



**UNIVERSIDAD VIÑA DEL MAR**  
**ESCUELA DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA**

**Experiencias Traumáticas en niños institucionalizados:**  
**Abordaje terapéutico desde el psicodrama**

**Memoria para optar al título profesional de Psicólogo**

**Autor: Miguel Gutiérrez Reyes**

**Profesor Guía: Dino Toledo**

**Viña del Mar, 2011**



*“La relación con mi papa era tormentosa, siempre peleábamos, no nos podíamos ver. En ese periodo de mi vida me sentía solo, los demás no me daban confianza y tenía rabia contra todo y todos. Por lo que me desquitaba con otras personas pegándoles. Era mi forma de defenderme e imponer respeto, ya que si llegaba a bajar la guardia me iban a pasar por encima.”*

Niño institucionalizado con sintomatología traumática,  
por violencia intrafamiliar (VIF).

## TABLA DE CONTENIDO

<b>Cáp.....</b>	<b>Pág.</b>
I. INTRODUCCIÓN.....	6
II. MARCO DE ANTECEDENTES.....	12
Conceptuales.....	12
Trauma y Modelos Conceptuales.....	12
Psicodrama.....	40
Técnicas de Psicodrama Bipersonal .....	58
Empíricos.....	67
III. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	79
IV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	89

## **RESUMEN**

Esta monografía, tiene como objetivo describir y reflexionar con respecto a las propiedades terapéuticas de la técnica y teoría de Psicodrama en niños institucionalizados con situación de trauma.

Con este propósito se configura la parte conceptual enfatizando en las principales teorías explicativas sobre esta última. Para luego dar paso a los modelos conceptuales más relevantes de psicodrama. Todo esto distribuido por un nivel progresivo de contribución en lo que confiere a la siguiente pregunta de investigación: ¿Cual es el aporte terapéutico que puede proporcionar la técnica y teoría de psicodrama en niños institucionalizados con situación de trauma?

Cabe considerar adicionalmente que la recopilación literaria tendrá como punto de referencia la definición de maltrato establecida por el Sename, la cual integra situación de abandono, situación de calle, maltrato físico y emocional. Debido a su carácter de factor predisponente para el desarrollo de una sintomatología traumática infantil dentro del marco sociocultural nacional.

Para finalizar se reflexionara entorno a la relación significativa entre la técnica de psicodrama y los niños institucionalizados con situación de trauma.

# **CAPITULO I**

## **INTRODUCCIÓN**

En la presente monografía se pretende describir y reflexionar con respecto a las propiedades terapéuticas que posee la técnica de psicodrama en contexto de niños institucionalizados con situación de trauma. Para este propósito se procederá a contextualizar dentro de un primer momento la relación que se establece entre la problemática de estudio y la realidad sociocultural de Chile a nivel macro, para luego ir progresivamente indagando en los aspectos que se establecen dentro de las dinámicas interaccionales a nivel familiar y la exposición a situaciones traumáticas en niños institucionalizados.

Actualmente en Chile se encuentran más 138.013 niños y adolescentes internados en la modalidad residencial (hogares), según las cifras entregadas hasta septiembre del 2011 por parte del servicio nacional de menores (Sename). Todos estos casos son dictaminados por los juzgados de familia bajo el concepto de vulneración de derechos infanto- juveniles. Estas medidas se toman dentro del marco de ratificación a nivel local de la convención internacional de los derechos del niño, promulgada por la Organización de Naciones Unidas (ONU). En nuestra realidad nacional los derechos vulnerados generalmente se encuentran asociados a situaciones de abandono, abuso, deserción escolar, negligencia parental, pobreza entre otros.

En lo que refiere a la situación de trauma varios autores han hecho referencia de este fenómeno en niños. Dentro las figuras que sobresalen nos encontramos con Marty y Carvajal (2005), quienes señalaron que existen factores que predisponen a la población infanto- juvenil a desarrollar este tipo de patología, como el bajo nivel socioeconómico, situación de calle, la exposición temprana y relacionada con episodios de maltrato infantil.

Una estimación realizada en el año 2009 a nivel gubernamental determino que dentro 78.330 niños/as vigentes en programas de Sename, 1.832 de estos correspondientes al 2.3% eran niños en situación de calle. De ellos el 31,1% eran mujeres y el 68,9% eran hombres, de los cuales el 19.5% de estos últimos (314), vivían en la calle.

Respecto del maltrato infantil, un estudio realizado por la UNICEF en Chile en el año 2006, señaló que un 75,3% de los niños y niñas recibe algún tipo de maltrato. De estos un 53,8 % recibe algún tipo de violencia física y un 25,9% es víctima de violencia física grave. En la mitad de los últimos casos, también se registró violencia física entre los padres.

Dentro de las cifras entregadas por el Sename<sup>1</sup> en el presente año a través de su página oficial en Internet, estableció que dentro de los casos denunciados en este organismo sumado a los datos entregados por el servicio público de salud, dentro 394 niños/as sufrieron maltrato físico que les produjo lesiones graves y 9 fallecieron por esta causa. Además de los 20.000 niños/as atendidos por el Sename producto de algún tipo de maltrato. En lo que respecta al 2011 (hasta el mes de Noviembre), se han producido 11 casos con resultado de muerte.

Al ir reflexionando entorno a las cifras entregadas por los organismos públicos y teniendo en cuenta los factores que predisponen el desarrollo de un trauma a nivel infantil, se puede determinar que este es un problema que no esta ajeno a nuestra realidad sociocultural, adquiriendo mayor fuerza en los núcleos familiares de mayor riesgo social. He de ahí la importancia que recae en la Oficina de protección de derechos infanto- juvenil (OPD) y el Sename en materia de cuidados, reparación y reinserción social. En sus centros de atención distribuidos a lo largo de todo el país.

---

<sup>1</sup> <http://www.sename.cl>

Bajo este contexto surge la participación de los profesionales del área de la pedagogía, salud, ámbito legal en otros. Esto mediante el trabajo multidisciplinario desplegado para tratar este tipo de problemáticas, donde la contribución y colaboración de los alumnos en el ejercicio de práctica profesional es muy bien recibido, debido a la gran cantidad de demanda existente en la actualidad.

En lo que confiere al propio ejercicio de práctica profesional, se señala que el presente investigador se integro al departamento psicosocial<sup>2</sup> del Instituto de Menores Padre Luís Amigo N° 2 de la Congregación Religiosos Terciarios Capuchinos de Villa Alemana. Esta organización es un ente colaborador del SENAME (Servicio Nacional de Menores), en la modalidad residencial. El trabajo realizado comprende principalmente la restauración de los derechos vulnerados en niños y adolescentes, con medidas de internación o protección dictaminada por los tribunales de familia.

Las dimensiones propuestas por el Sename para una eficiente intervención de la problemática mencionada anteriormente, comprende tres ejes para abordar: a) individual b) Familiar y c) Comunitario. Lo cual se llevo a cabo mediante la siguiente modalidad de trabajo:

- a) La realización de un considerable número de evaluaciones psicológicas efectuadas desde finales de Marzo, durante el proceso de ingreso de los niños recién internados. La creación de planes de intervención a nivel individual (PII) y la designación de 6 casos para intervenir.
- b) Intervención a nivel familiar con dos casos de los seis designados.
- c) La integración de actividades formativas como la realización de dos talleres de habilidades sociales, el ingreso a los talleres técnicos para el desarrollo de competencias que le permitan proyección e inserción al mundo laboral y la reinserción al sistema educativo, con el propósito de regularizar la situación escolar.

---

<sup>2</sup> Dupla de trabajo social conformada por el psicólogo y asistente social.

Todo esto focalizado en niños cuyas edades fluctúan entre los 9 a 13 años.

En el transcurso de las actividades que comprenden los tres ejes de intervención, se pudo detectar adicionalmente la presencia de un patrón de comportamiento que hace referencia a la dificultad que presentaron los niños para expresar sus emociones de manera asertiva. Esto se vio reflejado durante la entrevista clínica e intervención individual, ya que se pudo observar un cambio de conducta considerable y de carácter introvertido cuando se preguntaba con respecto a las sensaciones o sentimientos experimentados en episodios que involucraban temáticas asociadas a la situación de vulneración, problemas a nivel familiar e incluso en situaciones cotidianas. Siendo las respuestas cortas o monosilábicas un recurso para describir este tipo de situaciones.

Dentro de la evaluación de psicodiagnóstico mediante la aplicación de test proyectivos como el HTP, dibujo de la familia, dibujo de la figura humana y persona bajo la lluvia. Se pudo observar a nivel general resultados asociados a indicadores emocionales como el retraimiento, dificultad para poder expresar o manifestar afectos con otras personas, inmadurez emocional, egocentrismo e individualidad.

Posteriormente se reviso las fichas individuales e historial familiar en el cual se dio el contexto de vulneración de derechos, detectándose que varios de estos niños habían experimentado situaciones de abuso, maltrato, situación de calle, violencia intrafamiliar (VIF) entre lo más reiterativos.

Teniendo en consideración estos antecedentes se pudo corroborar en terreno los postulados teóricos de Marty y Carvajal (2005), en lo que respecta a la correlación significativa que existe entorno a los factores de riesgo en niños institucionalizado para desarrollar una patología traumática. Esto es de gran relevancia debido a que la sintomatología asociada a esta última, que hace referencia a la introversión y poca capacidad para expresar los sentimientos de manera asertiva, genero dificultades durante el proceso que se manifestaron a través del desempeño de los niños durante las sesiones de intervención. Además de alcanzar un escaso progreso en las primeras sesiones.

Teniendo en consideración estas dificultades que se presentaron al comienzo del proceso de intervención con niños pertenecientes al Hogar Luís Amigo en situación de trauma, sumado a la falta de un lineamiento de intervención por parte de la institución residencial, que permitiese abordar este tipo de temáticas de manera óptima y que se adapte a las capacidades de los niños internados. Surgió la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el aporte terapéutico que puede proporcionar la técnica y teoría de psicodrama en niños institucionalizados con situación de trauma?

La relevancia que adquiere el poder reflexionar y describir sobre las propiedades de la técnica de psicodrama como abordaje terapéutico que permitiese intervenir con la problemática en cuestión, esta dado por los efectos negativos que conllevan el no poder tratarse de manera eficiente una situación de trauma. A nivel teórico se establece que “Esta patología conlleva un deterioro en la calidad de vida de la persona, viéndose afectado el vínculo que esta pueda establecer en las relaciones interpersonales, debido al sentimiento de desconfianza y temor que siente de volver a vivir la situación traumática”. (Muñiz, 2007).

En lo que respecta a las investigaciones empíricas a nivel nacional se establece que “los traumas infantiles son un factor de riesgo para desarrollar trastornos mentales como cuadros depresivos, esquizofrenia, bipolaridad, ansiedad, abuso de alcohol o drogas y en menor medida un probable trastorno de personalidad.” (Vitriol, 2005).

