

**TRAUMA VICARIO REVISITADO A LA LUZ
(OSCURIDAD) DE LA PANDEMIA Y POSTPANDEMIA
COVID-19. ***

(Psicodrama, Dramaterapia, Grupos, Virtualidad)

Dr. Pedro Torres-Godoy

**Médico Psiquiatra, Terapeuta Sistémico, Psicodramatista y Dramaterapeuta
Fundador y Director EDRAS- Chile y Fundación TeatroSalud.
Ex Docente Diplomado de Dramaterapia, Departamento de Teatro,
Facultad de Artes, Universidad de Chile
Hospital Clínico Mutual de Seguridad de Santiago de Chile
Master en Grupos y Psicodrama On Line, GRUP Barcelona, Universidad de Barcelona**

***Primera versión de este artículo con el título “Trauma vicario y catástrofes. Propuestas para el autocuidado de equipos con psicodrama y dramaterapia”, publicado en Rev. Gaceta de Psiquiatría Universitaria GPU 2010; 6; 2: 194-204**

Introducción

Trauma, del griego *trayma*, herida, o *traoo*, atravesar y el término traumatismo, designa las consecuencias de una lesión violenta sobre el conjunto del organismo. Freud y el psicoanálisis, lo incluyo en la esfera psíquica refiriéndose a una herida violenta sobre la psiquis humana y buscaba la curación a través de la abreacción y la elaboración psíquica de las experiencias traumáticas. Posteriormente Freud y Breuer, concuerdan con Janet, al asumir que “algo se vuelve traumático porque es disociado” y permanece fuera del conocimiento consciente (Cia A., 2001). Otra acepción del término “trauma” viene del alemán *traum*, sueño, en consecuencia, el trauma contiene un vínculo con el sueño en su construcción y en su elaboración. Wolf-Fedida plantea que “así como en el sueño en el cual el paciente tiene que ser capaz en primer lugar de soñar para poder contarlo, en el trauma psíquico el paciente tiene que tener antes que nada la fuerza para enfrentar el recuerdo que le permite relatar los acontecimientos. Hay muchos sueños, girando alrededor de las mismas cosas en una persona. Del mismo modo, el relato del trauma se construye a través de numerosos relatos” (Wolf-Fedida M., 2005)

Los desarrollos posteriores vinculan el trauma con las reacciones de estrés agudo y con el estrés postraumático, una compleja enfermedad de sintomatología polimorfa relacionada con la experiencia catastrófica que vive una persona al verse enfrentada a situaciones de amenaza vital. El psicotrauma sólo en años recientes cobra cada día un mayor número de víctimas al considerar que las experiencias traumáticas hoy, ya no son exclusividad de grandes guerras ni de catástrofes naturales, sino comienzan a formar parte de la vida cotidiana de las personas.

En 1980 el Desorden por Estrés Postraumático es incorporado a la clasificación de enfermedades mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-III).

También se ha ampliado y aplicado esta categoría mórbida no sólo a quienes sufren primariamente el trauma, sino a los testigos de hechos horrorosos, ya sea en términos de imágenes, escuchar relatos traumáticos o incluso leer cartas o documentos de víctimas como por ejemplo de la tortura o violencia política. La prevalencia de personas psicotraumatizadas debería multiplicarse por tres o incluso por cuatro, es decir víctimas y testigos directos e indirectos, sean compañeros de trabajo, familiares, amigos, personal sanitario de servicios de ayuda, e incluso toda la comunidad, cuando la catástrofe alcanza los medios de comunicación masiva y se transforma en noticia.

Autores contemporáneos reafirman que dentro de la teoría psicoanalítica los rasgos centrales de una respuesta traumática a una adversidad extrema son la derrota psíquica y el congelamiento de afectos, con la subsiguiente pérdida de la modulación afectiva y alexitimia secundaria al trauma (Kristal, citado por Cía A., 2001). Otra respuesta extrema a la exposición ante agentes estresantes de carácter masivo, son la disociación y la desorganización.

La disociación es planteada por Janet como un mecanismo de defensa psicológico mediante el cual el organismo reacciona frente a traumas que lo sobrepasan. Los recuerdos e ideas fijas referentes a la experiencia traumática pueden escindirse del percatamiento consciente dando por resultado una amplia variedad de síntomas disociativos. Janet consideraba la disociación como un tipo de técnica de evitación mental o huida, siendo la amnesia resultante del suceso traumático el rasgo clínico más característico de la disociación patológica. La idea de la disociación como mecanismo adaptativo anti-traumático permaneció en el olvido por más de medio siglo, siendo rescatado en años recientes por investigadores que correlacionan la presencia de estos síntomas, con el antecedente de abusos sexuales en pacientes que en la vida adulta desarrollan conductas bulímicas (Vanderlinden J., Vandereycken W., 1999)

El extremo de la disociación lo vemos en síntomas tales como despersonalización, desrealización, trastornos de la percepción y/o de la temporalidad. Las víctimas mantienen una relación particular con el tiempo. Fuera del tiempo, catapultados en otra dimensión temporal, no pudiendo reintegrarse al presente. Puesto que la identidad del pasado ha sido destruida por el trauma, la del futuro resulta inconcebible, ya que carece de soporte. Las víctimas “no pueden alcanzar el tiempo”.

La despersonalización, por otro lado, ha sido vinculada con el síndrome de burnout (o de “estar quemado”), observado en los trabajadores de servicios asistenciales humanos. Frente a demandas de alto impacto emocional la persona adopta una actitud de distanciamiento, frialdad e hiperracionalidad. La despersonalización se describe como la actitud fría, cínica y distante que puede culminar con el maltrato o abuso del demandante (persona que consulta). A esto se ha llamado deshumanización de la atención sanitaria, una especie de clonación conductual en donde la víctima es doblemente maltratada y el personal de salud e institución, se transforman en nuevos victimarios, proceso que se conoce con el nombre de re-traumatización. La conmoción psíquica se agrava con el aislarse de la comunicación y de la socialización. Planteado como un continuo que va desde la disociación pasando por la despersonalización (desrealización), hasta la deshumanización, nos parece que esta línea evolutiva puede transitarse en ambos sentidos, bi-direccionalmente, es decir hacia la patologización emocional-conductual, como hacia la salud, cuando, por medio de técnicas dramaterapéuticas, que es nuestra propuesta de autocuidado institucional, damos la posibilidad de que el paciente o quien requiere la ayuda, (en este caso quien sufre del síndrome de disociación/despersonalización, independiente de si es usuario externo o interno de un sistema), pueda recorrer el camino inverso, hacia la integración y organización emocional / conductual en compañía del grupo.

Algunos aspectos clínicos a considerar

Si revisamos con atención los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR, respecto del Trastorno de Estrés Agudo (TEA) y del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), podemos observar que, si bien los criterios diagnósticos son similares, en términos generales respecto de estar expuesto a una experiencia límite (criterio A); sintomatología de re-experimentación (criterio C); evitación (criterio D) e hiperalerta (criterio D) , difieren en el criterio B, ya que en el trastorno de estrés agudo, destaca la

sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional, reducción del conocimiento de su entorno (como estar aturdido), despersonalización, amnesia disociativa y desrealización, por ejemplo, incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma. En el TEPT, el criterio B se refiere sólo a fenómenos de reexperimentación (Lopez – Ibor A., Valdez M, 2002).

Esta distinción nos resulta particularmente relevante en el momento de actuar clínica y terapéuticamente con el paciente psicotraumatizado ya que hasta ahora el criterio para diferenciar TEA y TEPT es temporal, es decir, si la sintomatología dura más de 30 días de ocurrido el incidente crítico se diagnosticaría TEPT (criterio E). Antes de ese tiempo es TEA. Sin embargo, la observación anterior acerca de la presencia incipiente de embotamiento afectivo, disociación, despersonalización y desrealización, sumado a severa sintomatología evitativa, lo cual avalamos a partir de nuestra experiencia clínica con más de tres mil atenciones de pacientes agudamente psicotraumatizados en el período Diciembre de 2007 a Octubre de 2009, en el Hospital Clínico de la Mutual de Seguridad de Santiago de Chile, podemos corroborar lo que algunos autores americanos vienen planteado desde hace solo algunos años:

Que es posible que el TEPT, con la presencia inicial de sintomatología disociativa, de despersonalización y de evitación severa, se inicie desde la partida, frente a algunos tipos de traumas, por su particular violencia, en especial agresiones de seres humanos a otros seres humanos, tales como violaciones, torturas, secuestros, asaltos con agresiones de gran violencia y con intención de asesinar a la víctima; ciertos tipos de accidentes carreteros tales como volcamientos o colisiones de camiones de alto tonelaje (Bryant y Cols., 2008). Sumado esto a una cierta vulnerabilidad psíquica de la víctima y la sensación objetiva de encontrarse en una situación límite con la vida y sin escapatoria, más condicionantes de riesgos propios de la cronificación, estudiados previamente, advierten la posibilidad de considerar estas observaciones clínicas en el momento de recibir en la atención de urgencia al paciente psicotraumatizado y diseñar un tratamiento médico y psicosocial oportuno.

Tipos de psicotraumatización

La psicotraumatización puede ser primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria.

Esta terminología se homologa a los efectos traumáticos ocasionados por el estallido de bombas y explosiones en víctimas de atentados terroristas que producen lesiones

diversas según los efectos deletéreos de la onda expansiva en el cuerpo y en el cerebro, según trabajos realizados por autores colombianos (Rodríguez y cols., 2005).

La psicotraumatización primaria es la que le ocurre directamente a la víctima.

