la sesión con su cuestionamiento sobre las características de estos vínculos, concretizadas en duda sobre si el sol le proporciona o le “roba” energía.

4.2.3 Técnica de dramatización sin palabras.

Durante otra de las sesiones, el paciente expresa su sensación de “agobio” en algunas ocasiones por cómo se comporta su madre con él en relación a sus estudios. Tomando este emergente, se le pide que exprese con una postura cómo se siente con eso. Acto seguido, se le consigna que se ubique como la figura complementaria, haciendo concreta la forma corporal de su madre para que él pueda sentirse así (Figura 4).



1. Forma corporal que representa el agobio



2. Complementario

Figura 4. Dramatización sin palabras.

A través de este trabajo de dramatización sin palabras se hace explícito que lo que él entiende como protección familiar conlleva una situación de restricción de su movilidad que empobrece la visión que tiene de sí mismo y lo hace dudar de sus capacidades y posibilidades. Se comienza así a clarificar la relación y el tipo de vinculación que mantiene con sus padres, incluyendo aspectos positivos

y negativos. Después de esta sesión y en sesiones posteriores, el paciente relata que se siente mejor, describiendo una disminución progresiva en su sintomatología, que lleva al alta en dos meses.

5. Caso clínico II.

Este segundo caso clínico que se muestra, se enfocó también en el trabajo sicodramático según la lectura de formas naturales en un encuadre de sicoterapia individual.

5.1. Algunos datos relevantes del paciente, sintomatología y motivo de consulta.

El paciente es un hombre de 22 años, estudiante universitario, vive con sus padres, es el tercer hijo, sus hermanas de gran diferencia de edad respecto a él, de 38 y 42 años, están independizadas. No fue un hijo “buscado”, nace por cesárea prematuramente a los 8 meses de gestación. Recuerda a su madre “deprimida desde siempre”. Según le cuentan, hubo una infidelidad por parte de su padre años antes de su nacimiento.

Su primera infancia está marcada por recurrentes visitas al médico por resfriados y complicaciones respiratorias sin mayor gravedad, aunque recuerda a su madre “asustada siempre” con el tema médico. El desarrollo evolutivo es normal.

Relata problemas en la escuela en la relación social con pares, por sentirse diferente y señalado por ser poco hábil y “femenino”. Siendo a sus 9 años, cuando recuerda que empieza a sufrir sudoración excesiva, sentir miedo ante los exámenes y, sobre todo, acentuadas dificultades para conciliar el sueño. Por las noches necesitaba dormir con sus padres, que se acostaban con él hasta que se dormía viendo una película. Además, señala que su higiene personal era muy mediada por su madre hasta al menos esa edad, con contacto físico en el momento de la ducha (“me lavaba ella”).

Desde que tiene recuerdo se reconoce como homosexual, lo cual vive con malestar

debido a lo hostil del contexto escolar, así como a la ocultación en casa por temor al rechazo. Es en su adolescencia tardía (18 años) cuando debuta con experiencias sexuales no totalmente entendidas por él (cruising), sin aún haberlo expresado en ningún contexto. Llamativamente, desde estos sucesos, cuando se masturba sufre distonía cervical reiterada, lo cual le causa desconcierto y le perturba. Sin relaciones sexuales con iguales de edad hasta la actualidad, donde aún expresa sentir muchas trabas solo al pensarlo.

Refiere en su motivo de consulta síntomas de ansiedad cada noche desde hace unos meses, “tengo miedo puro, no puedo dormir pensando qué pasaría si mi padre se muriese”. Asocia esta situación a un suceso de ictus que su padre sufre en el último año, lo cual le hace pensar por primera vez en la posibilidad de perderlo. Describe a su padre como una figura poco participativa en su vida, “es como si no estuviese en casa”. Expresa sentirse como “atrapado en casa”.

Presenta los siguientes síntomas cada noche al dormir: miedo a morir, “exceso de ideas en su cabeza” y síntomas de ansiedad (sensación de mareo, sensación de malestar estomacal, sudoración excesiva, dificultades para tragar). Una vez logra conciliar el sueño, sufre despertares súbitos con sensaciones corporales desagradables. Se calma con la presencia de la madre, a quien suele buscar para tranquilizarse.

5.2. Proceso sicodramático.

Se muestran algunas sesiones del trabajo sicodramático con el paciente donde él mismo encuentra claves, a través de la lectura de formas naturales, que le aportan claridad a su situación actual y a algunos de los síntomas reiterados sufridos.

5.2.1. Historia sicodramática.

Se comienza con la historia sicodramática para objetivar la narración de su historia vital sobre el escenario (figura 5).



Figura 5. La historia sicodramática de izquierda (pasado) a derecha (actualidad).

