

TRAUMA VICARIO Y PROPUESTAS PARA EL AUTOCUIDADO CON DRAMATERAPIA *

Dr. Pedro Torres-Godoy M.D **

***Capítulo 2, Libro “Dramaterapia y Psicodrama. Un encuentro entre el Teatro y la Terapia” Torres P. Editor (2010), Editorial Edras - Universidad de Chile, Santiago de Chile (En preparación).**

****Médico Psiquiatra, Terapeuta Sistémico y Psicodramatista
Fundador y Director Escuela de Psicodrama y Dramaterapia de Santiago de Chile, Edras.
Profesor Titular Diplomado de Dramaterapia, Departamento de Teatro,
Facultad de Artes, Universidad de Chile
Encargado del Programa de Pacientes Psicotraumatizados Agudos,
Hospital del Trauma, Mutual de Seguridad de Santiago de Chile**

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 dramáticas y teatrales, 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 re-experimentación (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 del Trauma 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 retraumatización 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. Y 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 (Benelvez 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 mí 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.

Neurobiología conductual del psicotrauma

La amígdala es un componente neural esencial en la memoria de eventos cargados emocionalmente, en especial aquellos que incluyen sentimientos de temor y/o miedo.

Esta estructura subcortical es la principal área de procesamiento de las sensaciones extrañas, ya que es activada por toda situación interpretada como no familiar de acuerdo al contexto vivencial de especie y personal. Tiene permanente interrelación con el hipocampo que es el elemento central en el procesamiento de la memoria afectiva y de las respuestas hormonales por regulación directa del hipotálamo. La amígdala es entonces la vedette de la respuesta a situaciones aversivas, actuando el hipocampo como apuntador permanente. La escenografía es hemisférica y siempre variable dependiendo del contexto auto y alopsíquico que vive el individuo en ese preciso momento (Marquez-López Mato A., 2003)

En el desarrollo del miedo y la ansiedad, las aferencias sensoriales llegan principalmente a través de la vía óptica, auditiva, táctil y olfatoria. Las vías auditiva, visual y táctil hacen escala en el tálamo, mientras que la vía olfatoria no lo hace. El tálamo es un filtro de información que aumenta o disminuye esta información y la agrega a las conductas. El tálamo procesa esta información a la corteza, occipital para lo visual, parietal para lo táctil y temporal para lo auditivo. De la corteza primaria pasa a la corteza de asociación unimodal, que es la encargada de procesar la información en una única modalidad sensorial. De estas cortezas de asociación unimodal va a pasar a las cortezas de asociación multimodales, la parieto-temporo-occipital, la límbica y la corteza pre-frontal. Esta información es integrada, sintetizada y luego procesada y de estas cortezas va a las diferentes áreas que van a ser las encargadas tanto de la expresión, o sea, la signosintomatología, como de la experiencia emocional y de la acción (Kuper E. 2004)

Los principales síntomas del horror, incluido el más intenso, el TEPT, pueden ser explicados por los cambios que se producen en el circuito límbico y que se concentran en la amígdala. Algunos de los cambios claves se producen en el locus coeruleus, que regula la secreción cerebral catecolaminérgica y es el principal responsable de las vías noradrenérgicas ascendentes a la corteza. Estas sustancias neuroquímicas, la noradrenalina y adrenalina, movilizan al organismo para una emergencia, entre otras funciones. La misma catecolamina graba los recuerdos con una especial intensidad.

El locus coeruleus y la amígdala están íntimamente relacionadas con otras estructuras límbicas como el hipocampo y el hipotálamo. El circuito de las catecolaminas se extiende por sus vías ascendentes a la corteza. Se piensa que los cambios en este circuito son subyacentes a los síntomas de TEPT, que incluyen ansiedad, temor, hipervigilancia, al quedar fácilmente perturbado o excitado, la disposición para la reacción de ataque o fuga y la indeleble codificación de intensos recuerdos emocionales. El TEPT representa un peligroso descenso desde el punto de vista neurofisiológico donde se asienta la alarma, (corteza pre-frontal-tálamo-amígdala). Parece crucial en el sentido en que deja una marca poderosa en la memoria. Cuando más brutales, impactantes y horribles son los acontecimientos que disparan el asalto de la amígdala, más indeleble es el recuerdo. Así, los recuerdos traumáticos se convierten en gatillos mentales preparados para disparar la alarma al menor indicio de que el espantoso momento esta a punto de producirse nuevamente. Este fenómeno de gatillo es el sello de todo trauma emocional. La base neurofisiológica de estos recuerdos parece ser una profunda alteración neuroquímica cerebral puesta en marcha por una única muestra de terror abrumador (Kuper E. 2004)

Aproximaciones cognitivo - conductuales del psicotrauma y del autocuidado

Desde que Cannon describe en animales en 1929, las reacciones de lucha (*fight*) y huída (*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.