La secundaria le ocurre al testigo; es indirecta y contingente, es decir quien, a través de sus órganos de los sentidos, ve, escucha o huele algo relacionado con la traumatización ocurrida a otro. Por ejemplo la presencia de un accidente, o el conductor que atropella a un transeúnte con o sin consecuencia de muerte; el trabajador que escucha un grito desgarrador cuando uno de sus compañeros cae al vacío; o el golpe del cuerpo al impactar en el piso en una caída de altura; el maquinista de ferrocarril que huele el olor del cuerpo destrozado y eviscerado en las vías, de alguien que fue arrollado por el tren o personal del equipo de rescate tales como bomberos, policías, personal de salud.

La traumatización terciaria es indirecta y puede ser diferida, es decir va en un continuo que dependerá del tiempo que tomará la atención de urgencia para la víctima (primaria o secundaria). Es diferente si atendemos a un paciente cuyo trauma ocurrió en las últimas 24 horas, que otro que nos relatará un acontecimiento ocurrido hace dos semanas, un mes, dos meses, años.

Este tipo de traumatización es la que afecta a la familia de la víctima y a su átomo social más cercano, amigos, vecinos, iglesia y comunidad cercana.

Se reserva exclusivamente la denominación traumatización vicaria, que es un tipo de traumatización terciaria por impacto acumulativo y microtrauma derivado de la práctica profesional cotidiana, para referirnos a lo que ocurre en clínicos, terapeutas o todo personal de ayuda que conocerá el suceso traumático a través del relato, narración o escritos de la víctima primaria, como en el caso de profesionales emergentólogos, de salud mental, jurídicos y policiales, en policlínicos o atenciones de choque, como es el nuestro, en el Hospital del Trauma de la Mutual de Seguridad de Santiago de Chile.

En el caso de escritos, cartas, testimonios o documentos jurídicos, también podrá ser considerada víctima terciaria el juez, fiscal, abogado, asistente social, cuya competencia se requiere frente a casos criminales, penales, torturas de causa política, religiosa u otras.

En la medida que el relato, narración, escrito o testimonio, se aleje más del acontecimiento dramático se diluye, tanto en términos temporales, como en términos de medios de comunicación entre víctima y observador. Por ejemplo el relato vivo contado en las primeras horas posterior a ocurrido el acontecimiento con toda la carga emocional que debe sostener el asistente, va cambiando en intensidad dramática y

emocional, en la medida que va siendo contado nuevamente, en reiteradas oportunidades y contextos y de muchas formas distintas. Esto produce un efecto, a nuestro modo de ver, de contención emocional por un lado, y potencialmente de desborde y re-traumatización por otro, si el manejo es inadecuado por parte de la institución. La narración va siendo agenciada por la red social, muchas veces rutinizada, trivializada, normalizada, desritualizada y finalmente olvidada. O sea un camino dramático que va desde el relato vivo hasta la muerte de esa historia.

Habrán excepciones sin embargo, como aquellas que quedarán siempre en la mente de las víctimas, tales como padres que han perdido a sus hijos por criminalidad, suicidio, negligencia ciudadana en atropellos o institucional en muertes inexplicables o errores de procedimientos médicos o jurídicos, violaciones, desapariciones. En estos casos surgirán otros victimarios que podrán nutrir muchas veces de por vida, la memoria de las víctimas para nunca olvidar ni perdonar; victimarios que en un momento fueron asistentes generosos y aliados, ahora se convierten en enemigos y odiados, tales como la Justicia, la Institución de Salud, el Estado.

La traumatización vicaria fue descrita por McCann y Pearlman en 1990 para referirse a síntomas traumáticos sufridos por los profesionales que integran equipos que trabajan con víctimas que sufren violencia extrema, tales como violaciones, torturas y diversos tipos de vejámenes, asaltos con violencia, desmembramientos en guerras o accidentes, entre otras (Benelvas D., 1997). Es una especie de victimización vicaria sufrida por el terapeuta encargado de la asistencia de las víctimas y, por el hecho de ser testigo de tan horribles testimonios, un síndrome de stress traumático secundario, bien descrito por Charles Figley en 1995, para terapeutas familiares, que puede derivar hacia el “estar quemado”, es decir puede ser situaciones contextuales que son antesala para “quemarse” posteriormente en el trabajo. Figley publica el trabajo “traumatización sistémica: trastorno de stress traumático secundario en terapeutas familiares” señalando lo siguiente: “Muchos talentosos terapeutas abandonan su profesión debido a lo estresante de su trabajo o burnout”. Luego anota: “Los mejores terapeutas son muchas veces los más vulnerables. Los terapeutas familiares, debido a la naturaleza y al contexto de su trabajo, presentan, tal vez como grupo, mayor probabilidad de experimentar un tipo de stress relacionado al trabajo, que se denomina TETS (trastorno de estrés traumático secundario), el cual tiene mucho en común con el TEPT (trastorno de estrés postraumático) (Figley C., 1995). Según nuestras observaciones clínicas se trataría más

bien de un desorden de estrés traumático terciario (TETT), por las distinciones antes señaladas.

Las características clínicas del TETT son idénticas al TEPT, diferenciándose en que el primero está relacionado con la traumatización terciaria, es decir por ser oyente de lo relatado por el paciente. Testificación a través de la escucha de relatos horrorosos.

Previamente, en 1974, la investigadora Haley, hija de un veterano de la guerra de Vietnam escribe un interesante artículo sobre los problemas y atrocidades dentro del ámbito terapéutico titulado: “cuando el paciente reporta atrocidades”, para referirse al impacto de las vivencias relatadas por los pacientes sobre el terapeuta.

Volviendo al TETT, si bien es cierto éste presenta, al igual que el TEPT, síntomas en donde se identifica un estresor agudo, re-experienciación del trauma, evitación y hiperactivación persistente, cabe destacar que en el criterio A1 de la categoría diagnóstica del DSM-IV-TR para el TEPT se describe “cuando la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para la integridad física propia o la de los demás”. Se incluye y entremezcla la traumatización directa o primaria con la indirecta o secundaria, y aquí cabe la narración o relato de experiencias que le han ocurrido a terceros.

El criterio A2 de este mismo punto dice “la persona ha respondido con un terror, una desesperanza o un horror intenso”.

Figley es enfático en destacar la diferencia entre TEPT y burnout, aduciendo que la segunda condición se desarrolla gradualmente llegando al agotamiento emocional, mientras que el TEPT emerge súbitamente, sin mucho aviso y a diferencia del burnout, el profesional mantiene un alto sentido de entrega y ayuda, y más bien se siente confuso y perturbado por una sobre-identificación con los sufrimientos de su paciente, con sentimientos de soledad respecto de sus pares, pero aún así, presentando una alta tasa de recuperabilidad, lo que no ocurre en el burnout.

La traumatización cuaternaria es indirecta y definitivamente diferida. Le ocurre al medio social y participan en ella, como agentes promotores y diseminación del trauma en la comunidad, los medios de comunicación de masas, prensa, radio y televisión, y su objetivo es provocar un impacto en la sociedad, globalizar la información y la noticia, pero más que exclusivamente informar, se intersectan en este proceso, complejas superestructuras sociales económicas al servicio del dinero y del poder, que diluyen la noticia al punto de distanciar dramáticamente al testigo público de lo acontecido a las

víctimas primarias. Los medios de comunicación, el periodismo, las profesiones ligadas a la búsqueda de noticias impactantes, deberán, en el futuro reflexionar profundamente acerca de si su quehacer cumple realmente con los objetivos éticos, humanitarios y valóricos, toda vez que ya en la televisión el drama personal o grupal de una colectividad dañada, comienza a ser utilizado para vender más periódicos o ganar más televidentes, lo que genera un distanciamiento afectivo profundo y omnipotente de la sociedad respecto de las tragedias humanas (las personas cuando ven noticias se disocian y dicen: “eso le ocurre a otros, a mi no me ocurrirá”); una deshumanización descarnada; un goce perverso que atenta contra los más básicos derechos humanos de la ética del dolor, que es el respeto y la compasión solidaria.

Aproximaciones cognitivo - conductuales del psicotrauma y del autocuidado

Desde que Cannon describe en animales en 1929, las reacciones de lucha (*fight*) y huida (*flight*) como respuesta ante situaciones de amenaza, diversos autores cognitivistas han ampliado el rango de respuestas agregando dos nuevas categorías: el desmayo (*faint*), como un tipo de disociación y la parálisis o congelamiento (*freeze*) (Marquez-López Mato A., 2003).

Resulta particularmente interesante para nuestros propósitos de autocuidado de profesionales de la salud y de ayuda, hacer estas consideraciones ya que nos dan un soporte teórico que va desde las ciencias biológicas hasta las conductuales y sociales, respecto del trabajo con psicotraumas.

Un interesante modelo muy acorde con lo clásicamente señalado, respecto de las respuestas ante el estrés agudo, es el modelo dimensional del continuo dilatación (exposición)-constricción (cierre), descrito por Lillibridge y Klukkens en 1978 (Citado por Rubin Wainrib B., y Bloch E., 2000).

En este modelo los autores nos aportan una amplia panorámica sobre los extremos de conducta, cognición y afecto, que se encontrarán en la sintomatología de las personas afectadas por algún tipo de traumatización, directa o indirecta (vicaria), y que dará pistas para generar aproximaciones terapéuticas. De este modo el asistente puede precisar más sus respuestas para incrementar su grado de pertinencia. Usando este acercamiento los profesionales pueden asumir una intervención más apropiada basada en las necesidades individuales de cada paciente.