Esta problemática también adquiere gran relevancia en el bienestar psicológico de los niños, debido a que estos son seres que se encuentran en crecimiento y constantes cambios. Lo último implica siempre un riesgo, puesto que implica un periodo de fragilidad en el cual ciertos factores pueden regular o desestabilizar estos cambios, provocando efecto directo en la construcción de la personalidad. En este sentido la familia al ser su ambiente inmediato y primer agente de sociabilización adquiere un rol muy importante en este proceso, si tenemos en consideración el carácter disfuncional

que tienen estos núcleos formadores dentro de los casos con los cuales se toman las medidas de internación al Hogar Luís Amigo y la posibilidad de ser un factor de riesgo para el desarrollo de perturbaciones o situaciones trauma dentro de la primera infancia es muy alta. Es por ello que el poder desarrollar y formular avances en la metodología de intervención en psicodrama, traerá consigo el ser un factor protector y regulador de estos cambios propios al crecimiento, sumado a la instauración de un espacio terapéutico que propicie experiencias positivas necesarias y de reparación emocional, con la finalidad de promover un desarrollo saludable que se les fue negado en un primer momento dentro su realidad inmediata. Lo que contribuye significativamente a los objetivos establecidos por el Hogar Luís Amigo dentro de su labor de reparación y restauración de los derechos vulnerados en niños y adolescentes. Además de proporcionar un apoyo emocional que resguarda el bienestar psicológico de cada joven.

Para finalizar se determina que en la siguiente investigación teórica se expondrán los principales modelos explicativos y modelos de intervención en relación al siguiente objetivo de estudio:

- Describir y reflexionar con respecto a las propiedades terapéuticas de la técnica y teoría de Psicodrama en niños institucionalizados con situación de trauma.

## **CAPITULO II**

### **MARCO CONCEPTUAL**

#### **ANTECEDENTES CONCEPTUALES**

A continuación se expondrán los principales antecedentes conceptuales y empíricos relacionados con la problemática de estudio, esto último adquiere gran relevancia en lo que confiere a la comprensión y reflexión de la temática a desarrollar.

En un primer momento se expondrán los modelos explicativos y teorías asociadas a la situación trauma, con el objetivo de ir interiorizando los factores que propician esta patología. Para posteriormente analizar la vinculación que se produce con las propiedades terapéuticas del Psicodrama.

#### **Trauma**

Dentro de los primeros estudios considerados como pioneros en la temática de trauma se encuentra Sigmund Freud (1920), quien en su libro “Más allá del Principio del Placer”<sup>3</sup>, siguió desarrollando los estudios realizados por su maestro Jean Martin Charcot en relación a la histeria (neurosis) y los traumas sufridos.

En esta publicación Freud, desde el modelo de psicoanálisis señaló que la neurosis traumática surgía como un evento o proceso agudo y sorpresivo que implicaba un riesgo para la integridad del sujeto, quien a su vez reacciona con profundo temor.

Freud desarrolla también el termino neurosis del destino, esto se da en personas a la cuales empieza a repetirse las mismas situaciones y los mismos hechos patológicos en

---

<sup>3</sup> Libro que se gestiona post Primera Guerra Mundial, este suceso histórico propicio material relevante para su estudio de neurosis traumática en soldados que resultaron con secuelas post conflicto bélico a causa de las experiencias terroríficas que vivieron.

sus relaciones interpersonales. Estos eventos no son influenciados por el individuo de manera directa, si no más bien de forma pasiva. Por ej. Lo abandonan, lo estafan, etc. Lo anterior se explica desde la perspectiva que la persona tiende inconcientemente a repetir los mismos patrones interaccionales que propiciaron la situación problemática experimentada por primera vez.

Este afán por parte de la persona de repetir los acontecimientos tiene como fin el intentar controlar la situación traumática del pasado, debido a que en aquella ocasión el enfermo perdió el control y no pudo controlar sus sentimientos, su respuesta emocional o su capacidad de ordenar en una secuencia coherente los acontecimientos. El enfermo tiene una sensación de fracaso ante esa situación y busca inconcientemente volver a repetirla para intentar controlarla. Contextos en los cuales se manifiesta este comportamiento son por Ejemplo: En casos en los cuales una mujer ha sido maltratada en la infancia por parte de una figura paterna, en consecuencia de esto en la adultez tiende a convivir con hombres maltratados. Niñas que han vivido situación de violación tienen más probabilidades de dedicarse a la prostitución. Y niños que han sido maltratados en su infancia suelen ser hombres maltratadores en la vida adulta.

Los síntomas asociados a las pesadillas, los flashback o alteraciones a nivel corporal lo describe mediante la teoría de descarga por reacción, en ella explica que es el único medio que dispone el mecanismo psíquico normal de la persona para lidiar con los efectos del trauma psíquico, esto parte de la premisa que el suceso problemático vivido por primera vez no es bien procesado por la mente de la persona por lo que a partir de este mecanismo de defensa el organismo trata de buscar soluciones de manera autónoma para asimilar la situación inconclusa. Por otro lado la persona vive su propia lucha interna para olvidar y reprimir lo acontecido, produciendo una tensión de mayor intensidad que deriva en síntomas repetitivos de la experiencia (sueños, recuerdos. entre otros).

Este medio de descarga permite a su vez canalizar la gran cantidad de energía que demanda los afectos asociados al episodio, descomprimiendo así la gran cantidad de energía que acumula la problemática al interior del Yo.

Kardiner (1941), motivado por su trabajo con veteranos de la Segunda Guerra Mundial, pudo desarrollar en su libro “The Traumatic Neuroses of War” una conceptualización del fenómeno que resultaría clave para la construcción de una descripción clínica que reuniera con los requisitos para considerarla un trastorno. Además de propiciar una base teórica que la diferenciara de otros diagnósticos clínicos como la epilepsia, la simulación, histeria, etc.

El autor al realizar una observación clínica de los pacientes con neurosis traumática detectó un desarrollo de vigilancia anormal y una sensibilidad excesiva respecto a estímulos amenazantes del entorno. Esto último no solo se presentó en veteranos de guerra sino que también en fases crónicas de la enfermedad.

Al tener estos antecedentes el autor afirmó que el origen de la neurosis traumática era una fisioneurosis donde la alteración principal residía en los mecanismos que regulaban el nivel de alerta de la conciencia. Este describió estas alteraciones de la siguiente manera:

*“Estos pacientes no pueden soportar que alguien les propine una palmada de manera brusca en la espalda. No pueden tolerar tener un pequeño tropezón o estar a punto de caerse. Desde un punto de vista Fisiológico existe un descenso en el umbral de estimulación y desde el punto de vista psicológico se crea un estado de predisposición para reacciones de huida.” (Kardiner, 1941).*

Este tipo de reacciones que se desarrollan en la persona también se encuentran ligados a la alteración que se produce en la propia concepción del sujeto en su relación con el ambiente, creando así una fijación permanente del estímulo estresor. Además de provocar alteraciones en el sueño, reacciones de alarma y episodios de agresividad explosiva.

La fijación no solo se limita a elementos que estuvieron presentes en la situación problemática, debido a que este estado de alerta se tiende a reaccionar de igual forma ante cualquier estímulo que se asocie o sea similar al experimentado. Por lo que al mero hecho de identificar alguno de estos bajo cualquier contexto se suelen volver a repetir parte o la totalidad de los síntomas vinculados al acontecimiento, provocando cuadros de angustia ante este hecho doloroso.

Al estar constantemente expuesto a lo largo del tiempo a este estado de alerta puede evolucionar progresivamente bloqueando la expresión de emociones, inhibición conductual y desdiferenciación de los sentimientos.

En 1966, Otto Fenichel continúa desarrollando la concepción de neurosis traumática propuesta por Freud. Y la define de la siguiente forma:

*“La Neurosis traumática se produce como una falla en la función básica del aparato psíquico, que en su labor de reestablecer la estabilidad perturbada por estímulos internos o externos se ve sobrepasada”.*

Desde perspectiva se formula que el Yo ha sido creado con la finalidad de evitar los estados traumáticos. Su función de procesar estímulos es facilitada por la capacidad de anticipar en la fantasía los hechos para así prepararse. Los hechos no anticipados son experimentados de manera más violenta. Las probabilidades de ocurrencia de un efecto traumático se encuentran en directa relación con su carácter de imprevisto.

Los niveles de exaltación no controlados, agudos u originados crónicamente, ponen en marcha intentos arcaicos y patológicos de procesamiento. Creando así un sistema de descarga de emergencia.

Los síntomas descritos en la neurosis traumática se agrupan en categorías de acuerdo a su funcionamiento:

a) Bloqueo o disminución de las funciones del Yo: Toda la energía yoica queda absorbida por la labor de procesar lo acontecido.

El bloqueo de la percepción y apercepción actúan también para impedir el flujo de exaltación nuevas. Un ejemplo de esta puede ser debilitación de la sexualidad, por desvió de su energía, falta de deseo impotencia dentro de las más relevantes.

Adicionalmente se presentan fenómenos regresivos producto de que la baja energía es utilizada por satisfacer las necesidades básicas, esta reacción puede verse acompañada de una actitud desvalimiento y dependencia hacia otra persona. En un niño esto se puede ver manifestado en comportamientos regresivos a su etapa de desarrollo Ej. Chuparse el dedo, voz de guagua, usar mamadera o tratar de volver a dormir con los padres.

b) Ataques emocionales: Se producen descargas de emergencia de origen arcaico e involuntario, en ocasiones se vincula con la situación problemática o la experiencia pre-trauma de la persona. Por lo que la persona se puede mostrar ansiosa, sensible, impotente o con ganas de gritar o llorar.

c) Perturbaciones al dormir y síntomas de repetición: Suele presentarse como una repetición del trauma durante el sueño, con la finalidad asimilar y tener el dominio de vivencia.

Lo anterior no solo se limita al sueño también se puede manifestar a modo de un recuerdo constante y molesto, esto se puede reflejar también por medio de un tic nervioso que emula la reacción que se tuvo en el momento o lo que se deseo tener al respecto.

d) Complicaciones Psiconeuróticas: Este hace referencia a la predisposición de la persona para padecer de una psiconeurosis. En este tipo de personas existe un empobrecimiento del Yo o una hipersensibilidad que facilita que estímulos de bajo nivel de estrés desencadenen un cuadro traumático.

La perturbación que se produce puede movilizar el funcionamiento del individuo producto de la disfunción traumática y con ello pueden surgir miedos experimentados en

etapas anteriores como de inseguridad de si mismo, desapego, conflictos infantiles inconclusos, vinculación ansiosa dentro de los más relevantes.

Yule (1994), complemento la teoría desarrollada del trauma, mediante el postulado de estímulo estresor. Esta afirmación hace mención a la existencia de un estímulo dentro del ambiente que genera agobio en la persona, a lo que agrego que este factor se encontraba a la base de esta patología, ya que generaba las condiciones necesarias para producir un posible trauma.

Posteriormente amplio el concepto de estímulo a estrés, en esto último integro los siguientes cuatro elementos:

- 1) *La presencia de un suceso “estresor”.*
- 2) *Este acontecimiento es capaz de modificar el equilibrio psicológico y fisiológico del organismo.*
- 3) *El desequilibrio se manifiesta por un estado de activación marcada con consecuencias neuropsicológicas, cognitivas y emocionales para el individuo.*
- 4) *Los cambios afectan la adaptación del individuo.*

*Si bien el evento traumático posee estas características objetivas, la respuesta individual dependerá de cómo subjetivamente se perciba la amenaza. (Yule, 1994)*

Debido a las diferencias que se producen en cada persona con respecto al como viven al mismo estímulo o trauma estresor, es difícil el poder determinar como será la reacción general que tendrá un niño ante un suceso de trauma en particular. De ahí radica el énfasis que le da la literatura actual a las estrategias de afrontamiento como primer mecanismo de prevención y urgencia ante este tipo de problemáticas.