Siguiendo el recorrido sicodramático, en su primera postura corporal desde la izquierda, la más temprana en edad, verbaliza "siento miedo" desde el soliloquio, siendo éste el motivo de consulta que, paradójicamente, plantea en la actualidad. En la segunda desde la izquierda, expresa "sentir dolor", y la sitúa sobre tercero de primaria (9 años). Es en la tercera postura en la que se reconoce "en caída total, vergüenza", relacionándola con su adolescencia y las dificultades para expresarse y hacer frente a sus compañeros en el instituto. Finalmente, la última postura corporal (edad actual), representa la esperanza de mejoría. Al explorar dicha postura en la fase de comentarios, aparecen relatos de sucesos frecuentes de malestar en la relación con sus padres, "ellos no se hablan, mi madre me lo cuenta todo a mí, se queja de él de siempre pero no hace nada". Aflora su carga de responsabilidad con su madre y su papel de "oyente".

5.2.2. Técnica de construcción de imagen: imagen de su malestar.

En otra de las sesiones, el paciente refiere: "cuando me voy a la cama "me siento mal". Cuenta que siempre cuando está en su cama acostado y ya va a intentar dormir, entonces de forma súbita aparece una sensación de malestar. Se consigna que represente con telas como es sentirse mal para él (Figura 6).

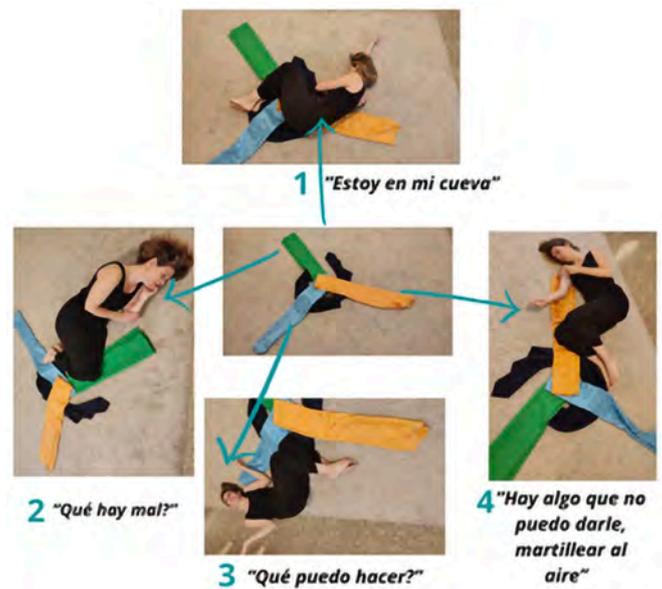


Figura 6: Imagen construida con telas sobre su malestar.

Después de elaborar la imagen, añadirle posturas corporales y soliloquios a cada una de ellas en el orden señalado en la figura, se pasa a la fase de comentarios.

El paciente verbaliza que cuando ya "no puede más" con su malestar, se levanta con esfuerzo de la cama y va a buscar a su madre. Ella normalmente le ofrece "sostén" a través de medicamentos para relajarse o poder hablar con él en el salón de la casa ("siempre acaba ella hablando de sus malestares, así

al menos me distraigo”). En este momento es cuando él dice que siempre es así, o ha sido así con sus miedos en las noches, y que cuando sucede no puede parar de pensar que “algo va mal”. Con esta verbalización, se refiere al malestar por no sentirse preparado para pasar fuera de casa una noche con amigos incluso aunque le gustaría e incluso pensar en una posible pareja futura.

5.2.3. Técnica de dramatización sin palabras: “Algo que inunda”.

En las sesiones siguientes el material que trae continúa centrado en la ansiedad que siente por las noches, que se incrementaba y modificaba. En su relato verbal, lo refiere como algo que “lo inunda”, se consigna entonces que realice una dramatización sin palabras partiendo de ese “algo que le inunda”. En la siguiente figura se pueden observar las posturas corporales correspondientes a la representación de lo que inunda, según él, y su complementaria (Figura 7).



Figura 7: A la izquierda, representación de “algo que inunda” y a la derecha, la postura complementaria del protagonista cuando “algo le inunda”.

En la fase de comentarios, aparecen signos de consciencia sobre esta sensación súbita y repentina que “inunda”, que en realidad “ya estoy agobiado de antes, nervioso”. Cuenta espontáneamente que él mismo va a buscar a su madre cuando se

siente así porque es lo que le “pide el cuerpo”. Explica que es lo único que le ha calmado siempre, aunque se plantea ahora dejar de hacerlo. Empieza a pensar sobre la relación con su madre de una forma incipientemente distinta, aún sin señalar conexión con las posturas corporales que adoptó.

5.2.4. Técnica de dramatización sin palabras: “representa con una postura corporal cómo te sientes en casa”

Ante su planteamiento de que no se resuelve su ansiedad, y que eso le deja dentro de casa, con miedo a salir fuera por si le ocurre también en la calle, se consigna que represente a través de una postura corporal cómo se siente en casa ahora. A través de la concretización de cómo se siente él en su casa, se le pregunta qué está sucediendo para que se sienta así, y se consigna que adopte una postura corporal que lo represente (Figura 8).



Figura 8. A la izquierda, representación de “cómo te sientes en casa ahora” y a la derecha, postural corporal complementaria a cómo se siente él en casa.