En el continuo dilatación (exposición)-constricción (cierre), se plantea que las características, en el nivel cognitivo, de una persona en crisis recorre la gama que va desde la dilatación, por ejemplo:

- Confusión
- Pensamientos desorganizados
- Pensamiento caótico

Hasta la constricción:

- Preocupación por el problema
- Rumiación cognitiva
- Obsesión

Y se requerirá, por parte del asistente:

En dilatación:

- Clarificar el pensamiento
- Identificar el problema
- Ser específico

En constricción:

- Trabajar en la solución
- Sugerencias de alternativas viables

En el nivel afectivo las características de una persona en crisis son:

Dilatación: Emoción excesiva, no hay intentos por controlar la expresión emocional

Constricción: Contención de la emoción

Y se requerirá por parte del asistente:

Dilatación: Intentar enfocar los sentimientos específicos, trabajar con material cognitivo.

Constricción: Ayudar a expresar los sentimientos de cualquier forma

En el nivel conductual, las características son:

Dilatación: Expresión de una conducta exagerada e inapropiada para esa persona

Constricción: Paralización, inmovilización, retirada

Y se requerirá por parte del asistente:

Dilatación: Resolución de problemas orientados a la realidad

Constricción: Ayudar para estimular la actividad y hacer cosas

Llama la atención el paralelo observado entre las clásicas reacciones ante el estrés descritas por Cannon, hasta autores cognitivistas contemporáneos y las dimensiones de

respuestas en los ámbitos cognitivos, afectivos y conductuales propuestas por Lillibridge y Klukken, que orientan a clínicos y terapeutas acerca de que es lo que ocurre con el paciente y diversos tipos de personas enfrentados ante situaciones de crisis o límite.

Por otro lado la terapia sensori-motriz ascendente de Pat Orden para el tratamiento del trauma y las terapias para la disociación traumática presenta un modelo de trabajo más avanzado a la de las autoras canadienses antes mencionadas. (Odgen P. 2009; Gonzalez . 2010; Van der Hart O., 2008). Estas autoras no establecen una relación con la dramaterapia, aunque sus similitudes son notables ya que parten de la experiencia encarnada, lo corporalmente vivido. Y que mejor para afianzar su modelo, que las experiencias en carne viva sufridas en psicotraumatizaciones severas. Luego “ascienden” hacia lo emocional llegando al pensamiento, simplificando lo que se sabe desde hace mucho tiempo en la medicina, que el cerebro humano tiene una estructura y funcionalidad triúnica, es decir se dispone en capas, desde las más antiguas, el arquicérebro, en donde radican las funciones automáticas para la vida, como la respiración, la génesis de calor, el metabolismo, el latido cardíaco; luego el paleocérebro representado por el sistema límbico, la amígdala, y todo lo emocionalmente vivido, lo sensiblemente sentido; para culminar en nuestro cerebro más evolucionado, el de las funciones cognitivas superiores, el pensamiento, el lenguaje, la razón, llamado neocérebro. . Lo ascendente se menciona para establecer una diferencia con las terapias cognitivo-conductuales, “descendentes”, es decir, que parten desde el pensamiento hacia la conducta. Al identificar las cogniciones distorsionadas, ideas irracionales, pensamientos automáticos, generalizaciones, los pacientes modifican la emoción subyacente y las conductas problemáticas. Sin embargo, desde nuestro punto de vista, este tipo de terapias muy en boga en la actualidad y que gozan de amplio prestigio en el mundo de las psicoterapias basadas en la evidencia, no llegan al cuerpo, al menos explícitamente. No obstante su naturaleza preferentemente “cognitiva”, carecen de una teoría para argumentar algo que es eminentemente experiencial como es el trauma y la disociación. Se quedan en la conducta, aun en el entendido que estas son una extensión del cuerpo.

En el caso del trauma vicario, lo que traumatiza es la escucha reiterada de relatos horribles, que tienen la característica de lo impredecible, lo que escapa de control y la impotencia para actuar diferidamente frente a lo acontecido a la víctima. Cabe preguntarse si la totalidad de terapeutas de psicotraumas, desarrollan impacto

acumulativo o sólo le ocurre al grupo vulnerable, o sea quienes presentan el perfil descrito por los estudios y que contraerán el síndrome de desgaste profesional.

En el trauma vicario el origen del estímulo es auditivo, inmerso en el entramado narrativo que ofrece el paciente y que será inmediato o diferido, según ocurra desde el momento siguiente al evento sufrido hasta la primera consulta. La narración sufrirá un cambio de forma y de contenido, pero más importante será el cambio de forma, ya que justamente en lo conversacional entregado al clínico, se irá desplegando el relato vivo, en su implacable camino hacia la trivialización y el olvido. Esto que puede sonar brutalmente verdadero, es lo que solemos ver en la atención de víctimas de psicotraumas graves, ya que la cultura, en este caso la institución, ordena y normaliza el trauma desde el momento inicial de la atención, como una manera urgente de contener el desborde del o los consultantes, procesos que muchas veces producen re-traumatización por negligencia, despersonalización institucional y dehumanización de la atención que, en definitiva, es una forma de maltrato.

Es el relato vivo lo que traumatiza al clínico y no la conserva cultural del suceso traumático, parafraseando a Moreno, que más bien lo aleja de la vivencia traumática, la racionaliza, la reflexiona. La reiteración narrada de los hechos, la elaboración, forma parte del devenir psicoterapéutico posterior y terminal de un proceso asistencial (Garrido Martín E., 1978).

El suceso oralmente narrado contiene una infinidad de información implícita ya sea en la cualidad dramática del relato, el de las formas dialogales y subtextuales utilizadas por el paciente, por ejemplo en los detalles, palabras señalizadoras, prosodia, intercalaciones, metáforas, en fin, todo aquello que hace que un relato entregue a quien escucha, la huella del horror, lo audible o el silencio, la cadencia, las imágenes descritas, todo lo que impresiona al límite nuestra imaginación, lo que nos sorprende, lo que nos deja con una sensación transferida de indefensión, de crueldad, de confusión, disociación, despersonalización, transportados en un tiempo detenido y congelado por el suceso traumático (Ritterman M., 1988). Lo que lleva a una irrealidad y extrañeza de un mundo perdido e irreconocible, sin luz, agónico, infernal, en definitiva, un mundo mortal.

También y de la misma forma puede ser psicotraumatizado vicariamente el lector de un suceso escrito, una carta de despedida de quien haya cometido suicidio. Lo escrito en documentos jurídicos como testimonios de víctimas de secuestros y torturas. Lo perteneciente a un proceso criminal judicial. O a veces, simplemente, la crónica

periodística o televisa del rapto y asesinato de alguna menor, que nos impacta por la veracidad y crudeza de los escritos de algún periodista que, con un gran sentido de servicio a la comunidad, busca por este medio, sensibilizar a la población de que hechos tan horrorosos pueden estar ocurriendo en su vecindario.

Cada vez que transita el acontecimiento desde que ocurre, por el inexorable camino hacia la comunidad, va modificando su impacto y expresión vivencial, desde lo presencial activo, lo narrado oralmente, lo escrito, hasta lo leído en forma diferida; va perdiendo vida propia, va siendo agenciado por la cultura para, finalmente, a través de la ritualización y del saber, concluir conservado como patrimonio de la humanidad en los grandes obras, dramas, tragedias y novelas, creativamente transformadas en arte, por profetas, artistas, poetas, místicos y dramaturgos.

El paradigma de la dramaterapia

Dramaterapia se entiende con “el uso intencional y planeado de los aspectos curativos del drama en el proceso terapéutico (Asociación Británica de Dramaterapia, BADth, citado por Torres P., 2001)

Por su parte Sue Jennings, pionera del desarrollo de la dramaterapia en el mundo, la define como “la aplicación específica de las estructuras teatrales y procesos del drama con una clara intención que es terapéutica” (Jennings S., 1994). Algunos de los conceptos claves de la dramaterapia señalados por Jennings, son útiles para el trabajo no sólo con pacientes, sino también utilizando el paradigma de la dramaterapia se puede ofrecer asistencia a grupos que requieren frecuentes prácticas de autocuidado, como los profesionales de ayuda. En este caso este método ofrece un acercamiento colateral y simbólico, desde el teatro y el juego de roles ficcionales, en la co-visión grupal interdisciplinaria, en situaciones generadoras de estrés profesional como trabajar con pacientes difíciles como cuadros psiquiátricos graves, desordenes de la personalidad, psicotraumas, duelos, violencia, discapacidades, SIDA, enfermedades crónicas y oncológicas, entre otras, hasta problemas institucionales derivados de la alta demanda asistencial, clima laboral, conflictos de roles, *mobbing*.