La sintomatología asociada a un trastorno de estrés postraumático en el área infanto-juvenil suele presentarse mediante la reexperimentación del suceso traumático a través de pensamientos, recuerdo o sueños desagradables de carácter invasor.

Los sueños suelen vivirse de manera concreta al trauma vivido o pueden mezclarse con miedos comunes. Ej.: Monstruos, oscuridad, etc.

El contenido del sueño suele asociarse al daño o peligro de muerte hacia su persona o algún ser cercano. A consecuencia de esto suele presentarse un patrón conductual en el cual los niños no quieren dormir solos.

En otras ocasiones el niño revive la fantasía buscando formas posibles de haber modificado lo ocurrido de haber evitado o incluso haber protegido a los demás del daño. Este síntoma suele ser de mucha utilidad en la catarsis que se realiza durante el psicodrama, ya que el niño presenta una disposición hacia cambiar lo vivido en su mente, por lo que mediante una adecuada facilitación se puede llevar a un espacio terapéutico.

En el juego también pueden verse rasgos de la situación traumática, al ser una forma de revivir inconscientemente el suceso estresor, dentro de este se pueden dar comportamientos que no son considerados como normativos o que no corresponden a la etapa de desarrollo a la cual se encuentran Ej. Aislamiento, agresividad excesiva, conducta sexualizada, hipersensibilidad, inestabilidad emocional entre las más importantes.

Por otro lado Amanda Céspedes (2010), señala que todas las personas tienen recursos internos para poder lidiar con estas situaciones de estrés que se presentan. Estas facultades se presentan en cada persona en diverso grado y dependerán de la edad, género, nivel de resiliencia y de la severidad de la situación límite vivida.

Este tipo de cambios experimentados por el sistema de respuesta al estrés pueden verse sobrepasado en gran medida, originando un conjunto síntomas y comportamientos que pueden derivar en un estrés post traumático. Esto último aparece como consecuencia de un suceso en el cual la persona experimenta directamente o testigo de un evento que implica riesgo de daño a su integridad física o de terceros, esto suceso generalmente se vive con una sensación intensa de miedo, desamparo o terror.

Lo anterior repercute a nivel psicológico y neurológico, ya que por un lado provoca un remesón significativo a nivel personal, dejando a la persona con una inestabilidad emocional que repercute fuertemente en las relaciones interpersonales y no le permite llevar una vida cotidiana a la acostumbrada, refiere a esto a la situación de la persona antes de la situación traumática.

### ***El trauma desde un enfoque Conductista y Cognitivo.***

Desde un punto de vista más conductual el trauma se explica por la teoría bifactorial de aprendizaje de Mowrer, quien postuló que el factor responsable de la adquisición de las emociones aversivas esta dado por mecanismos de condicionamiento clásico. El segundo factor es la respuesta por evitación o escape del individuo ante estímulos asociados con el suceso traumático. Siendo los síntomas del TEPT resultado del condicionamiento clásico (Keane, Zimering y Caddell, 1985).

La generalización y el condicionamiento de segundo orden explican por qué otros estímulos previamente neutros, provocan también respuestas de escape y evitación.

Desde una perspectiva puramente cognitiva, se han propuesto modelos constructivos narrativos o basados en esquemas. El primero se basa en la noción de que la persona construye activamente su realidad personal, la cual influye sobre su percepción de lo que ocurre. De acuerdo con esta, la forma en que la victima del TEPT construye sus explicaciones determina y afecta su forma de afrontamiento

Por otro parte la explicación basada en los esquemas propone que la experiencia de un suceso traumático produce un cambio permanente de perspectiva vital del individuo, promoviendo creencias de que los acontecimientos vitales son aleatorios, incontrolables e imprevisibles (Meichenbaum y Fitzpatrick, 1990).

En referencia a lo anterior nos encontramos con la teoría de indefensión aprendida de Seligman (1989), quien describe los factores relacionados con el

sentimiento de desesperanza que rodea a la persona producto de una situación desagradable de la cual no puede controlar.

Seligman mediante los experimentos que realizo con la aplicación de corriente de forma aleatoria a dos perros enjaulados durante varios días, observo que después de varios intentos o comportamientos de defensa y evitación de la situación por parte de los caninos, las respuestas iban disminuyendo progresivamente hasta llegar un punto donde la conducta se extinguía completamente. Adicionalmente agrego que estos resultados eran aplicables a cualquier organismo vivo, ya sea animal o humano, producto de que estos dos tienen acceso a la información contingente<sup>4</sup>. También agrego en este punto que las respuestas que le preceden a la situación o comportamiento son independientes al estímulo, ya que esta no esta dada por una relación de causa- efecto. El segundo punto contempla la representación que dicho organismo se hace de lo acontecido, esto supone haber procesado y transformado lo información anterior en un representación cognitiva. Este proceso lo definió como “expectativa”, a la cual describió como la anticipación cognitiva de lo que quizá pueda suceder. En la indefensión estas expectativas suelen ser negativas o pesimistas, influyendo de manera significativa en el debilitamiento motivacional, cognitivo y emocional.

El tercer punto hace referencia a la conducta realizada, sea esta la inhibición (indefensión) o la que logra lidiar y controlar la contingencia.

Como consideración adicional este autor menciona que hay ciertos acontecimientos que escapan al control de la persona, dejándolos indefensos. Dentro de estas situaciones se encuentran las catástrofes naturales, una guerra y la muerte principalmente.

Seligman (1989), también señala que lo efectos de indefensión repercute en las siguientes áreas:

- a) Motivación: Esta disminuye producto de las expectativas negativas que se tienen con respecto a vivir la misma situación desagradable. Por ende el número de

---

<sup>4</sup> Es la posibilidad o riesgo de que suceda algo.

respuestas que se puedan generar ante alguna situación similar disminuye considerablemente o simplemente desaparece.

- b) **Cognitivo:** La capacidad para aprender queda disminuida, producto de las dificultades que presenta la persona para poder cambiar el comportamiento que se vio superado por la situación traumática, viéndose complicada la opción de aprender un nuevo comportamiento que se adapte de manera óptima a la problemática, además de poder modificar la representación negativa que se tiene en post de una más positiva.
- c) **Perturbaciones emocionales:** Ante un acontecimiento traumático el principal sentimiento que se experimenta está asociado al miedo. Por ende la persona tiende a evitar cualquier situación que le recuerde el acontecimiento sufrido o se autoconvence que no posee los recursos necesarios para lidiar con la situación, abandonando toda posibilidad de volver a intentarlo, producto de la sensación de incompetencia que vive.

### ***La Desensibilización Sistemática como técnica para abordar situaciones traumáticas.***

La Desensibilización sistemática es una técnica creada por Joseph Wolpe (1958), para tratar los temores irracionales y las ansiedades que se pueden experimentar ante algún estímulo aversivo. Esta metodología de intervención se encuentra sustentada desde el modelo cognitivo- conductual, en el cual se postula que los temores son producidos por condicionamiento clásico, a lo cual se puede contrarrestar esta sintomatología patológica mediante el contracondicionamiento. Desde esta perspectiva afirmo que es imposible que la persona pueda experimentar temor y relajación al mismo tiempo, por ende si se le enseñaba a la gente a estar relajada en situaciones de ansiedad y tensión, disminuiría su ansiedad.

Esto opera a través de la asociación de un estímulo desagradable con otro que provoque relajación.

La metodología de intervención con el paciente contempla principalmente las siguientes etapas:

- 1) Implementar ejercicios de relajación en el paciente a través de ejercicios de elongación, respiración, imaginación entre otros.
- 2) Que la persona realice una descripción detallada de la situación traumática, con el objetivo de ir evaluando el contexto en el cual se origino la problemática, esto adquiere gran relevancia en los siguientes pasos que involucran simular este episodio.
- 3) Se le pide que a la persona que elabore una lista, jerarquizando 10 escenarios que le provoquen ansiedad, esto tiene que relacionarse con el objeto o situación fóbica. Después de esto se le pide que ordene estos escenarios de mayor a menor sensación de temor que experimente con cada una de estas. Por ejemplo: Miedo a las arañas, miedo a ver un araña en la televisión, un araña plástico, etc.
- 4) Para finalizar se procede a la exposición gradual a las escenas fóbicas que jerarquizado el paciente en el punto anterior, con la finalidad de ir interactuando con la situación temida en una escala progresiva que contemple de menor a mayor grado de ansiedad experimentada con la problemática de trabajo.

La desensibilización sistemática es una metodología muy práctica para implementar en el tratamiento de fobias, debido a que se prepara a la persona para que pueda enfrentar el miedo experimentado mediante el entrenamiento continuo que implica la exposición gradual, esto también conlleva que la persona pueda irse familiarizando con el estímulo experimentado como desagradable, al punto de erradicar el miedo producido por la inhibición de las sensaciones ansiógenas. Adicionalmente se le enseña a la persona ejercicios de relajación con la finalidad de implementar en ellas un mecanismo que les permita tomar el control de su cuerpo.

La desensibilización sistemática no solo contempla el ejercicio de exposición directa, ya que existen otras modalidades como la imaginación, el role playing, la simulación del

episodio traumático dentro de los más relevantes. La elección de una en especial va depender del contexto de la problemática, las capacidades de la persona y la experticia que tenga el terapeuta con respecto a un recurso en particular. Todo esto en post de lograr un mayor desempeño de la persona en el proceso terapéutico y facilitar el cambio significativo en esta.

### ***Inclusión del Trastorno de Estrés Post Traumático al DSM III***

La descripción que logro Kardiner (1941), en el estudio de la neurosis traumática en veteranos de la Segunda Guerra Mundial no fue suficiente para considerarlo como una categoría del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM). Sin embargo durante la década de 1970 se produjeron avances en dos ámbitos que resultarían determinante para la inclusión. Esto fue por un lado la descripción psicopatológica de Ann Burgess y Linda Holstrom (1974), con respecto al estudio de mujeres que habían sido víctima de violación. En esta investigación destacaron que las terribles pesadillas y flashbacks que experimentaban la población de estudio eran parecidos a los sufridos por los soldados expuestos al combate. El retorno de los soldados que prestaron servicio militar en la Guerra de Vietnam fue otro factor importante en este proceso, debido a que un gran número de combatientes comenzó a presentar una sintomatología asociada a la neurosis traumática, esto llevó a retomar los estudios desarrollados por Kardiner.

Con el correr de la década estos estudios se pudieron ampliar al contexto de mujeres y niños maltratados, los síntomas experimentados por esta población de estudio eran similares a lo presentados en mujeres víctima de violación y veteranos de guerra. Al concluir que la sintomatología asociada a la experiencia traumática contempla una diversidad de casos clínicos. La Asociación de Americana de Psiquiatría (APA) dictaminó que esta patología cumplía con los requisitos necesarios para considerarla como un trastorno mental.