Después de realizar esta última postura, verbaliza mientras la mantiene, que se le ha venido a la cabeza la puerta de su casa y en realidad no sabe por qué pero que sus padres estarían entre la puerta y él. Siguiendo su relato, se le pide que ahora, pase a situar a los padres, donde estarían cada uno y en qué posición corporal, el paciente coloca espontáneamente primero al padre.

Homenaje a Rojas-Bermúdez

Posteriormente, y en último lugar coloca a su madre, tomándose más tiempo para adoptar esta postura y verbalizando cuando la realiza que se siente mal sin saber por qué. (Figura 10).



Figura 10. Representación de la postura corporal que corresponde con su padre y su madre.

Si se observan ambas figuras, se recorta como llamativa la postura de pasividad y dependencia del padre “sin recursos”, frente a la postura más agresiva y activa de la madre, donde el mismo protagonista dice encontrarse mal al adoptarla. El paciente, aparece con sus brazos tapándose la cara y el cuerpo encogido, de forma reiterada como al representarse cuando “algo lo inunda”.

En la fase de comentarios, el paciente relata, a través de una toma de conciencia, que se sitúa en una postura de miedo y temor, de nuevo. Es a partir de esta dramatización, cuando el paciente puede comenzar a verbalizar cuestiones que no había podido hacer antes sobre su madre y su padre de forma más abierta. Empieza a conectar las formas naturales que asignaba a los distintos

personales, verbalizando que siempre se siente pequeño en casa y poco capaz, y que está cansado de ello. Habla sobre la relación de sus padres, la percibe como pobre y sin comunicación entre ellos desde siempre. También reconoce que él constantemente ha estado en disposición de escuchar a su madre. Expresa cómo esa misma sensación de miedo y bloqueo lo deja fuera de cualquier situación, como pueden ser las relaciones sexuales con los de su edad. Explicita que temer no ser capaz de desarrollar una vida adulta normalizada.

En algunas sesiones posteriores, acaba planteándose la independencia real a través de la búsqueda de trabajo temporal mientras termina su carrera. Ante el temor de comunicarle a sus padres esta decisión, sigue asumiendo la relación de dependencia y control, por parte de su madre, sobre todo, que han mantenido con él. En concreto, hace revelaciones llamativas en relación a sucesos pasados con su madre, con contenidos referentes a territorios de su cuerpo y la sexualidad (tenía que avisar a su madre, en cualquier momento del día, cuando su pene se ponía erecto con la frase “*el banderín está en alto*”).

En el trabajo sicoterapéutico se continuó avanzando por el tema cuerpo, que ha sido para él motivo de dificultades y frustración, en relación a situaciones alteradas en su desarrollo desde su infancia, como aparece en su historia.

Como se muestra en los casos presentados, este proceso sicoterapéutico sicodramático se basó fundamentalmente en la realización, desarrollo y elaboración de las formas naturales expresadas por el protagonista en imágenes sicodramáticas y dramatizaciones sin palabras. La lectura de estas formas fue la guía de cada terapeuta para la aclaración de los significados psicológicos contenidos en estas formas. De esta manera, tenemos más seguridad en que el desarrollo de las situaciones planteadas corresponde a las posibilidades de integración psicológica de los contenidos por parte de los protagonistas.

REFERENCIAS

- Bally, G. (1986). *El juego como expresión de libertad*. FCE.
- Bateson, Birdwhistell, Goffman y otros (1987). *La nueva comunicación*. Kairós.
- Eibl-Eibesfeldt, I. (1972). *Amor y odio. Historia natural de las pautas elementales de comportamiento*. Siglo XX. Editores.
- Konrad Lorenz. (3 de abril de 2023). En *Wikipedia*. https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Konrad_Lorenz&oldid=150311940
- Moyano, G. (2014). *Forma y comunicación: etología, teoría de la comunicación y proxémica en el modelo sicodramático de Rojas-Bermúdez*. [Presentación en papel]. 19º Encuentro de la ASSG, Sevilla.
- Nikolaas Tinbergen. (21 de abril de 2022). En *Wikipedia*. https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Nikolaas_Tinbergen&oldid=143043487
- Rojas-Bermúdez, J., & Moyano, G. (2012). *Teoría y técnica de las imágenes sicodramáticas*. En J. G. Rojas-Bermúdez, J. M. Corts, C. Domínguez Rivera, L. E. Fonseca Fábregas, M. C. González Cuesta, C. Mercader Larios, G. Moyano, & R. Rey Pousada. *Actualizaciones en Sicodrama. Imagen y acción en la teoría y la práctica*. Espiral Maior.
- Rojas-Bermúdez, J. G. (2013). *Entrevista a Rojas-Bermúdez*. Associação Brasileira de Psicodrama e Sociodrama. Fondo Documental de la ASSG (www.assg.org)
- Rojas-Bermúdez, J. G. (1997). *Teoría y técnica sicodramáticas*. Paidós.
- Rojas-Bermúdez, J. G. (2017). *Teoría y técnica sicodramáticas*. Punto Rojo.