El modelo de la dramaterapia, a diferencia del psicodrama, parte de una base salutífera y comunitaria, de fomento y promoción de la salud, por lo tanto se centra en los aspectos sanos de la persona y los grupos; tiene como fundamentos conceptuales el teatro y los rituales y su práctica busca en los grupos, acceder al inconsciente individual y colectivo

en forma figurada y metafórica, a través del uso de imágenes, escenas y metáforas teatrales con una finalidad terapéutica de desarrollar la expresividad corporal – emocional y la creatividad. Podemos afirmar que la dramaterapia comienza en el teatro y culmina en el teatro, o sea en la conserva cultural, en interacción permanente con el binomio espontaneidad / creatividad del proceso creador, pero sin perder de vista la *mimesis*, o sea la imitación de la realidad. Por lo tanto toma del teatro todos los elementos disponibles para generar accesos a la vida psíquica de las personas reales. Los personajes y las escenas del teatro vendrán a impactar con sus dramas ficticiales los dramas reales de las personas en su vida mundana. (Torres P., 2009)

El modelo de la dramaterapia proviene del mundo psicoeducacional a partir de los trabajos de Peter Slade acerca del desarrollo dramático infantil. Este autor plantea que la capacidad dramático teatral del ser humano es una condición con la cual nace cada persona y que posteriormente es moldeada por el aprendizaje formal e informal de la familia y la enseñanza en el colegio, que puede fomentar o anular este tipo de expresión comunicativa. Los niños son contadores de historias, dramaturgos, actores y directores escénicos por naturaleza y esa capacidad sigue estando presente y es desarrollable aun más, durante toda la vida, hasta la adultez y la senectud (Slade P. 1978)

Jenning sugiere algunos conceptos claves del paradigma de la dramaterapia cuya aplicación es útil en grupos de autocuidado (Jenning S., 1998):

El **distanciamiento teatral y la alternancia entre las dos realidades, la cotidiana y la dramático-teatral**, relacionada con la imaginación y fantasía, plantea que el ser humano, enfrentado a una situación difícil, puede ejercer la capacidad de distanciarse de ella, al igual como nos distanciamos frente a una obra de teatro, como público espectador. En una especie de disociación normativa y de despersonalización remedial, es posible que utilizando este recurso de la mente, podamos ampliar la visión del problema y retornar a la realidad cotidiana con más conocimiento experiencial para mejorar una situación de desmedro personal. Dentro de los criterios de normalidad propuestos por la dramaterapia para las personas, la capacidad de transitar libremente entre estas dos realidades, es central. Por su parte y de manera muy similar desde el psicodrama y algunas líneas dramaterapéuticas, plantean que los sujetos capaces de cambiar de roles con mayor facilidad y de asociarse con otros seres humanos para diversas tareas, con amplia flexibilidad de criterios, con ductilidad y versatilidad de roles asumidos, jugados o creados, son definitivamente más sanos y dotados de mejores índices télicos (Landy R., 1993).

Otras claves que Jennings nos aporta dentro del desarrollo del paradigma de la dramaterapia es el modelo del *embodiment-projection-role*:

Incorporación (o encarnación, “hacer cuerpo” o “hacer carne”), proyección y enrolamiento (o personificación).

Resulta de enorme utilidad en el trabajo con psicotraumas, el considerar que las personas sometidas a alguna situación traumática en el sentido amplio, desde lo entendido como primario hasta lo vicariante, reciben información dramática de gran carga afectiva a través de sus órganos sensoriales, planteado anteriormente, a través de la visión y audición (psicotrauma primario directo o secundario indirecto inmediato); por la escucha de relatos horrorosos (psicotrauma terciario indirecto inmediato o diferido temprano, que implica impacto acumulativo en el caso de los terapeutas); a través de la lectura y construcción de imágenes de hechos horrorosos en el psicotrauma terciario indirecto o diferido tardío, como lectura de cartas de despedida, e-mails de traiciones amorosas, audios o grabaciones de mensajes de teléfonos celulares, testimonios y documentos jurídicos.

Esta información ingresara al tálamo y de allí al sistema límbico en donde activaría la reacción de alarma en la amígdala y la fijación mnémica mediada por catecolaminas secretadas en el locus coeruleus (Kuper, 2004). Parte de esa información sería procesada en las cortezas cerebrales primarias y de asociación, y podrá ser elaborada cognitivamente, generando alivio parcial o permanente del impacto sufrido. Sin embargo, frente a grandes traumas o situaciones vividas por la víctima como de gran impacto y cargas emotivas devastadoras, esa información no logrará ser procesada corticalmente y quedará encapsulada como memorias traumáticas en el sistema límbico, detenidas y congeladas en un tiempo experiencial infinito, prontas a gatillarse sin control, en el ahora o en el futuro, ante mínimos estímulos recordatorios de la esfera sensorial.

El relato de una mujer violada brutalmente respecto de su agresor es notable para afirmar lo anterior: *“Mientras iba de compras en la feria, sentí que un sujeto pasaba por mi lado y volví a sentir el olor de la colonia mezclada con transpiración que tenía cuando me atacó sexualmente y me violó varias veces. Sentí un escalofrío tremendo, quedé paralizada, sólo varios segundos después pude volver mi vista hacia la persona que ahora iba de espaldas. Estoy segura que fue el sujeto que abusó de mí hace tres*

meses atrás, logre ver su espalda y una capucha que usaba. No reconocí el vestuario, pero el olor era inconfundible. Ahora dígame usted doctor: ¿Cómo lo puedo denunciar a la policía con sólo ese dato?, me van a creer loca”

La huella experiencial que deja el trauma es indiciaria e implícita, o sea queda corporalmente sentida en alguna parte del soma, como lo que Gendlin denomina la “sensación sentida”, que es corporal (Gendlin E., 1999). Por tanto es pre-conceptual, cuando la persona no logra dar una explicación acerca de la maldad humana, ni logra reflexionar ni elaborar lo acontecido. Esto corresponde a la **incorporación o encarnación** de la experiencia traumática, algo que no tiene palabras, o sea no hay conceptos ni teorías explicativas para comprender el horror. Los pacientes dice: *“Quedé como congelado, paralizado, no tengo palabras para hablar de lo acontecido”*.

Un joven ingeniero quien fue secuestrado por varias horas, golpeado y violado por tres antisociales drogados al interior de un automóvil y abandonado una madrugada de invierno, desnudo en un sitio eriazo de la zona sur del Gran Santiago, dice al momento de la primera consulta: *“Doctor, por favor no me abandone, no tengo palabras para explicarme porque estas personas me hicieron esto. Lo único que sé es que ahora ni siquiera puedo tocar mi cuerpo, no logro ser capaz de tocar mis partes íntimas para asearme, es como si fuera el cuerpo de otra persona ¿qué explicación tiene esto que me pasa?”*

El relato de este paciente se asemejan a lo descrito por psicopatólogos clásicos frente a los cuadros de despersonalización como: “una alteración en la percepción o en la experiencia de sí mismo, de modo que el individuo se siente ajeno y distante, como si fuera un observador externo de sus propios procesos mentales o de su cuerpo” (Sierra Siegert M., en Luque R., Villagrán J., 2000). El término desrealización fue propuesto para referirse a experiencias similares relacionadas con la percepción o vivencia del mundo externo. Ambas se asocian frecuentemente con situaciones de estrés y fatiga extrema. Se propone además que “en la despersonalización se produciría un incremento de la alertización junto con una disociación de la emoción, como un mecanismo adaptativo que incrementaría las probabilidades de supervivencia en situaciones de peligro súbito (Luque R., Villagran J., 2000) Llama la atención que las personas despersonalizadas describen su experiencia con un “como si”, por ejemplo: *“siento como si no fuera yo”* o *“como si estas manos no fueran mías”*. Las modalidades visuales y auditivas de despersonalización parecen estar más frecuentemente presentes y concomitantemente se asocian con una actitud de indiferencia hacia el dolor físico y

psíquico. Los pacientes y personas que presentan sintomatología de despersonalización ansiosa, suelen sentirse como si fuesen autómatas o robots.

Es posible que la experiencia del trauma vicario comparta este tipo de sintomatología dado que la despersonalización, siendo el síntoma más grave, forma parte de la tríada sintomática del síndrome de desgaste psíquico de los profesionales de ayuda, junto con el agotamiento físico y psíquico y la baja del sentimiento de éxito y logro laboral.

El proceso de incorporación o encarnación del trauma, siguiendo uno de los puntos centrales del paradigma de la dramaterapia, hace que los textos traumáticos de los consultantes, es decir aquellos textos vivos cargados de emociones dolorosas y de significados trágicos, se inscriban en el cuerpo del terapeuta, quedando como registros fonéticos en la memoria declarativa episódica, (mas allá de la memoria de hechos o semántica), también llamada memoria autobiográfica, en la cual es posible aprehender la información como sucesos o acciones frente a las cuales somos testigos. Se trataría de fonemas aislados o incluso ruidos aislados, el *click* del percutor de una pistola puesta en la sien de una víctima, el ruido catastrófico de latas y metales retorcidos de un camión de alto tonelaje cuando va deslizándose aparatosamente, volcado en medio de la carretera. Pueden ser generalmente dos o tres palabras señalizadoras. Una paciente que fue secuestrada por el conductor de un taxi colectivo con el fin de agredirla sexualmente, queda paralizada ante la rotunda orden de su captor: “*¡Cállate!*”. Sin embargo, logra salir del trance y se lanza automóvil en marcha, salvándose de tan bestial ataque.

Por lo tanto en las prácticas de autocuidado de los terapeutas, resultarán centrales los ejercicios y juegos dramáticos de apresto centrados en el cuerpo, actividades que irán en la búsqueda de aquellos textos traumáticos de los pacientes inscritos en el cuerpo del terapeuta con la finalidad de sacarlos de su transparencia, para posteriormente, por medio del trabajo de escenas - actoral o psicodramático – descubrirlos, para movilizarlos desde su lugar sumergido (Emunath R., 1994). Se trata entonces de textos encarnados con dolor.