### ***Criterio diagnóstico del Trastorno de Estrés Post Traumático en el DSM IV.***

En la actualidad el DSM IV define el acontecimiento traumático de la siguiente forma:

*“Un acontecimiento traumático es un suceso que es vivido como aterrador, con un medio intenso, horror y sensación de impotencia, de que no hay nada que se pueda hacer para escapar o evitarlo. Por lo que la mayor parte de las personas expuestas a un suceso traumático desarrollan síntomas típicos de TEPT, durante un periodo posterior al suceso.”*

Desde el DSM IV se define como la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física; el individuo es testigo de un acontecimiento donde se producen muertes, heridos, o existe una amenaza para la vida de otras personas; o bien el individuo conoce a través de un familiar o cualquier otra persona cercana acontecimientos que implican muertes inesperadas o violentas, daño serio o peligro de muerte o heridas graves.

Criterios Diagnóstico del DSM IV:

- A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que se ha presentado lo siguiente:
  1. la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
  2. la persona ha respondido con temor, desesperanza u horror intensos. En los niños estas respuestas pueden expresarse mediante comportamientos desestructurados o agitados.

B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una o más de las siguientes formas:

1. recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.
2. sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento. En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.
3. el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo. Se incluyen la sensación de revivir la experiencia, ilusiones, alucinaciones y flashbacks. Los niños pequeños pueden reesignificar el acontecimiento traumático específico.
4. malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
5. respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo, tal y como indican tres o más de los siguientes síntomas:

1. esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
2. esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.
3. incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.

4. reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.
5. sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
6. restricción de la vida afectiva.
7. sensación de un futuro desolador, pesimismo.

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación, tal y como indican dos o más de los siguientes síntomas:

1. insomnio de conciliación o de mantenimiento.
2. irritabilidad.
3. dificultades para concentrarse.
4. hipervigilancia.
5. sobresaltos.

E. La duración de la alteración (los síntomas de los criterios B, C Y D) es superior al mes.

F. La alteración causa un deterioro o malestar clínicamente significativo en el funcionamiento social, laboral o de otras áreas importantes de la vida del sujeto.

Se debe especificar si el tipo es:

Agudo: Cuando la duración de los síntomas es inferior a tres meses.

Crónico: Cuando la duración de los síntomas es igual o superior a tres meses.

En el siguiente recuadro se agrupan los síntomas de acuerdo a las categorías de reexperimentación, evitación y aumento de activación.

Síntomas y características del TEPT.		
Reexperimentación	Evitación	Aumento Activación
Recuerdos: Imágenes, Pensamientos, percepciones y juegos repetitivos.	Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso.	Dificultades para conciliar o mantener el sueño.
Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento o sueños terroríficos de contenido irreconocible.	Esfuerzo para evitar actividades, lugares o personas que recuerdan al trauma.	Irritabilidad o ataques de ira.
Sensación de que el acontecimiento está ocurriendo de nuevo: revivir la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback o escenificación.	Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.	Dificultades para concentrarse.
Malestar psicológico de exponerse a estímulos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento.	Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.	Hipervigilia.
Respuesta fisiológica ante estímulos que lo simbolizan o recuerden.	Sensación de desapego o enajenación frente los demás.	Respuestas exageradas de sobresalto.
	Restricción de la vida afectiva.	
	Sensación de un futuro desolador,	

Al ir analizando las diferentes teorías ligadas al trauma que se han ido desarrollado a lo largo de los años por diferentes autores, existe un punto en el cual nadie difiere o cuestiona, debido a su capacidad para clarificar la problemática. Este último hace referencia a la situación traumática como un estímulo que sobrepasa el mecanismo de la psiquis mental individual, en su labor de procesar la información captada, provocando así alteraciones mentales que afectan el normal funcionamiento de la persona. Lo siguiente corresponde conocer la naturaleza de la vivencia que provoco la inestabilidad emocional de la persona, en ese sentido surgen una serie de mecanismos desde la regresiones e hipnosis realizadas por Freud a sus pacientes, otras técnicas que se

centran en reconstruir la situación mediante la narración de la persona y técnicas que mediante la representación corporal de la situación buscan tratar de revivir el episodio con la mayor cantidad de elementos presentes en este, con el objetivo de hacer el recuerdo más real.

Pierre Janet (1929), siguiendo esta línea complementa que al haber un estímulo que sea provocador de angustia, miedo o dolor psíquico se está en condiciones de desencadenar un posible trauma que va actuar como un agente extraño para el organismo. Y ante esto hay que crear una instancia para dar salida verbal a la situación y al afecto asociado, para ello se recurrió a la catarsis utilizada en el antiguo teatro griego creando así todo un sistema para facilitar la cura.

Breuer (1882), en estudios anteriores ya había visualizado las propiedades que contemplaban el verbalizar los acontecimientos y emociones relacionadas con la situación problemática, ya que mediante esto iban disminuyendo progresivamente los síntomas, descubriendo así todo un método que posteriormente desarrollaron Freud y Pierre Janet en años posteriores.

La importancia de esta técnica radica en que se crea una instancia para que la persona en un primer momento recree todo el evento que ha sido reprimido con la finalidad de tratar expresar detalladamente lo acontecido, a causa de no saber como reaccionar y verse desbordado por lo acontecido, dando así salida al significado de la situación. A partir de lo que propone Breuer se busca darle una nueva oportunidad a la persona para que pueda asimilar la situación traumática, resignificándola de una manera más sana y poder así procesarla dentro de la psiquis mental. Todo esto bajo un contexto terapéutico seguro gestionado por el facilitador a cargo.

### ***La reacción de la persona frente a una situación traumática.***

*Si bien el evento traumático posee estas características objetivas, la respuesta individual dependerá de cómo subjetivamente se perciba la amenaza. (Bobes, Bousoño, Calcedo & Gonzalez, 2000)*

Debido a las diferencias que se producen en cada persona con respecto al como viven al mismo estímulo o trauma estresor, es difícil el poder determinar como será la reacción general que tendrá un niño ante un suceso de trauma en particular. De ahí radica el énfasis que le da la literatura actual a las estrategias de afrontamiento como primer mecanismo de prevención y urgencia ante este tipo de problemáticas.

La sintomatología asociada a un trastorno de estrés postraumático en el área infanto-juvenil suele presentarse mediante la reexperimentación del suceso traumático a través de pensamientos, recuerdo o sueños desagradables de carácter invasor.

Los sueños suelen vivirse de manera concreta al trauma vivido o pueden mezclarse con miedos comunes. Ej.: Monstruos, oscuridad, etc.

El contenido del sueño suele asociarse al daño o peligro de muerte hacia su persona o algún ser cercano. A consecuencia de esto suele presentarse un patrón conductual en el cual los niños no quieren dormir solos.

En otras ocasiones el niño revive la fantasía buscando formas posibles de haber modificado lo ocurrido de haber evitado o incluso haber protegido a los demás del daño. Este síntoma suele ser de mucha utilidad en la catarsis que se realiza durante el psicodrama, ya que el niño presenta una disposición hacia cambiar lo vivido en su mente, por lo que mediante una adecuada facilitación se puede llevar a un espacio terapéutico.

En el juego también pueden verse rasgos de la situación traumática, al ser una forma de revivir inconscientemente el suceso estresor, dentro de este se pueden dar comportamientos que no son considerados como normativos o que no corresponden a la etapa de desarrollo a la cual se encuentran Ej. Aislamiento, agresividad excesiva, conducta sexualizada, hipersensibilidad, inestabilidad emocional entre las más importantes.

Rothbaum, Weisz y Snyder (1982) determina tres tipos de estrategias de control que las personas ponen en marcha ante una situación estresante:

a) Estrategias de control primario: La persona se esfuerza por hacerle frente a la situación, afrontando lo que sucedió con sus propias capacidades, con la finalidad de cambiar o modificar el ambiente percibido como amenazante.

b) Estrategias de control secundario: El individuo se ve incapacitado para cambiar la situación estresante que se presenta, por lo que se acomoda al entorno normalizando el episodio como parte de la dinámica de interacción.

En algunas excepciones donde los episodios escapan a la participación de la persona como lo puede ser la muerte de un familiar, esto se puede considerar como un indicador positivo de adaptación.

c) Estrategias de abandono de control: Se considera al abandono por parte de la persona de realizar alguna estrategia de afrontamiento, por lo que al verse sometido nuevamente a la situación de estrés puede reaccionar de manera pasiva o derechamente se renuncia a la posibilidad de hacer algo.

En niños que poseen mecanismos de defensas más elaborados se suele suplir el abandono de control con estrategias de evitación que se activan al percibir una estímulo considerado como amenazante.

### ***El Discurso de lo Traumático.***

Los autores Moty Benyakar & Álvaro Lezica (2006), en su libro “Lo traumático: Clínica y Paradoja” describieron tres propiedades ligadas al discurso que se emplea desde lo traumático. Estas son:

a) El relato en lo traumático: Si todo proceso terapéutico conlleva características propias, las singularidades que aparecen entorno a lo que recuerda o se trasmite en el periodo postraumático convierten este discurso narrativo en un género particular y de estudio.

Esto es de gran relevancia debido a que nos permite comprender la estructura del discurso que emplea la persona para explicar lo sucedido, teniendo en cuenta que la persona presenta dificultades para describir este episodio, el foco atención se centrara en la interpretación que realice de las sensaciones y emociones que experimento, además del contenido y la utilización que designe a cada palabra.

b) Afecto y relato: Aulagnier (1977), postula que existen dos tipos de palabras en una terapia, las fundamentales y las vacías.

Las fundamentales son aquellas que expresan los afectos en su estado de elaboración, es decir a las emociones, sensaciones o sentimientos. En la disfunción producida por la patología se produce una dificultad para acceder a estas.

Las vacías son las que funcionan de forma operativa, es decir se utiliza para comunicar algo, lograr el efecto que se pretendía o como herramienta para intercambiar información. Estas en ninguna medida implican un medio de expresión de sentimientos.

c) El relato proarticulador: Es una expresión de lo traumático, en el cual se busca a modo de relato el poder explicar una situación que es difícil de graficar con palabras, para lograr este objetivo se recurre a la figura del psicólogo como facilitador de esta construcción de relato.

El motor para realizar este relato será, aportado principalmente por fuerza intrapsíquica que pretende restaurar la capacidad de elaboración o metabolización psíquica. Es por esto que el discurso que se formula desde la temática de trauma se configura a partir de los síntomas asociados a la repetición de la vivencia, producto del esfuerzo que ejerce la mente de manera automática para procesar y asimilar el suceso problemático.

Todo esto permitirá resolver las interrogantes que esta forma de relato nos formula, estas pueden evocar la proveniencia del fenómeno, la fuerza que contempla, cual es el origen y su función.

Este tipo de articulación del relato también puede tener efectos negativos en la persona si no procede de una forma eficiente se puede pasar de exponer al sujeto a la repetición permanente del hecho o un vivenciar permanente. Desde un ángulo complementario se determina que ante casos de mayor complejidad se efectuó la creación del relato mediante el drama, ya que permite al sujeto liberar la energía interna que demanda los afectos comprimidos, permitiendo lograr la tranquilidad del sujeto, disminuir la angustia y el dolor psíquico sufrido.