El estudio de la llamada *puerta sensorial*, en pacientes con diagnóstico de TEPT, se refiere a ciertos hallazgos electrofisiológicos en el control de manifestaciones sensoriales auditivas de estos pacientes frente a estímulos estudiados con potenciales evocados. En estos pacientes se observó un debilitamiento en la capacidad para procesar estímulos auditivos presentados, medidos con electroencefalograma computarizado. Esto significa que los pacientes con TEPT no registran o más bien reducen la evocación electrofisiológica a partir del estímulo auditivo, respecto de los sujetos normales, quienes, aparte de registrarlo adecuadamente, suelen aumentar el registro electroencefalográfico evocado (Kuper L, 2004). Esto hace pensar que habría una cierta vulnerabilidad neurobiológica en individuos para quienes la exposición a un evento traumático operaría como un disparador o un desencadenante de una serie de manifestaciones, que van afectando diversos sistemas de neurotransmisión, diversos asientos neuroanatómicos y neurofisiológicos, que se traducen en sintomatología.

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 señaladoras, 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 horrosos 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 Jenning, 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” (Jenning S., 1994). Algunos de los conceptos claves de la dramaterapia señalados por Jenning, 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 ficcionales 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 Jenning 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. 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 acompañada de mi esposo, 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 dicen: *“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 erizado 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 asemeja 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., Villagrán 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 psicosomática 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**, (aunque también la hay ética), 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.

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.-Eminah 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., *Psicodrama 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.-Jenning S., Cattanach A., Mitchel S., Chesner A., Meldrum B. (1994) The handbook of dramatherapy. Routledge, London
- 11.-Jenning S. (1998) Introduction to dramatherapy. Treatre and Healing Ariadna`s Ball of Thread. Jessica Kingsley Publishers, London
- 12.-Kellerman P.F., Hudging M.K. (2000) Psychodrama with trauma survivors. Acting out your pain. Jessica Kingsley Publishers, London
- 13.-Kuper E. (2004) Neurobiología y comorbilidad del trastorno de estrés postraumático: Un paradigma dimensional. Desde la neuroplasticidad a la resiliencia. Polemos, Argentina
- 14.-Landy R. (1993) Persona y performance. The meaning of role in drama, therapy, and everyday life. The Guilford Press, New York
- 15.-López – Ibor A., Valdez M. (2002) DSM-IV-TR, Masson, Barcelona
- 16.-Luque R., Villagrán J. (2000) Psicopatología descriptiva. Nuevas tendencias. Trotta, Madrid.
- 17.-Marquez López-Mato A. (2003) Psiconeuroinmunoendocrinología. Aspectos epistemológicos, clínicos y terapéuticos. Polemos, Argentina.
- 18.-Martinez-Bouquet C. (2006) La ruta de la creación. Aluminé, Barcelona
- 19.-Martinez-Bouquet C. (2006) ¿Dónde habitan los personajes imaginarios? Aluminé, Barcelona
- 20.-Ritterman M. (1988) Empleo de hipnosis en terapia familiar. Amorrotu, Argentina
- 21.-Rubin Wainrib B., Bloch E. (2000) Intervención en crisis y respuesta al trauma. Teoría y práctica. Desclée de Brouwer, Bilbao
- 22.-Slade P. (1978) Expresión dramática infantil. Santillana, España
- 23.-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
- 24.-Torres P. (2001) Dramaterapia. Dramaturgia, teatro, terapia. Cuarto Propio, Santiago de Chile
- 25.-Torres P. (2009) Sangra la escena. Psicodramaterapia del trauma y del duelo. Edras-Universidad de Chile, Santiago de Chile
- 26.-Wolf-Fedida M. (2005) Trauma y conmoción psíquica. Rev. Actualidad Psicológica, Año IV, N° 41
- 27.-Vanderlinden J., Vandereycken W. (1999) Trauma, disociación y descontrol de impulsos en los trastornos alimentarios. Granica, Barcelona

Dr. Pedro Torres-Godoy

WWW.DRAMATERAPIA.CL

esdrama@gmail.com

Derechos Reservados ©, Editorial Edras - Chile, 2009

Prohibida su reproducción total o parcial sin autorización expresa de Edras – Chile

edras.psicodrama@gmail.com