El trabajo de **proyección** en dramaterapia se puede realizar de varias maneras. Algunos dramaterapeutas utilizan el dibujo, la pintura, el trabajo con arcilla, plasticina, máscaras, títeres y muñecos. En los niños una manera de cura emocional es a través del juego, desarrollado una y otra vez. De este modo reviven el trauma de una forma segura y lúdica. El recuerdo se repite en un contexto en donde la ansiedad es reducida

desensibilizándolo y permitiendo que se asocien a él un conjunto de respuestas no relacionadas con la traumatización. Por otro lado, los niños en su mente pueden dar a la tragedia, mágicamente, un resultado mejor. En los adultos utilizamos para la proyección, la identificación con un personaje teatral, un héroe, que dispone de un texto reparador o sanador. Muchos de estos juegos textuales y de personajes introducen en forma muy necesaria el humor, pieza fundamental en el trabajo con psicotraumas y que se desarrollará más ampliamente en otro apartado. Estos textos, al provenir de la literatura universal, representan los mitos y melodías latentes de la cultura que coinciden con los mitos, comedias y tragedias personales (Martinez-Bouquet C., 2006, 2006). El trabajo con textos teatrales e incluso pasajes bíblicos u otros textos sagrados, genera en el ritual final del trabajo dramaterapéutico, un clima mágico de resolución en conexión con la verdad espiritual y el cosmos.

Aquí se funden el momento de la proyección con la personificación o adquisición de personajes quienes tendrán una representación evidente y rotunda en el escenario de la obra dramaterapéutica. Textos teatrales y textos personales de la tragedia vivida, escuchada o leída, se entremezclan con furor dramático generando las condiciones para la creación de la obra dramaterapéutica.

El grupo en acción da paso a dos nuevos momentos que nosotros hemos incluido, complementando lo propuesto por Jennings, que es la *improvisación creadora*, en donde el grupo improvisa nuevos textos que amplifican y multiplican los anteriores, mezclando tragedia, comedia y drama como género teatral, y la *representación de la obra conservada*, es decir, ritualizada y teatralizada al punto de convertirse en patrimonio de la cultura.

Finalmente la comunidad entera testificará con recogimiento, lo que se representa ante su mirada. Este es el momento del enjuiciamiento que la comunidad hace ante un mal arrollador, el de la violencia humana, el trauma, el duelo, la impotencia, la injusticia, la humillación, la vergüenza, la traición. Pero al mismo tiempo se despertará lo mejor del ser humano y de los grupos, la solidaridad, la comunión, la fuerza, la compasión, y la posibilidad de reparar en el “como sí” dramático, el dolor, la soledad y la traición.

El arte en sí misma es un medio de comunicación inconsciente. El cerebro emocional está sumamente sintonizado con significados simbólicos y con lo denominado “proceso primario”: los mensajes de la metáfora, el relato, el mito, los rituales, las artes en general.

Muchos psicoterapeutas que trabajan con psicodrama con sobrevivientes de traumatizaciones severas, utilizan en sus esquemas de intervención una aproximación y secuencia de pasos, a nuestro modo de ver, de corte dramaterapéutico (Kellermann P.F, 2007, Filgueira M.A, 2007, Espina Barrio J.A, 1993).

Dichas prácticas psicodramáticas grupales siguen la siguiente secuencia:

- 1.-Re-actuación - *acting out*
- 2.-Reprocesamiento cognitivo – *Insight* de acción
- 3.-Descarga del superhabit de energía – Catársis emocional
- 4.-Superhabit de realidad – “Como si”
- 5.-Apoyo interpersonal – Tele
- 6.-Ritual terapéutico – Magia

En este re-aprendizaje emocional y recuperación del trauma se suelen diferenciar cuatro momentos: Adquirir una sensación de seguridad; recordar los detalles del trauma; lamentar la pérdida que ha provocado y finalmente volver a hacer una vida normal. Las personas traumatizadas necesitan volver a sentir una sensación de seguridad, salir de la impotencia, percibiendo que hay más de una salida, recuperar el sentido de control sobre sus vidas que han quedado inmersas en la precariedad y de este modo evitar la enfermedad mental o psicósomática que aparece cuando las personas se vivencian como “sin salida” ante una situación. La línea de fuga hacia la salud de la realidad ficcional dramaterapéutica, el “como sí” dramático de posibles soluciones, el encuentro con personajes y héroes del teatro que vienen con su sabiduría a colaborar, el descubrimiento de textos reparadores que provienen de recursos, fortalezas y resiliencias personales, grupales y comunitarias, generan una especie de ilusión, una visualización experiencial, una magia mental al modo de un trance hipnótico con potencialidad de cambio de aquellos íntimos procesos neurobiológicos y psicológicos que subyacen en la profundidad de la vivencia traumática.

Las curas psicológicas a través del juego y en particular del juego en dramaterapia se producen a través de tres mecanismos: la **abreacción**, o sea en la obra dramaterapéutica se pondrán en marcha historias con sentimiento; el nuevo drama se lleva a cabo en el **contexto** seguro y protegido de un grupo con historia vincular; y las **correcciones** implican que jugado otros finales se descubren que existen otras posibilidades para la

siguiente vez asumiendo que tal vez no deba existir una “siguiente vez” y que la vida ha sido generosa dentro de todo, al estar vivo. (Terr L., 2000).

Finalmente cabe considerar que la **catársis** en dramaterapia es por excelencia de tipo **estética**, como la que se produce al público observador al presenciar una obra teatral, hecho terapéutico al que sólo podemos acceder desde esta metodología que mantiene una fuerte impronta teatral. Este tipo de catársis genera contención y estructuración psíquica desde el distanciamiento tanto del público como del actor participante, quien podrá transitar libremente desde el espacio escénico hacia la platea para presenciar el espectáculo, sin que se note su ausencia, por la fuerte naturaleza cooperativa del trabajo grupal, que puede prescindir de algunos de sus miembros durante la ejecución misma de la obra.

EL ABRAZO VACÍO: NEUROBIOLOGÍA DE LA DRAMATIZACIÓN EN TIEMPOS DE PANDEMIA

El abrazo, una de las palabras más bellas del castellano y una acción que etimológicamente implica el prefijo *ad* (hacia) y *braccium* (brazos), es decir ir hacia los brazos de sí mismo, del otro y de los otros. De nosotros, como abrazo grupal. También como la palabra amor significa *a* sin y *more* muerte, la palabra abrazo puede entenderse y señalar que voy hacia los brazos del otro, con y sin mis brazos, sobretodo cuando solo requiero de aquel, alguien que me contenga frente al sufrimiento, el dolor y la pérdida, así como mis propios brazos estarán disponibles cuando, quien sufre, los requiera para sí.

El abrazo, aquel gesto y acto que puede rastrearse en la filogenia primate, en donde los simios “terapeutas” abrazan a una madre cuando esta pierde uno de sus bebés. O en la enfermedad cuando aquellos, a través del abrazo, el acicalamiento, el palmoteo de la espalda y el contacto intencionado de manos con un fin social, logran aliviar el malestar de sus congéneres.

Porque la conexión social para aliviar el estrés en los mamíferos superiores no sólo esta vigente entre los monos y simios superiores, sino también en todos los mamíferos que han desarrollado durante milenios un sistema nervioso autónomo vago ventral, parasimpático, disponible para la salud, el crecimiento, la reparación y la

recuperación, dejando el sistema de alerta, simpático, gobernado por la adrenalina, sólo para la lucha o la huida frente a la amenaza.

El abrazo es una de esas reliquias filogenéticas que se han insertado en la ontogenia del ser humano y se ha socializado, trivializado, conservado – parafraseando a Moreno – en conductas estereotipadas, alejadas de sus orígenes neurobiológicos, desnaturalizando sus comienzos al servicio de la tranquilidad, la relajación, el consuelo, la reparación.

El abrazo social sirve, y a muy buena honra, para ser corteses y bien educados, tal como el saludo, el apretón de mano, el beso y la mirada.

Pero la háptica, la ciencia del tacto o el estudio de la comunicación a través del contacto y en particular de las manos y la proxémica, la que estudia el espacio y distanciamiento social natural para salvaguardar el territorio etológico individual, dicen mucho más que lo que señalan las conductas sociales intencionadas conscientemente.

Los animales, las aves, los peces mantienen una distancia etológica que implica respetar biológicamente el espacio de cada individuo en la naturaleza, para no sobre regularse. Si esto se trasgrede, al menos en los mamíferos más evolucionados, viene la defensa del territorio como respuesta condicionada desde lo más hondo de la neurobiología animal, así como el cuidado de la prole o de la hembra en la etapa del apareamiento, por el macho más fuerte.

Por su parte cada sociedad y cultura humana tiene su propia háptica y proxémica, acunada desde hace milenios en cientos de lugares del planeta y ratificada por cientos de miles de interacciones sociales extendidas en el tiempo que van certificando las reglas implícitas de las relaciones humanas, que posteriormente se transforman en leyes para la convivencia o reglas explícitas, base de la ética y estética de las relaciones de personas y grupos, de forma armónica y ecológica.

LA ONDA EXPANSIVA DEL TRAUMA

La pandemia del coronavirus ha transformado todo lo filogenético y ontogenéticamente aprendido y establecido durante muchos años. Lo ha hecho de manera traumática, sin aviso y en forma súbita, como suelen ser las pérdidas y duelos traumáticos, que son de carácter terrible, sin despedida de lo anterior o antiguo y, por tanto, sin rito de transición ni de cierre.