***Consecuencias que conlleva el no tratarse la situación de trauma.***

El estrés postraumático (TEPT) no solo trae consecuencias en la calidad de vida de las personas si no que también se ven afectadas otras áreas como el sentido de alerta que se desarrollo en párrafos anteriores. El procesamiento de información es otro que se afectado por los sintomatología de esta patología, las alteraciones que se producen se relacionan con la dificultades que experimenta las personas de formular ideas que impliquen el ejercicio de causalidades o eventos al interior de su mente.

Los seres humanos solemos analizar las consecuencias de cada curso posible de acción y para ello se utiliza la fantasía, aunque sea para una tarea de tipo aritmético, las barreras mentales que se levantan en post de defenderse de todo esos fenómenos intrusos se puede venir abajo al tratar de realizar el ejercicio, esto se debe principalmente por la fuerza que realiza la psiquis mental para defenderse y bloquear la entrada de nuevos estimulo asociados al trauma.

Las complicaciones sufridas no solo abarcan tanto a adultos como niños, además conlleva grandes dificultades de adaptación.

Otras alteraciones al funcionamiento normal del organismo son:

a) La percepción: Pitman (1993), determino que con el correr del tiempo los daños producidos por la situación traumática aumentaban, esto sumado al fenómeno de generalización se va volviendo un problema cada vez más agobiante, debido a que la

asociación del estímulo estresor cada vez se hace más amplia por lo que elementos irrelevantes que no guardan relación alguna con la problemática pueden convertirse en recordatorios de la experiencias traumática y desencadenar todo los síntomas que esto implica.

La alteración a la percepción produce que el sujeto centre toda la atención preferentemente en elementos ligados al trauma en desmedro de lo otros estímulos del entorno.

b) La Verbalización: Yehuda (2000), señala que es característico que las personas que afectadas por TEPT tengan serias dificultades a la hora de explicar la situación traumática que vivieron. Por lo que es común que los individuos se refieran al acontecimiento como al terrible que les sucedió, describiendo el episodio desde la angustia o terror que experimentaron, siendo incapaces de formular un relato mínimamente estructurado del acontecimiento. Esto puede ser causado por el bloqueo funcional de una parte del cerebro relacionada con el lenguaje especialmente en el área de Broca, en algunos casos se ha llegado hablar incluso de amnesia por el escaso y difuso recuerdo que se tiene al respecto. Esto último suele darse en contextos en los cuales se ha experimentado un nivel de terror y angustia elevado, en la población infantil puede darse con mayor frecuencia debido a los mecanismos de defensa desplegados a través de la fantasía y negación de lo vivido.

c) Cambios permanentes en la personalidad: Vander der Kolk (1996), afirmo que las personas al tener que afrontar situaciones de violencia y de riesgo extremo, comienzan a cuestionarse la concepción que tienen con respecto al mundo. Esto se debe principalmente por la concepción de mundo seguro que se tiene dentro de la esfera de niños normativos, ya que los padres o la presencia de una figura adulta significativa se encargan desde temprana edad de evitar situaciones de ansiedad o miedo a los pueden verse expuesto los infantes. Es por ello que dentro de la vida cotidiana la persona no se cuestiona constantemente los eventos negativos que le pueden surgir de manera imprevista. Sin embargo cuando la persona se ve expuesta a una situación traumática

esta concepción de seguridad se desmorona, dando paso así a la desconfianza y el medio. El análisis que se haga de este fenómeno debe tener como punto de partida la edad evolutiva de la persona teniendo en cuenta los miedos normativos de cada fase, además de tener en consideración que mientras más temprano aparezca el acontecimiento traumático mayor es la probabilidad de tendrá de influir en el desarrollo de la personalidad.

En relación a lo anterior se han observado cambios en lo corresponde al sentimiento de culpa que sienten los individuos de haber vivido una experiencia traumatizadora, esto funciona como mecanismo de defensa mediante el cual el individuo intenta volver a la ilusión del mundo como algo tranquilo y seguro. En niños la culpa que desarrollan es aun mayor, sobre todo en casos de maltrato, esto se debe a que ellos necesitan aferrarse a una figura parental como alguien bueno para poder afrontar la intensidad del miedo y cólera que siente ante esta realidad.

Otro sentimiento que se suele dar ante este tipo de acontecimientos es la decepción de haberse fallado así mismo y la respuesta habitual para este tipo de casos es la vergüenza. Esta acompañada de situaciones de violación, maltrato o tortura es tan fuerte que con frecuencia suele disociarse.

Las personas no suelen darse cuenta de este tipo factores debido a la activación interna del mecanismo de defensa de negación.

La sensación de vergüenza suele influir en el patrón de interacción que tiene con el medio social, por ende hay que considerar la sensibilidad hacia este sentimiento y verificar la existencias de otros, debido a que estos mecanismos son muy importantes en el proceso de adaptación.

### ***Situación de trauma en el área Infanto- Juvenil.***

El autor Carlos Mingote (2008), plantea que los jóvenes que han sufrido algún tipo de trauma, como el abuso físico o psicológico sumado al correr de los años no

mitigan la severidad de los síntomas ni la necesidad de tratamiento e inclusive los vuelve más resistentes frente otro tipo de abusos posteriores, como si lo resistiesen o pudieran convivir con este tipo de situaciones durante más tiempo. Por lo que tienen a normalizar la situación o minimizar los efectos producidos por vergüenza o por miedo que los responsabilicen por lo ocurrido con la falsa idea de controlar lo que les pasa.

Este tipo de trauma suele tener consecuencias posteriores en los sujetos, debido a que suele aumentar el riesgo de trastornos alimenticios, problemas para dormir y genere rabia contra si mismos, además de mostrarse más predispuestos a padecer de síntomas depresivos, ansiosos y quejas somáticas.

### ***El trauma en niños institucionalizados.***

La escritora Margarita Muñoz A. (2007), desde su experiencia como profesional de logopeda<sup>5</sup> y madre adoptiva formula en su libro “Cuando los niños no viene de Paris”, una descripción muy interesante en lo que confiere a la sintomatología de trauma asociada a niños institucionalizados.

Desde esta perspectiva se señala que la situación de abandono en niños de internados afecta en el vínculo que la persona pueda establecer a nivel interpersonal. Esto sumado al contexto de negligencia emocional, desapego, malos tratos, situación de abuso, el paso por varias instituciones y lo que implica el cambio de cuidadores o profesionales agravara los síntomas negativos. Por ende al no tener la instancia apropiada para desarrollar espontáneamente una relación normativa y saludable se requiere de la intervención profesional para establecer patrones de relación que en etapa de desarrollo anteriores no se establecieron.

Respecto de los síntomas asociados a la experiencia traumática los categoriza de la siguiente forma:

---

<sup>5</sup> Profesión y especialidad que trata los trastornos de la voz, audición, del lenguaje oral o escrito y la adaptación de los pacientes que la padecen.

1) Dificultad en aceptar o buscar afecto o contacto físico: Presentan dificultades en experimentar sentimientos de amor, se muestran incómodos ante expresiones corporales de afecto, evitan el contacto visual desviando la mirada hacia un punto fijo. Y se muestran en ocasiones indiscriminadamente cariños con gente extraña.

El malestar hacia el contacto físico podría ser también un síntoma de disfunción de la integración Sensorial, que es frecuente en niños institucionalizados, por lo es importante discernir su origen.

2) Falta de control: Esto se origina por el miedo que tienen de volver a sentirse indefensos como en etapas anteriores de desarrollo. Es por esto que tienden a presentar un carácter fuerte, desafiante, dominante, impulsivo, instrumentalizan las relaciones, les cuesta respetar las normas y se muestran disconformes. Otro rasgo a considerar son las dificultades que tienen de empatizar con los demás.

3) Escaso control de sentimientos conflictivos: Tienen problemas en controlar los sentimientos de ira o rabia, debido a la poca tolerancia a la frustración que poseen. En consecuencia a esto descargan agresivamente este sentimiento con los demás o pueden buscar enfadar a otras personas con provocaciones u hostigamiento.

4) Ausencia de culpabilidad: Ante algún error cometido no manifiestan arrepentimiento o responsabilidad al respecto. En casos de mayor complejidad recurren a la mentira y negación de lo sucedido.

También pueden desarrollar conductas desadaptativa como la atracción o manipulación del fuego, el hurto, el maltrato animal en otros.

5) Desconfianza generalizada: Les cuesta confiar en las personas y a su vez estos generan desconfianza por las constantes mentiras que ejecutan.

Otros síntomas relevantes guardan relación con cuadros de ansiedad, problemas de aprendizaje y una alta tolerancia al dolor.

En general se puede afirmar desde esta teoría que la situación de trauma se puede ver manifestada en los niños en dos modalidades. La primera guarda relación con un sujeto irascible, que lloran constantemente, se muestran impulsivos e inquietos. Por otro están los que se muestran tranquilos, la personalidad de estos tiende a ser muy introvertida, ya que no protestan por nada se reservan lo que sienten y se muestran autónomos, en este último a veces se corre el riesgo de ser menos visible el problema.

### ***Maltrato infantil asociado al TETP.***

Marty y Carvajal (2005), señalaron que existen factores que predisponen a una persona para que puedan desarrollar un Trastorno de Estrés Postraumático. Entre lo que destacan:

- Factores demográficos como el nivel de educación, ingresos y sector social.
- Trastornos psiquiátricos y de personalidad como lo pueden ser los trastornos afectivos, ansiosos, abuso de sustancias, personalidades introvertidas, antisociales o neuróticas.
- Factores cognitivos como el bajo nivel intelectual y Trastornos de aprendizaje.
- Exposición previa a sucesos traumáticos especialmente a edad temprana y relacionada con episodios de maltrato infantil.

Respecto a esta última se señala que el Maltrato Infantil está dado por la conducta, comportamiento o discurso adulto que transgreda los derechos del niño promulgada por la Organización de las Naciones Unidas (ONU).

Estos derechos son adoptados legalmente en Chile por los tribunales de familia para velar por integridad física y psicológica de los niños de la nación. Por su parte el organismo encargado de restablecer los derechos vulnerados en los niños es el servicio nacional de menores (Sename).

Desde esta perspectiva de protección hacia la población infanto- juvenil, se establece que existen los siguientes tipos de maltratos:

- a) El abuso sexual: Se define como cualquier tipo de actividad sexual con un niño o niña en la cual el agresor está en una posición de poder y el niño se ve involucrado en actos sexuales que no es capaz de comprender o detener.
- b) El maltrato físico: Es toda acción no accidental, por parte de un adulto, que provoque daño físico, lesión o enfermedad en el niño (es siempre activo).
- c) El maltrato emocional: Se expresa por medio de insultos, críticas permanentes, ridiculizaciones, rechazo, amenazas, constantes bloqueos de las iniciativas de los niños.
- d) Negligencia en el cuidado: Se refiere a situaciones en que los padres u otro familiar no brindan la protección necesaria para que los niños puedan tener un sano desarrollo.
- e) Abandono: Los padres o familiares se desentienden del cuidado del niño, dejándolo solo y desprovisto de satisfacer sus necesidades afectivas, vitales y de protección.