En Colombia un estudio acerca de la onda destructiva de las bombas en el campo de batalla permitió identificar, respecto de la explosión inicial, víctimas primarias, secundarias, terciarias, cuaternarias quiniarias y otras. Víctimas primarias son aquellas que sufren directamente el trauma. Su cuerpo y psiquis quedan afectadas rotundamente, sea por mutilación, desmembramiento, estallido de algún órgano o zona del cuerpo, aunque conserven la vida en muy malas condiciones o mueran. A nivel psíquico desarrollarán un cuadro de estrés postraumático complejo, dependiendo de su historia vital, apegos, experiencias límites previas y resiliencias. Las víctimas secundarias son las que observan el horror, ven el impacto, escuchan los gritos, huelen los olores del campo de batalla, los explosivos, la sangre, la tierra suelta, el piso. Suelen ser sus compañeros de equipo. Víctimas terciarias son personal de rescate, salvamento, policías, bomberos, personal sanitario. En este punto la información trasciende el campo de batalla y traspasa las fronteras a través de comunicaciones invisibles de tan malas noticias. Estas llegan a la familia, los amigos, el vecindario y la comunidad. Muchos comienzan a preguntarse si esto les podría ocurrir a ellos o no. Suele escucharse dentro de sus mentes: “Esto no me va a pasar a mí, ni a mi familia, ni a mis vecinos, esto sucede a otros, pero no a mí”.

Entonces la pandemia puede usar la metáfora de la onda expansiva del trauma que ha ido caminando de persona en persona, de casa en casa, de familia en familia, de frontera en frontera y de país y país hasta transformarse en una masa informe, silenciosa, invisible, secreta que horada la sociedad entera hasta los huesos.

Se trata de un psicotrauma colectivo, no lo podemos negar, que ha cambiado en lo más hondo nuestras costumbres sociales, insertas en la neurobiología cultural de toda la humanidad.

Sin embargo, no podemos someter la biología, aunque si distorsionarla en forma obligada, para adaptarla como tantas veces lo ha hecho el ser humano frente a distintas situaciones traumáticas que ha sufrido a lo largo de toda su historia; catástrofes naturales, guerras, genocidios, graves accidentes nucleares, pandemias. Pero los genes no se modificarán por esto. Sufrirán, tal vez, una mínima perturbación que se observará mucho más adelante en el comportamiento colectivo, en algún tiempo remoto, al que asistan otros hombres y mujeres de generaciones futuras.

SALAMANCA, OCTUBRE DE 2019

Lo que natura non da, Salamanca non presta.

En 2019 tuve la oportunidad de dirigir el taller de psicodrama minimalista en el marco del Congreso de la Asociación Española de Psicodrama, celebrado en esta magnífica ciudad de España.

El psicodrama minimalista no es una nueva manera de hacer psicodrama, sino es el mismo psicodrama clásico ejercido en forma parca, austera, ágil, rápido y rotundo como herramienta de transformación. Es decir, se trata del psicodrama clásico moreniano llevado al extremo de su exactitud, con utilización de los principios psicodramáticos básicos y las técnicas fundamentales: doble, doblaje, soliloquio, espejo, cambio de roles e interpolación. Se suma a esta propuesta un caldeamiento minimalista, es decir ralentizado en sus movimientos, hasta llegar a ser una especie de meditación en movimiento que colinda con el trabajo de configuraciones y constelaciones sistémicas.

Utilice en el caldeamiento un ejercicio aprendido en el Departamento de Teatro de la Universidad de Chile, que en un taller de dramaterapia utilizó la maestra en danza, Francisca Infante, hace ya muchos años.

El ejercicio consiste en una ronda de abrazos vivenciales que se diferencian de los abrazos sociales del saludo cotidiano por la intensidad de aquellos, y porque evocan, rememoran, otros abrazos dados por los participantes en algún momento de sus vidas. La experiencia se exalta cuando se pide a un integrante de la dupla que se retire sutilmente, sin desarmar el abrazo del compañero, quedando finalmente una galería de abrazos vacíos en el espacio de la sala que se visualizan como una instalación

teatral estática, aunque de gran potencia escénica. Luego se cambian los roles. Previamente el compañero de dupla tiene la oportunidad de meterse en algún otro abrazo, mientras que la consigna final de esta parte del ejercicio es volver al abrazo original, una vez que ambos hayan vivido la experiencia completa de estar tanto en el abrazo original como en otros abrazos.

Los abrazos, por tanto, adquieren la categoría de actantes, es decir, como en el teatro, serán personajes inanimados.

Una vez en el abrazo original se indica a los participantes se conecten con aquellos abrazos dados, o no dados, pendientes, vacíos, lejanos, cercanos, ajenos, de su historia vital, generándose rápidamente escenas importantes que a través de una elección sociométrica se dramatizan las escenas protagónica y coprotagónica. Sostenemos que en el psicodrama minimalista es conveniente dramatizar ambas puesto que una es la resolución de la otra, es decir, la coprotagónica resuelve (o al menos complementa) a la protagónica, generándose una *gestalt*.

Motivado por la belleza estética de lo logrado en Salamanca y que en este caso nos doto la naturaleza de los abrazos, decido presentar de manera ampliada este trabajo en el 47° Simposium de la SEPTG en Cullera en Mayo de 2020, cuya consigna general es la invisibilidad.

El resumen de la propuesta es el siguiente:

PROPUESTA DE TALLER

47° Symposium de la SEPTG, La Invisibilidad, Cullera (Valencia), 07 al 10 Mayo 2020

GALERIA DE ABRAZOS: SILENCIO, INMOVILIDAD, TRAUMA Y REPARACIÓN.

TRABAJO SOCIO DRAMATERAPEUTICO GRUPAL.

*AUTOR: DR. PEDRO TORRES, MEDICO PSIQUIATRA, PSICODRAMATISTA Y
DRAMATERAPEUTA EDRAS CHILE, FUNDACION TEATROSALUD, SANTIAGO DE CHILE*

Introducción

El abrazo terapéutico y sus trazas en la evolución humana desde sus inicios tanto filo como ontogenéticos, no sólo como conducta social, sino arraigado en lo más profundo

de lo terapéutico grupal y corporal, se exponen en este taller. Se trata de un abrazo que contiene y sostiene, hasta que la energía desplegada, se diluya natural y espontáneamente. Galerías de abrazos permanecen en el espacio congelados, y nos llevan a los abrazos primigenios, aquellos que nos alientan a explorar psicodramáticamente, en escenas, el origen de asuntos pendientes, despedidas y traumas. El silencio y la inmovilidad, cristalizados en movimientos lentos, son transiciones hacia dramatizaciones de traumas relacionales, desde lo micro, lo cotidiano, hasta lo macro, extendido a lo social. Lo no visible, transparente y la intención, también subyacen en las escenas latentes.

METODOLOGIA

Mediante técnicas de dramaterapia y sociodrama se busca trabajar, no sólo traumas relacionales mayores, sino aquellos microtraumas que permanecen en lo invisible de la vida e historias cotidianas, las pequeñas vidas de cada día y que, sumados uno tras otro, pueden llegar a constituir mega experiencias dolorosas de asuntos pendientes, no resueltos, silenciados e inmóviles. Configuraciones sistémicas y movimientos espontáneos cadenciosos, nos conectan con lo primigenio, aquello que subyace anidado e instalado en el cuerpo del grupo y de su historicidad.

OBJETIVOS

Lograr una experiencia transformadora, socio dramaterapéutica, que facilite la conexión corporal vivencial con nudos y atascamientos biográficos para intentar su movilidad, expresividad por medio de movimientos lentos, la escena, la dramatización y utilización de técnicas psicodramáticas, aplicadas en forma minimalista, tales como doble, doblaje, soliloquios, espejo, cambio de roles, interpolación, esculturas, composiciones y máquinas.

Numero de participantes: Según espacio disponible, máximo 25

PANDEMIA EN ACCIÓN

Si natura da PANDEMIA, surge la CREATIVIDAD

La pandemia no solo cancelo miles de vuelos intercontinentales en todo el planeta sin también lo hizo con cientos de congresos, simposios, encuentros y reuniones científicas en todo el mundo.

Sucedió también con el Simposio de Cullera, España, de la SEPTG.

Hecho por tierra el diseño del taller de los abrazos presentados como propuesta, ante esta nueva normalidad definida por el distanciamiento social en donde los abrazos son anatema. ¿Cómo re- diseñar algo tan arraigado en la naturaleza humana como los abrazos por algo que lo reemplace?

El coronavirus nos lanza a un destino incierto en donde el nuevo distanciamiento social desafía la proxémica de milenios, desde la obligatoriedad sanitaria y, por ende, contextual y cultural transitoria.

Lo de Salamanca fue un anticipo por dos razones: Nuestra propuesta fue de psicodrama minimalista. O sea, un psicodrama que requiere un mínimo de elementos conservando lo esencial del psicodrama de Moreno tanto en lo teórico como en lo técnico, con la sugerencia de la necesidad de que el psicodrama se adapta a los tiempos postmodernos, como lo es el arte minimalista. Sin espacio, con un mínimo de movimientos, sin tiempo o en período acotados, sin contexto, incluso sin grupo y ahora en tiempos de pandemia, sin contacto.

El caldeamiento se realiza con movimientos lentos y, el ralentizar la acción, con conduce a un tipo de psicodrama que hemos llamado consteladrama, una mixtura entre configuración o constelación sistémica y psicodramatización escénica clásica.

Dado que hemos observado que las escenas vienen en dupla, o sea la elección sociométrica arroja una escena protagónica y otra coprotagónica, el desarrollo de esta última, se lleva a cabo con la técnica de psicoterapia de la relación creada por el brasilero José Fonseca, que también recibe el nombre genérico de psicodrama minimalista, aunque para mí, este último término no alude a una técnica solamente, como la antes señalada, sino a un enfoque adaptado a los nuevos tiempos y en particular a los tiempos de pandemia.

En estos momentos de reflexión inundan las preguntas. Aún no hay respuestas. Sólo algunas hipótesis. Menos se dispone de un dispositivo que reemplace los abrazos. Aunque estoy cierto que ya lo habrá, aunque sea transitorio, como un puente. Ni las manos que se tocan mutuamente y que transmiten emociones, ni el contacto cercano cara a cara, ni el juego, ni el humor y la frescura del momento físico presente.

Veo con respeto la reedición del psicodrama en plataformas virtuales. Aunque siento nostalgia y a la vez tengo la certeza de que aquello, el tocar, el encuentro piel a piel, los abrazos, son irremplazables. No nos autoengañemos. Nada podrá reemplazar el encuentro directo del psicodrama que promulgó Moreno. Sin embargo, valoro y agradezco a quienes mantiene la ilusión y esperanza de volver a encontrarnos cara a cara, ojo a ojo, piel a piel. Aunque hoy sea a través del mundo virtual. Imagino ese gran momento en que abran los espacios y que todos, inmensos en un gigantesco ritual del mundo, una fiesta, un carnaval, volvamos a la esencia del encuentro Moreniano que parte, sin duda, en lo físico, lo terrenal y nos conducirá al encuentro de las centellas divinas que somos, más allá, en el universo.

Cito a Moreno:

“El concepto de encuentro está en el centro de la psicoterapia de grupo y significa estar juntos, encontrarse, tocarse dos cuerpos, ver y observar, palpar, sentir compartir y amar, comunicación mutua, conocimiento intuitivo mediante el silencio y el movimiento, la palabra y el gesto, el beso o el abrazo, unificarse.

“En el principio era la existencia, pero no hay existencia sin existente. En el principio era el verbo, la idea, pero antes fue la acción. En el principio era la acción, pero una acción no es posible sin un actor, sin un objeto al que apunta el actor, y sin un Tú al que encuentra. En el principio era el encuentro”

TELE

En psicodrama Tele es definido por Moreno como “la más pequeña unidad de sentimiento, transmitido de un individuo a otro” a distancia y sin un conocimiento e historia relacional previa. Se refiere a “la percepción interna mutua de los individuos”. Hago hincapié en que sea elección a distancia y sin conocimiento previo para realzar el

impacto del primer momento en que dos personas se encuentran y experimentan sentimientos de atracción, rechazo o indiferencia, valencias sociales que son fundamentales para la sociometría que creó en los comienzos de sus estudios, y el test sociométrico, que es el instrumento de medición central para levantar gráficas microsociales de grupos, como lo es el sociograma.

Destaco además el encuentro en el momento presente para referirme a la coherencia en las percepciones internas de los individuos, o sea si ambos se rechazan, se atraen o son indiferentes, simultánea y coetáneamente, genera relaciones humanas más congruentes, acordes y consecuentes, lo que se percibirá en el clima emocional del campo.

Este clima armónico se corresponde con buenos índices de espontaneidad, creatividad y salud individual, grupal y colectiva.

La percepción emocional a distancia implica que lo que se percibe no son precisamente gestos mínimos o microconductas que requieren, para su aprehensión, una percepción más específica de las particularidades del encuentro humano. Diría que a distancia se perciben volúmenes, cuerpos en movimiento, cadencias de los desplazamientos, tonalidades prosódicas de la voz, no necesariamente palabras, sino el canto o la melodía, gestos gruesos con sentido. También pueden percibirse interrelaciones entre dos o más personas, coreografías, armonías, o sea componentes estéticos de la experiencia interaccional humana que transmita seguridad, confianza y entrega.

Según Moreno lo que posibilita el encuentro entre los seres humanos es el factor tele, incluso en alguna época fusiona ambos conceptos, causa y efecto, bidireccionalmente.

TELE Y TRAUMA

En su libro "Trauma y Memoria" Peter Levine, doctor en biofísica médica y psicología, y creador del método "Somatic Experiencing" para la recuperación del psicotrauma plantea que los recuerdos procedimentales se dividen en tres grandes categorías: La primera tiene que ver con acciones motoras aprendidas, tales como bailar, esquiar, andar en bicicleta y hacer el amor, entre otras. Una segunda categoría se refiere a respuestas de emergencia innatas en caso de amenaza que recurren a nuestro instinto

de supervivencia. Aquí ubica patrones de acción fijos como la preparación, tensión, repliegue, lucha, huida y parálisis, así como el establecimiento y mantenimiento de límites territoriales. La tercera categoría de memorias procedimentales se refiere a las tendencias de respuestas básicas del organismo de acercamiento o evitación, de atracción o repulsión. Según Levine “nos acercamos físicamente a aquello que tiene probabilidad de ser una fuente de nutrición y crecimiento, y evitamos fuentes de daño y toxicidad. Entre los mecanismos de evitación están las acciones de tensarse, replegarse o contraerse. Los mecanismos de acercamiento implican expandirse, extenderse y estirarse para contactar”.

Es llamativo que este autor contemporáneo señale, desde la neurobiología relacional respecto de las memorias procedimentales un subtipo que tiene que ver con respuestas de acercamiento o evitación, atracción o repulsión. Es posible que Moreno haya observado a partir del teatro de la espontaneidad en forma empírica fenómenos interrelacionales de atracción o rechazo, a lo que llamo tele positivo y tele negativo. Tal vez la indiferencia por él mencionada corresponda a una observación clínica ambigua, con una discriminación incompleta de si se trata de una u otra valencia, lo que se evidencia toda vez que las indiferencias o neutralidades en el test sociométrico no influyen mayormente en el resultado del test o al menos si generan incongruencias, serán de menos peso.

El test sociométrico y el sociograma se elabora principalmente con las atracciones y rechazos de la tele estructura de un grupo. Lo que sí es gravitante en el factor espontaneidad/creatividad de un grupo es el nivel de encuentros e incongruencias, es decir que la percepción real tética de uno o más miembros del grupo sea correcta u opuesta a la percepción del otro o *socium*, y por lo tanto se tenga una apreciación acertada o equivocada a como se es percibido. En el psicodrama si dos miembros de un grupo se atraen recíprocamente se considera un encuentro y si dos miembros se rechazan, también se habla de encuentro. Si uno de ellos se ve atraído por el socio y el otro lo rechaza, pero ninguno de los dos percibe esta incongruencia, surge la patología relacional, fuente de conflictos en la pareja, familia, trabajo, instituciones y en los grupos en general.

Por su parte Stephen Porges, profesor de psiquiatría de la Universidad de Carolina del Norte, en sus contundentes trabajos acerca de la teoría polivagal y su relación con el trauma psíquico, plantea entre otros conceptos relevantes, el de neurocepción, que define como “un proceso neural diferente de la percepción consciente, capaz de distinguir rasgos ambientales y viscerales que son seguros, peligrosos o que ponen en riesgo la vida”. Esta aseveración esta enmarcada en sus investigaciones filogenéticas acerca del nervio vago o neumogástrico, desde los reptiles hasta los mamíferos superiores. Señala en su teoría que el vago ha evolucionado en su anatomía a lo largo de cientos de millones de año, en un nervio vago ventral mielinizado y un vago dorsal, amielinizado o por lo tanto de conducción lenta. El vago ventral mielinizado tiene una rama facial que se diferencia solo desde hace 100.000 años y que se relaciona con las conductas de control social de las amenazas en los mamíferos superiores, dentro de los cuales los simios y los humanos se encuentran en lo más elevado de esta escala evolutiva. Estos organismos utilizan esta rama mas evolucionada del nervio vago para generar conductas de juego no agresivo, con el fin de socializar y cooperar con sus congéneres. Al mismo tiempo esta rama del vago inerva órganos de la laringe como cuerdas vocales y músculos faciales que dan cuenta de la entonación de la voz o prosodia y la sonrisa con fines de regulación emocional de los individuos en interacción. Los sonidos agudos y timbre alto de la voz dan mensajes de acogida y seguridad, mientras que voces graves o de tonalidad baja reeditan amenazas de depredación e inseguridad. En este caso se activa la rama también mielinizada, del vago ventral que inerva órganos supradiafragmáticos, tales como corazón, pulmones y estómago, la cual permanece en equilibrio con la cadena ganglionar simpática, la cual al descargar adrenalina activa las conductas de lucha o huida, frente a la amenaza.

Finalmente, si la escapatoria es imposible, se activa el vago dorsal, amielínico que inerva los órganos subdiafragmáticos tales como intestinos, duodeno, colon y ano. Esta rama dorsal, frente a la amenaza extrema, genera inmovilidad, parálisis, descontrol de esfínteres, y a nivel psíquico amnesia y disociación en los humanos.

Este primitivo sistema defensivo se puede rastrear filogenéticamente en los reptiles y anfibios inferiores con una data de a lo menos 600.000 años, los que frente a la amenaza extrema suelen quedar inmovilizados, con bajo consumo de oxígeno, a

diferencia de los mamíferos superiores, quienes para huir o luchar requieren altas cargas de oxígeno. El estado de inmovilidad extrema se conoce con el nombre de tanatosis, y en los mamíferos se observa como un estado previo a la muerte, dado que, de lograr una salida y escape, pueden huir de la amenaza en forma vertiginosa, con sacudidas frenéticas y espasmos, antes de emprender la carrera.

La neurocepción por lo tanto, se refiere a esa capacidad neurobiológica que presentan los organismos superiores de percibir a distancia la amenaza, posiblemente mediado por las neuronas espejos que no solo perciben, por espejamiento, el dolor o sufrimiento del otro, sin también percibir intenciones. Gendlin le llamo a este tipo de conocimiento indiciario corporal sensación sentida o referente directo a ese conocimiento organísmico centrada en el soma, generalmente ubicado en el vientre, o en otra parte del cuerpo. Una vez sentido el referente directo en la terapia experiencial se recurre a un primer asidero, que es verbal, explicativo, cognitivo, lingüístico, definitorio de aquella sensación sentida. Un primer asidero modifica la sensación sentida y entonces surge otro asidero y otra sensación sentida y en un proceso recursivo espiraloídeo se va afinando la verdad final experiencial de lo acontecido.