La autora Sepúlveda A. (2006), desde su experiencia en la mediación familiar señala que los niños testigos de violencia hacia sus madres se encuentran más propensos a desarrollar un trauma crónico.

Estos episodios pueden ir desde maltrato psicológico, físico e incluso en el homicidio de figura materna en presencia del hijo.

Esta experiencia traumática conlleva serias consecuencias para la salud mental de niño, produciendo una sensación de indefensión hacia el ambiente, sentimiento bajo el cual funcionan la mayoría de los individuos para desenvolverse en su vida cotidiana, sin tener que estar constantemente preocupado por los peligros o riesgos que se pueden desencadenar.

Se considera adicionalmente que los individuos que son testigos de maltrato hacia su madre, también son víctimas de esa violencia. La pérdida de esta figura significativa es todavía más desequilibrante, ya que afecta a un componente absolutamente necesario

para el adecuado desarrollo de la personalidad del menor, otorgándole sentimiento de confianza y seguridad en el mundo o personas que lo rodean. Este hecho reviste especial severidad cuando el agresor es su propio padre, por ser considerado generalmente como la figura central de referencia para el niño sumado a un posible episodio de violencia llevado a cabo en el propio hogar, lugar de refugio y protección. Se produce la destrucción de las bases de su seguridad del niño, quedando así a merced de sentimientos como la indefensión, el miedo o la preocupación ante la posibilidad de que la experiencia traumática pueda repetirse, todo lo cual se asocia a una ansiedad que puede llegar a ser paralizante.

***Como contribuir al proceso de curación del trauma infantil desde la autosuficiencia.***

Dentro del proceso terapéutico infantil hay que tener en consideración que si bien la persona se encuentra recibiendo tratamiento por la patología desarrollada no hay que dejar de descuidar la propia vida social del sujeto, esto se debe a la presencia de factores que pueden contribuir o dificultar la sanación de la persona.

El primero de ellos hace referencia a determinar el grado de participación de las figuras significativas entorno a la temática de trauma, esto último se puede utilizar de manera positiva, ya que se puede facilitar una red de apoyo que facilite los progresos. Este tipo de respaldo tiene que caracterizarse por transmitir confianza en el individuo para que pueda afrontar la situación con las competencias desarrolladas en terapia. De no ser así la participación de otras personas cercanas al sujeto puede dificultar los avances, esto hace referencia a la tendencia que puede surgir de victimizar al niño en proceso de recuperación, al relacionarse desde esta perspectiva se refuerza la concepción que tiene la persona de que la situación es de alta complejidad y necesita de otros para lidiar con ella. Al sentir confirmado sus temores la persona va perdiendo el incentivo que tiene para recuperarse de la situación que lo afecta, además de desarrollar dependencia hacia figuras adultas y la disminución de su autoestima.

## **Psicodrama.**

El psicodrama es un método y una teoría de intervención en el cual se explorara los problemas psicológicos de las personas mediante la representación corporal y la dramatización de la situación vivida. Esto último vino a aportar y complementar la narración utilizada por la terapia clínica tradicional.

La utilización de herramientas vinculadas al teatro como medio terapéutico no es reciente ya que se registran manifestaciones de estas dentro de los rituales utilizados por chamanes y curanderos de las comunidades indígenas.

A comienzos del XIX psiquiatras influyentes Europeos como Johann Christian Reil y Philippe Pinel (1801), escribieron sobre el uso de procedimientos dramáticos en la curación. Pero no fue si no hasta la figura del psiquiatra Rumano Jacob Levy Moreno (1959), quien acuño el término de psicodrama, desarrollando así los principales fundamentos de esta como metodología intervención como tal, además de establecer y estructurar durante los años 1936 hasta 1940 las técnicas de psicodrama clásico.

En las siguientes líneas se expondrán las principales teorías y técnicas de psicodrama desarrolladas por diferentes autores, con la finalidad de ir dilucidando e ir interiorizando esta como instrumento de intervención terapéutica aplicable al contexto de niños que han vivido experiencias traumáticas o situaciones específicas de Estrés.

Antes de comenzar a desarrollar los fundamentos teóricos que sustentan el Psicodrama como técnica terapéutica es necesario hacer una distinción con otras formas de representación.

La utilización de roles como herramienta para representar situaciones, personalidades u otras eventualidades ajenas al propio individuo tienen su origen principalmente dentro del genero teatral de la tragedia griega, por ende es de suma relevancia poder fijar los limites que existen entorno a las propiedades ligadas a la utilización de esta técnica con fines psicoterapéuticos versus la expresión artística de la

actuación. Sumado a las descripciones de algunas facultades heredadas del segundo genero como pionero en el tema.

Respecto a los propósitos que dan funcionalidad al psicodrama se encuentra la facultad de fomentar el aprendizaje de las personas por medio de la simulación de patrones que se dan al interior de las relaciones interpersonales, los cuales permiten a su vez dar énfasis a las emociones involucradas al respecto. También permite clarificar y evaluar los factores ligados la problemática generadora de malestar mental o psicológico. Todo esto con la finalidad de desarrollar las potencialidades humanas.

El propósito del teatro ha cambiado considerablemente desde sus orígenes hasta la actualidad, siendo la antigua Grecia cuna de este movimiento que se creó como ritual de celebración de Baco y sacrificio del macho cabrío, con el correr de los años fue evolucionando hacia un funcionamiento social que buscaba promover los valores morales por parte de los gobiernos de la época, todo esto mediante la tragedia griega.

Con la aparición del poeta Aristófanes padre de la comedia fue que se dio paso a representar y a ridiculizar los vicios de la gente de la época, dando un giro a este genero artístico y centrándose en la crítica social del comportamiento humano.

El teatro en si no sufrió grandes cambios si no hasta en el época moderna donde se paso de una cosmovisión Teocéntrica a una Antropocéntrica, centrándose en la figura del humano como fuente de inspiración entorno a las inquietudes, conocimientos, misterios y problemáticas que lo rodean. En la actualidad se ha mantenido este propósito de representar y mostrar al público estas inquietudes ligadas al comportamiento humano.

Lo anterior permite establecer una diferencia significativa entorno al objetivo del psicodrama, ya que el teatro solo genera una propuesta a nivel de ideas que se exponen al público en calidad de espectador, dando así una margen de elección en que la persona puede decidir si aceptarla, rechazarla o mostrarse indiferente al respecto.

La catarsis es otro punto de divergencia entre ambas disciplinas, en lo que confiere al teatro Aristóteles la definición de la siguiente forma:

*“El teatro tiende a purificar a los espectadores, excita artísticamente ciertas emociones que actúan como una especie de alivio o descarga de sus propias pasiones egoístas”* (citado por Rosa Kukier, 2005)

La catarsis que planteaba Moreno (1959), en el psicodrama apuntaba hacia un proceso más activo que el teatro, ya que los efectos de esta se trasladaron de los espectadores al escenario, donde los actores son los pacientes que necesitan liberar las emociones vinculadas al conflicto vivido. Y donde el contenido de la trama es de carácter experiencial a lo acontecido en la situación problemática.

El psicodrama como herramienta terapéutica heredó varias características del teatro tradicional como lo son: el escenario, la audiencia, la improvisación, director, los papeles o roles a desempeñar dentro de los más importantes.

El Sociodrama es otra técnica terapéutica desarrollada por Moreno (1935), la cual guarda principios similares a los del psicodrama pero que a diferencia de esta explora las problemáticas desde los roles de un grupo de personas.

En esta técnica de intervención el rol protagónico puede estar dado por una o más personas, pero todo desde las relaciones interpersonales, donde el foco de intervención serán estas y dejarán afuera las particularidades del individuo. Siendo el propósito del Sociodrama apegarse al tema seleccionado e indagar en las experiencias inherentes al rol al protagonista. Por lo que se busca que los participantes puedan descubrir los numerosos asuntos y niveles de conciencia que implica este rol. El escritor agrega al respecto que esto está dado por la diferencia que se producen a nivel étnico, profesional, etario, de género y todas las divergencias que se pueden generar por las condiciones o características que engloben un grupo significativo de personas.

En lo que confiere a la Catarsis dentro de esta técnica el sujeto es considerado como grupo a diferencia del psicodrama que se centra en los procesos de la persona a nivel individual. Dando así un énfasis a la experiencia a nivel colectivo.

El modelo psicodramático se encuentra sustentado también en la teoría de los roles, el concepto rol es un termino que Moreno extrajo del teatro y que hace referencia a la función o papel que cumplen los personajes dentro de esta. Dentro de la mirada teórica desarrollada por el autor esta adquiere una concepción vincular que se define como la unidad más pequeña de la conducta. Donde el Yo surge de estos roles, siendo de esta forma un concepto vincular.

El rol también es una experiencia social, en la cual siempre se concibe a otro. Y donde lo individual, lo privado y lo colectivo interactúan. Facilitando que el ser se actualice al existir un vínculo complementario con otro, esto a su vez permite la estructuración y diferenciación de un Yo adecuado a normas sociales, pero con características particulares que cada persona crea en cada momento. En éste sentido, la espontaneidad está fuertemente relacionada con la creatividad, que es la capacidad que todos los seres humanos tenemos de desarrollar conductas

La espontaneidad es otro de los conceptos que adquieren gran relevancia en la práctica de psicodrama de Moreno (1961), esto concepto lo describe como la capacidad que tiene la persona para generar una respuesta nueva a una situación antigua o la respuesta adecuada que tiene la persona ante una situación nueva.

La espontaneidad a su vez se puede manifestar a través de estas cuatro dimensiones:

a) Cualidad Dramática: Es concebida como la capacidad que tiene el niño para formular respuestas a los diversos estímulos novedosos que se le presentan. Esta cualidad es la que otorga novedad o vivacidad a sentimientos, acciones y expresiones verbales que la mayor parte de las veces suele ser la repetición de manifestaciones culturales y estereotipos sociales.

b) Creatividad: Es la persona que posee la capacidad para formular nuevas formas, experiencias, nuevas ideas y nuevas intenciones. Se esfuerza permanentemente por producir experiencias novedosas dentro si mismo, para que ellas transformen el mundo circundante y lo llene de nuevas situaciones. A pesar de que muchas personas cuentan con estas cualidades positivas no todas ellas hacen uso de estas o no son capaces de ejecutarlas por falta de confianza.

c) Originalidad: Se dirige a la formación de libre expresión de la personalidad. Este libre flujo en ocasiones no revela ninguna contribución importante en la medida suficiente para llamarla creatividad, pero debido a su forma de producción y teniendo en cuenta la variación que realiza de los parámetros vigentes en la realidad sociocultural se considera dentro de esta categoría.

d) Adecuación de la respuesta: Es la capacidad para generar una respuesta o comportamiento ante una situación nueva e imprevista. Apelando así a la adaptación, movilidad y flexibilidad de la persona. Resultando indispensable para desenvolverse dentro de un medio cambiante.

Adam Blatner (1980), en su libro “Bases del Psicodrama” profundiza con respecto a los elementos constituyentes que conforman el psicodrama creado por Moreno (1961).