Así como se perciben la amenaza, según Porges, se percibe la seguridad ya sea un ambiente seguro como algún otro que le brinde apriorísticamente certeza, confianza y acogida. En este caso la activación del sistema parasimpático ventral mielinizado o “inteligente” da cuenta del desarrollo de la salud, el crecimiento y la recuperación. De allí que la relajación, prácticas meditativas, imaginación, juego, humor, arte y conexión grupal saludable, entre muchas más, estén vinculadas a la activación de este sistema neurobiológico que responde y fomenta la segurización de los individuos en contextos familiares, institucionales y sociales. La psicología de la seguridad esta mucho menos desarrollada respecto de la clínica de la amenaza, en especial con lo que le sucede al mundo entero hoy en día con las guerras, desastres naturales, violencia, genocidios y pandemias, entre otras calamidades que generan psicotraumatizaciones masivas y que han dado cabida a la moderna ciencia de la psicotraumatología y a una legión de trabajadores sanitarios, entre médicos, terapeutas, psicólogos, voluntarios, personal

de rescate y salvamento, bomberos, policías que han hecho de su trabajo un apostolado a la luz de las atrocidades que día a día impactan a la sociedad entera.

La psicología de la seguridad surge en un mundo en tiempos de guerra, para fomentar la paz. Sin embargo, cuando el mundo esta en paz, asunto que es cíclico, como todo el devenir humano, esta psicología es tácita, se da por hecho, y no surgen nuevos conocimientos y prácticas para hacer de ella una constante propositiva y no una respuesta reactiva frente a los tiempos de conflictos. Si bien las crisis son oportunidades para que surja lo nuevo o creativo, pronto lo nuevo decae en lo conservado culturalmente y surge el olvido del horror, de la desigualdad e injusticia y se instala la desesperanza y parsimonia de lo que no cambia. Se requiere que una nueva psicología surgida en tiempos de amenaza se mantenga y permanezca para los tiempos de paz. La humanidad no admite futuros desastres como pandemias, guerras nucleares, económicas o desastres ecológicos. El tiempo se ha agotado.

Conclusión

Teatro es mimesis y psicodrama es anti-mimesis, o sea la verdad misma jugada en el escenario psicodramático. La dramaterapia comienza en el teatro y termina en el teatro, pasando por toda la belleza del acto creador, es decir la interacción permanente y sin límites del proceso creador, con su carga de espontaneidad - creatividad natural y la conserva cultural, con su aparente rigidez y permanencia como patrimonio de la cultura. El modelos de la encarnación – proyección y personificación de la dramaterapia contribuye ampliamente en el trabajo de autocuidado de clínicos y terapeutas potencialmente vulnerables a contraer el síndrome del desgaste profesional o estar quemados. Por medio de prácticas dramaterapéuticas que utilizan este modelo, buscamos extraer del cuerpo de los terapeutas aquellos relatos vivos que se han inscrito en su biología. Los procesos reparatorios y sanadores siguen el camino opuesto, es decir desde textos y personajes teatrales de la literatura y dramaturgia universal, siguiendo las melodías latentes de la cultura, los mitos universales y los rituales, buscamos rehabilitar a los terapeutas con el fin de volverlos sanos y de regreso hacia el lugar en donde habita su trabajo y su comprometido oficio de acompañamiento.

Referencias

- 1.-Benelbaz D. (1997) Supervisión y procesos institucionales en equipos que trabajan con traumatización extrema. Simposium Supervisión Clínica. V Congreso Nacional de Psicología. Colegio de Psicólogos de Chile.
- 2.-Bryant R., Creamer M., Meaghan L., O'Donnell M., Silove D., McFarlane A. (2008) A multisite study of the capacity of acute stress disorder diagnosis to predict posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatric* 69:6 (923-929)
- 3.-Cia A. (2001) Trastorno por estrés postraumático. Diagnóstico y tratamiento. Imaginador. Buenos Aires.
- 4.-Emunah R. (1994) Acting for real. Dramatherapy. Process, technique, and performance. Brunner/Mazel Publishers, New York
- 5.-Espina Barrio J.A., (1993) El cuerpo muerto. Psicoterapia del duelo, individual, de pareja, familiar y grupal. *Informaciones Psiquiátricas*, 2º Trimestre, 132, 275-285, Madrid
- 6.-Figley C. (2000) Traumatización sistémica. El trastorno de estrés postraumático secundario en los terapeutas familiares. *Rev. Sistemas Familiares*, Asiba, Buenos Aires.
- 7.-Filgueira M.A., Espina Barrio J.A. (2007) Brief psychodrama and bereavement. In Kellerman P.F., *Psychodrama with trauma survivors. Acting out your pain*. Jessica Kingsley Publishers, London
- 8.-Garrido Martin E. (1978) Jacob Levi Moreno. *Psicología del encuentro*. Sociedad de Educación Atenas, Madrid
- 9.-Gendlin E. (1999) El focusing en psicoterapia. Manual del método experiencial. Paidós, Barcelona
- 10.-González A., (2010) Trastornos disociativos. Pléyades, Madrid
- 11.-Jenning S., Cattanach A., Mitchel S., Chesner A., Meldrum B. (1994) *The handbook of dramatherapy*. Routledge, London
- 12.-Jenning S. (1998) Introduction to dramatherapy. *Treatre and Healing Ariadna's Ball of Thread*. Jessica Kingsley Publishers, London
- 13.-Kellerman P.F., Hudging M.K. (2000) *Psychodrama with trauma survivors. Acting out your pain*. Jessica Kingsley Publishers, London
- 14.-Kuper E. (2004) Neurobiología y comorbilidad del trastorno de estrés postraumático: Un paradigma dimensional. Desde la neuroplasticidad a la resiliencia. Polemos, Argentina

- 15.-Landy R. (1993) Persona y performance. The meaning of role in drama, therapy, and everyday life. The Guilford Press, New York
- 16.-López – Ibor A., Valdez M. (2002) DSM-IV-TR, Masson, Barcelona
- 17.-Luque R., Villagrán J. (2000) Psicopatología descriptiva. Nuevas tendencias. Trotta, Madrid.
- 18.-Marquez López-Mato A. (2003) Psiconeuroinmunoendocrinología. Aspectos epistemológicos, clínicos y terapéuticos. Polemos, Argentina.
- 19.-Martinez-Bouquet C. (2006) La ruta de la creación. Aluminé, Barcelona
- 20.-Martinez-Bouquet C. (2006) ¿Dónde habitan los personajes imaginarios? Aluminé, Barcelona
- 21.-Odgen P. (2009) El trauma y el cuerpo. Un modelo sensoriomotriz de la psicoterapia. Desclée de Brouwer, Bilbao
- 22.-Ritterman M. (1988) Empleo de hipnosis en terapia familiar. Amorroutu, Argentina
- 23.-Rubin Wainrib B., Bloch E. (2000) Intervención en crisis y respuesta al trauma. Teoría y práctica. Desclée de Brouwer, Bilbao
- 24.-Slade P. (1978) Expresión dramática infantil. Santillana, España
- 25.-Rodriguez A., Escobar M., Arenas C., Morán M. (2005) Trauma por bombas y explosiones. Daño cerebral asociado. Rev. Colombiana de Radiología. Vol. 16 (2): 1718-1722
- 26.-Torres P. (2001) Dramaterapia. Dramaturgia, teatro, terapia. Cuarto Propio, Santiago de Chile
- 27.-Torres P. (2009) Sangra la escena. Psicodramaterapia del trauma y del duelo. Edras-Universidad de Chile, Santiago de Chile
- 28.- Torres P. (2019) Dramaterapia. Teatros que curan el alma. Letra Viva, Argentina
- 29.-Wolf-Fedida M. (2005) Trauma y conmoción psíquica. Rev. Actualidad Psicológica, Año IV, N° 41
- 30.-Vanderlinden J., Vandereycken W. (1999) Trauma, disociación y descontrol de impulsos en los trastornos alimentarios. Granica, Barcelona
- 31.-Van der Hart O., 2008. El yo atormentado. La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica. Desclee de Brouwer, Bilbao.

REFERENCIAS COMPLEMENTARIAS

- 1.-Fossey D. (2019) Gorilas en la niebla. Pepitas de calabaza, España
- 2.-Galdikas B. (2013) Reflejos del edén. Pepitas de calabaza, España
- 3.-Hellinger B., Bolzmann T. (2003) Imágenes que solucionan. Alma Lepik, Argentina
- 4.-Levine P. (2013) En una voz no hablada. Alma Lepik, Buenos Aires
- 5.-National Geographic (2019) Jane Goodall. Una vida dedicada al estudio de los chimpancés salvajes de África. RBA Libros SA, Barcelona
- 6.-Porgues S., Dana D. (2019) Aplicaciones clínicas de la teoría polivagal. El nacimiento de las terapias influenciadas por la teoría polivagal. Eleftheria, S.L, España
- 7.-Torres P. (2020) Sangra la escena. Psicoteatro del trauma y del duelo. Amazon. Es (Versión Kindle)
- 8.-Torres P. (2019) Dramaterapia. Teatros que curan el alma. Letra Viva, Argentina

Dr. Pedro Torres-Godoy

WWW.EDRAS.CL

edras.psicodrama@gmail.com