Respecto de estas consideraciones señala que este tipo de intervención permite situarse en los acontecimientos que fluctúan dentro del pasado, presente remoto e incluso en el futuro. En referencia a la dramatización señala que no solo debe plasmar el comportamiento externo si no que también debe reflejar los aspectos psicológicos, como las ideas, miedos, opiniones, sentimientos entre otros. Todo esto permite fomentar una autorreflexión en la persona en relación a los acontecimientos que generan su malestar. Sumado al propósito de generar adicionalmente un contexto en el cual la liberación y la reparación son factores importantes dentro del proceso terapéutico.

El autor A. Blatner (1980), también sintetiza los elementos primordiales que debe contener toda terapia abordada desde el psicodrama, con el fin de esclarecer los roles que ocuparan cada una de las partes en la representación.

La configuración principal queda establecida de la siguiente forma:

- a) Protagonista: Se le designa a la persona que está interesada en resolver sus problemas personales. En consecuencia a esto será el principal foco de atención dentro de la dramatización.
- b) Director: Las sesiones de dramatización generalmente son guiadas por el terapeuta a cargo del proceso. En algunas ocasiones cuando esté pasando a formar parte de la audiencia se le designa esta responsabilidad a un asesor que colabore en el proceso.
- c) Yo Auxiliar: Son las personas que adoptan los demás papeles de la representación, estos pueden ir desde figuras familiares, objetos o los propios sentimientos no expresados del protagonista.
- d) Audiencia: Está conformado por todas las personas que no forman parte del escenario u ocupan el rol de protagonista, director o auxiliares. Además de presenciar la audición el público puede participar de los comentarios que se realizan una vez terminada la actividad. En algunas ocasiones se les pide que participen como auxiliares o actores de apoyo en caso de necesitar más personas.
- e) Escenario: Es el lugar físico donde se lleva a cabo la dramatización. Dentro de este espacio se estima conveniente ocupar un sitio acondicionado para llevar a cabo el ejercicio u ocupar un lugar diferente al cual se le designa para interacción grupal.

Posteriormente Blatner (1988), en el libro “Psicodrama en la Práctica” agrega otras técnicas adicionales que complementan los principios básicos postulados por su mentor Moreno (1961).

Los principales aportes apuntan a estos recursos:

a) La técnica del doble: Tiene como utilidad clarificar los sentimientos del protagonista por medio del ego múltiple, monodrama o reflejo de este.

b) La amplificación: Es un recurso que se utiliza para exagerar la comunicación verbal y no verbal, también hace referencia a las dimensiones físicas corporales como la altura, espacio y posición, permitiendo así intensificar la expresión de emociones.

c) Confrontación de si mismo: Se puede hacer mediante los recursos audiovisuales, inversión de roles, retroalimentación de la audiencia y ejercicios de interacción no verbal. Todo esto con el propósito que el protagonista tome conciencia de comportamiento.

d) Metas y Valores: Se puede trabajar desde la proyección ficticia a través del tiempo u otorgándole un deseo mediante una barita mágica, esto también se puede utilizar para consultar con respecto a un posible cambio que desee hacer en su vida.

e) Las técnicas de desarrollo del yo: Se puede lograr mediante la retroalimentación que puede contribuir el grupo o la audiencia que observe la representación, a esto se suele conocer como Sharing<sup>6</sup>. Los abrazos y el contacto físico moderado (Ej.; abrazos), son gestos propicio para brindar apoyo o contención.

f) El Sociodrama: Se puede utilizar como recurso para esclarecer los procesos a nivel grupal o la intervención centrada en las relaciones interpersonales. Estas dos se suelen trabajar mediante el intercambio de roles.

Gustavo Arugete (2000), añade que los sentimientos experimentados durante el proceso de psicodrama son muy similares a los vividos en la situación problemática que

---

<sup>6</sup> Es una palabra en ingles que significa compartir, este termino lo utilizo Adam Blatner para describir el recurso que se utiliza para integrar las opiniones que realiza la audiencia o grupo de trabajo una vez finalizada la dramatización

desencadenó la patología a la base. Por ende describió las propiedades vinculadas al psicodrama de la siguiente forma:

*“Que el psicodrama siempre es una escena del pasado que se da por segunda vez y que es elaborativa y liberadora porque aquello que se soportó pasivamente en el pasado y dolió, hoy se desarrolla activamente para ser revisado, para confrontar, para enfrentar desde el sentimiento que produce hoy. Es la posibilidad de liberarse de ese lastre que nos ata, que nos ancla a una escena anterior. No deja de ser una carga pero la entiende y pesa diferente.”* (Citado por Moffatt, 2000).

Adicionalmente destaca que no solo el verbalizar y actuar es lo que nos permite viajar al recuerdo del acontecimiento pasado, agrega que hay algo más profundo capaz de remover todo el mundo interno del sujeto, a lo que hacia referencia era a las emociones involucradas dentro del proceso psicodramático.

La persona al contar lo que le pasa y el ser escuchado por las demás personas es totalmente indiferente, ya que lo que cambia es la emoción. Al enfrentar una escena traumática, el dolor y el sufrimiento que se produce hace que pongamos a prueba nuevamente nuestras defensas, pero a diferencia de la situación vivida esta se da bajo un contexto en el cual se procede de forma cuidadosa, protegida, con un grupo que escucha, sostiene y retroalimenta al sujeto afectado (protagonista). Facilitando el entendimiento de este en relación a las emociones y situación de estrés, además de potenciar la resiliencia de la persona ante este tipo de situaciones

Desde esta teoría se apunta que la dramatización es un mecanismo que permite volver a resignificar simbólicamente experiencias traumáticas. Ya que al tener la posibilidad de realizarlo se hace algo muy específico desde la cura psicológica, debido a que la enfermedad psicológica es la repetición, el estereotipo, la compulsión a repetir lo que nos pasó. Por lo que al realizar esto se presenta una nueva posibilidad de poder ir

más haya de lo que sabe el sujeto, se busca el poder conseguir la cura que facilite el cambio significativo.

Por otro lado Moisés Aguiar (1988), destaca las facultades que posee el psicodrama al integrar por un lado la parte intra-psíquica del sujeto (inconciente) con la relación que esta establece con la sociedad representada por los demás integrantes o partícipes de la actividad (Yo Auxiliares). Esta afirmación parte de la base que las persona ante todo somos sujetos que estamos constantemente relacionándonos con algo o con alguien. Y al ser sujetos que formamos parte de relaciones interpersonales, debemos a su vez adquirir un rol para desempeñar dentro del contexto de grupos sociales. Estos últimos se establecen desde un nivel micro, como por ejemplo: la familia, grupo de amigos, compañeros de trabajo, etc. A un nivel macro, como por ejemplo: comunidades religiosas, culturales, profesionales entre otras.

Cabe considerar que los roles adquiridos o desempeñados no son patrones fijos de comportamiento, debido en gran parte por el carácter dinámico que poseen las relaciones interpersonales por un lado y las propias facultades que guarda cada contexto en determinada circunstancia. Por lo que no necesariamente una persona que cumple cierto rol tiene que desempeñar el mismo en cada situación que se le presente.

### ***El psicodrama como herramienta terapéutica aplicada al área infanto-juvenil.***

Moreno (1961), afirma que el concepto subjetivo de tiempo del adulto considera tres dimensiones, pasado, presente y futuro. El tiempo infantil no tiene más que una dimensión, el presente.

El niño se centra ante situaciones inmediatas, ya que la dimensión de pasado se adquiere mucho después y es justamente con esta con la que se puede desarrollar conceptos como los de causa o inconciente. Desde esta perspectiva se considera una falacia referirse al inconciente del niño como la única forma de acceder a los fenómenos mentales, al ser una personalidad del acto que vive predominantemente del acontecer inmediato, a partir de esto se establece que es de mayor eficiencia intervenir desde el juego, lo práctico o la

representación cuando se requiere intervenir psicológicamente ante una situación de malestar concebida como problemática.

Otro factor a tener en consideración al tratar de evocar situaciones pasadas en niños son los factores que dificultan los procesos mentales asociados al recuerdo, esto en gran medida por la convivencia que existe entre el mundo real y el mundo de la fantasía, produciéndose de esta manera una relación difusa por momentos o cuando se trata de separar una de otra.

Ante este tipo de dificultades Moreno (1961), estableció el psicodrama como medio para que el individuo logre alcanzar el dominio de la situación, al vivir en ambas vías, además de ser capaz de poder trasladarse de un mundo a otro. El factor que puede asegurar este nivel de dominio esta dado por el concepto espontaneidad desarrollado anteriormente.

La primera hace referencia a la capacidad que posee el individuo de actuar de manera sincera y acorde con lo que siente interiormente, por ende es un factor muy importante al momento de recrear las experiencias vividas por medio de la dramatización, ya que se accede a un mundo del cual no se puede acceder mediante la verbalización directa en esta etapa cognitiva a la cual Piaget (1936), denomino como operaciones concretas.

Alfredo Moffatt (2000), planteo otro tipo de dificultades que se asocian a la imposibilidad de poder intervenir eficientemente desde un paradigma psicoanalítico, en contextos donde el bajo nivel de educación y las limitaciones que se observan muchas veces en la baja capacidad de reflexión o capacidad para verbalizar lo que les esta pasando. Es por esto que señala que hay sectores en los cuales adquiere mayor utilidad trabajar desde las técnicas psicodramáticas que realizar psicoanálisis. Debido a que muchas veces hay sujetos que se les dificulta de sobremanera el poder simbolizar, no obteniéndose así mucha información desde la palabra, a diferencia de lo mucho que se puede conseguir con este tipo de personas desde el hacer, el movimiento corporal y la

lectura de los gestos, es a su vez una manera expresar lo que se siente ante algún evento mediante la acción.

Respecto del área infanto- juvenil las dificultades se asocian a la propia etapa desarrollo cognitivo y la etapa de operaciones concretas asociada a la realidad empírica.

Esta etapa se enmarca dentro del rango de edad que contempla de los 7-13 años. Clasificado por Piaget (1936), como el estadio de las operaciones concretas, siendo los 13 años un periodo en el cual la capacidad de abstracción esta en formación en algunos casos, teniendo en consideración el contexto de desarrollo de los niños institucionalizados que se ve manifestado a través de la poca estimulación temprana recibida por parte de la familia durante la primera infancia, problemas de aprendizaje, el retraso o repitencia de los niveles educativos y la deserción escolar. Además de considerar los eventos y experiencias fuertes que les ha tocado vivir en contraposición de lo que se consideraría como una infancia dentro de los rangos normativos.

Desde esta perspectiva Moffatt (2000), afirmo que los hechos toman un mayor peso que la palabra, ya que es un medio en el cual los niños en riesgo social pueden manifestar sus sentimientos, ante la incapacidad para verbalizar asertivamente lo que les pasa. Producto del deterioro emocional que han vivido en su condición de vulneración de derechos, sumado a las dificultades que tienen para vincularse con las demás personas. Por ende se busca por medio de lo corporal remover los sentimientos negativos que se tienen de la situación de trauma, con el objetivo de promover un cambio significativo en la conducta de la persona.

Esto último suele ser un recurso que se ajusta de buena manera a los principios del psicodrama, ya que estos dos apuntan de igual manera a la comprensión de lo sucedido mediante actos que son observable y realizable.

Autores como Irene Henche<sup>7</sup> (2001), quien ha trabajado por varios años con psicodrama aplicado a niños y quien a su vez forma parte de la asociación española de dicha especialidad, considera el psicodrama como un método simbólico que trae satisfactorios resultados en la intervención de trastornos afectivos y de relación en el área Infanto- juvenil. Destacando la importancia que alcanza esta en conductas ligadas a la conducta disocial, dificultades escolares, disfunciones en la comunicación y alteraciones en la percepción de realidad.

Desde esta perspectiva se concibe el psicodrama como una vía de comunicación que posee propiedades que fomentan la interiorización, comprensión, transformación y reconstrucción de la percepción que tienen las personas con respecto a la situación problemática.

La metodología psicodramática que le ha traído buenos resultados se basa en la utilización de cuentos de hadas, con el objetivo de apelar a los conocimientos en común que poseen los individuos, ya adquiridos anteriormente en etapas tempranas de desarrollo. Por lo que podrán a través de esto crear y proyectar su propio universo simbólico.

Los principales tópicos que se trabajan dentro esta intervención esta dada en un primer momento por dar la posibilidad de elección a la persona para que elija el cuento con el cual se desea trabajar. Posterior a esto se le pide que justifique su elección con la finalidad de relacionar y reflexionar entono a la expresión de deseos, emociones, miedos o vivencias internas que desencadenen el contenido de la historia durante el desarrollo de la actividad.

Este proceso terapéutico ayuda a los sujetos para que se conecten con su mundo interior a modo que sus deseos y preocupaciones inconscientes se vayan tornando

---

<sup>7</sup> Notas al pie: Irene Henche en el capítulo 3, Pág. 109 del libro "Psicodrama y Salud" publicado por la asociación Española de Psicodrama, describe los buenos resultados que ha conseguido mediante el psicodrama simbólico terapéutico, desde su experiencia como coordinadora del Proyecto de Investigación y docencia que tuvo lugar en el Hospital Clínico Universitario San Carlos de Madrid, España.

progresivamente conciente o reconocibles para ellos. Lo que permita dotarlo con competencias ligadas a la concepción positiva de su autoconcepto, autoestima, empatía, expresión de sentimientos, manifestación de opiniones entre otras facultades.

### ***Hacia una concepción del Psicodrama bipersonal en la terapia de Psicoanálisis:***

Si bien el psicodrama fue ampliamente desarrollado por su creador Moreno (1961), de manera grupal, trayendo consigo muy buenos resultados en el área Infanto-Juvenil al ajustarse a las capacidades cognitivas de la etapa desarrollo perteneciente y al apuntar al aquí y al ahora (presente) como medio de revivir el episodio traumático. Todo esto captó la atención de otras corrientes como la psicoanalítica, en especial la escuela francesa de psicoanálisis, donde destacados exponentes como René Diatkine, Evelyne Kestemberg, Didier Anzieu entre otros. Vieron en esta metodología un medio para poder actualizar el psicoanálisis creado por Freud, siendo este el complemento adecuado que se buscaba en post de lograr una eficaz terapia en pacientes donde la palabra era poca portadora de un sentido utilizable para expresar el inconsciente y facilitar el cambio psíquico.

Dentro de los acercamientos teóricos más relevantes del psicodrama bipersonal, que se encuentran dentro de la literatura en psicología, en relación a clarificar esta modalidad de intervención se encuentra autores/as como Gloria Reyes (2005), quien a través de su libro “La práctica del psicodrama” manifiesta que dentro de las principales críticas que se realizan a este terapia son la que confieren a trabajar solo con el protagonista de la situación problemática, descartando así la funcionalidad que el grupo representa en los patrones sociales, respecto de las relaciones interpersonales. Ante esto se postula que al ir indagando en el mundo interno de la persona a su vez también surgen los modelos interaccionales, familiares y sociales, esto último se logra mediante la propia narrativa o la proyección hacia un objeto.

Otra de las ventajas que se obtienen al trabajar con esta metodología radica en que se puede lograr una relación más regresiva con respecto a los factores que propiciaron el

estado actual de la persona a diferencia de los patrones vinculares primarios que se alcanzan a trabajar en la modalidad de grupo. En consecuencia a esto se postula que el propósito principal de esta técnica es el despliegue de los aspectos interaccionales que complementen a la palabra, permitiendo así indagar en los deseos o miedos inconcientes. Por lo que el espacio en donde se de esta instancia no es lo esencial, ya que se puede lograr a través de una hoja en blanco, un espacio escénico, un cojín, una silla o una parte del cuerpo. Dando así un mayor énfasis en adecuar la técnica a las necesidades y características del paciente y no al revés.

El terapeuta juega un rol importante en la preparación de las condiciones óptimas que permitan establecer un vínculo de cooperación. Además implementar los recursos necesarios para generar un espacio en el cual surjan las fantasías, conflictos y también los recursos de la persona.

Las fases del psicodrama individual son definidas como:

- a) Caldeamiento: Es la fase de preparación en la cual tanto terapeuta como paciente entran en un estado distinto al vínculo, se aproximan a una instancia de intimidad y contención. Suele ser muy común que las personas que se presenten a la consulta se encuentren agobiados por la jornada que tuvieron o debido acontecimientos que sucedieron dentro de su vida personal, no encontrándose así en condiciones de poder iniciar la sesión de la manera más optima. Para esto existen dos modalidades para lidiar con esto, la primer esta dada por lo recursos verbales que se pueden utilizar para descomprimir la tensión que experimenta la persona, un recurso es preguntar como estuvo el día, apelando así a bajar los niveles de ansiedad de momento. Y en casos donde el nivel de tensión sea alta se puede usar almohadón u otro objeto para liberar la tensión acumulada. Lo segundo puede ser a través de lo corporal, aquí se puede usar ejercicios de respiración para bajar el nivel de pulsaciones o trabajos de elongación en casos donde la persona psicósomática el estrés dentro de un lugar especifico en el cuerpo.

- b) **Dramatización:** Esta suele tener menos tiempo de la sesión grupal, por lo que se enfoca principalmente en una escena o sueño de forma que sea más intensa y permita dilucidar los conflictos internos. Los recursos que se suelen utilizar para este fin son el intercambio de roles, construcción de personajes, dialogo con el cuerpo y utilización de objetos. Además de dar un énfasis en la sensaciones y emociones que experimenten dentro del proceso, siendo muy importante el acompañamiento que se hace durante las escenas y facilitar la visión en perspectiva de la persona, de esta manera no solo se logra la catarsis si no que también permite la reflexión y resignificación de lo vivenciado.
  
- c) **Sharing:** Esto se puede hacer de dos modalidades, la primera consiste en la retroalimentación que realiza el terapeuta una vez concluida la sesión o al final del proceso (sesión de cierre). La segunda puede ser mediante el recorrido en conjunto entre el terapeuta- paciente en relación a lo realizado, siendo una instancia en la cual los comentarios y sensaciones que surjan serán de gran relevancia para la comprensión que alcance la persona.

Otras de las dudas que surgen entorno a esta transición de trabajo grupal a individual, radica en como se aborda la terapia en ausencia de los Yo auxiliares y de la participación colectiva de los demás integrantes del psicodrama.

Este tipo de cuestionamiento lo clarifica la autora Rosa Cukier (2003), en su libro “Psicodrama Bipersonal”, en el que señala que los roles y los vínculos se pueden establecer mediante la utilización de otros recursos u objetos que pasaran a representar simbólicamente la interacción que establecemos con otras personas.

Los recursos que se utilizan comúnmente para este proceso terapéutico pueden ir desde el uso de espejo, inversión de roles con el terapeuta, la escultura, el dibujo, medios audiovisuales, construcción de collage, juguetes, títeres o cualquier objeto que facilite al sujeto contactarse con su propio mundo interno y los elementos relacionados a su mundo externo de manera que medien la comunicación entre el yo del paciente con las

distintas emociones, estados o construcciones mentales acerca de si mismo o de los demás.

En casos donde el motivo de consulta se relaciona con un trauma vivido, la utilización de objetos que se relacionan con el episodio vivido será de mucha utilidad para ir indagando en detalles relevantes.

El contexto que rodea esta terapia esta dado por la relación de protección hacia el paciente en donde el principal foco de atención es el paciente seguido de las intervenciones que va realizando el terapeuta. Además del autoconocimiento mas refinado, ofreciendo así un espacio donde las únicas tenciones provienen del vinculo con el profesional a cargo.

Dentro de los recursos del psicodrama bipersonal destacados por la autora Rosa Cukier (2003), para su utilización en terapia son las siguientes:

- a) Doble: El objetivo del doble es entrar en contacto con la emoción no verbalizada por el paciente, debido a que algunas veces no llega hacer conciente por este. Con esto se busca ayudar a la persona para que pueda expresar este sentimiento para esto el terapeuta adquirirá una postura similar a la que percibió del paciente en determinado momento de la sesión a modo de mostrarle su reacción al respecto, esto se puede complementar con frases mencionadas por el paciente con el objetivo de representar de mejor manera este rol.
- b) Espejo: Consiste en que el terapeuta adopte una postura corporal asumida en determinado momento por el paciente, como si fuese un retrato fotográfico de la situación observada. Desde esta modalidad se busca que la persona identifique los aspectos presentes en ella y pueda emitir una reacción frente a estos aspectos, favoreciendo así el aumento de la observación del Yo y el insight del individuo. Este recurso es propicio de aplicar después de una dramatización, ya que permite rescatar una mayor parte de la vivencia. También puede ser de utilidad en

momento que se representan escenas complejas, para que el paciente pueda elegir el siguiente paso a seguir en la dramatización.

- c) **Inversión de Roles:** En este se le pide al paciente que suma el rol de otra persona, es decir que encarne la persona de la cual se esta haciendo referencia. El terapeuta lo puede auxiliar mediante una entrevista para que vaya construyendo este personaje y se familiarice con las emociones, opiniones y percepciones del otro que se representa.
- d) **Soliloquio:** Consiste en pedirle al paciente que piense en voz alta, este recurso es de gran utilidad cuando el paciente se muestra inquieto o manifiesta un comportamiento socialmente correcto, esperado o estereotipado. Permitiendo lograr un quiebre en el actuar de la persona en post de lograr más autenticidad en la persona. Por consiguiente se podrá orientar el trabajo y poder seguir la dramatización incorporando los sentimiento que emergieron anteriormente. Los datos que se puede obtener de este ejercicio suelen ser muy valiosos al provenir del mundo interior del paciente.
- e) **Maximación:** Se le indica a la persona que aumente o exagere un gesto, una expresión verbal, una posición corporal en otros. Esto se puede efectuar de diferentes maneras, una de ellas puede ser para retroalimentar a la persona que su mensaje es estereotipado y no corresponde a su persona. También es un recurso que se puede utilizar para acentuar los afectos, emociones o sentimientos. También puede resaltar la importancia del mensaje que se emite, graficándolo a nivel corporal.
- f) **Cámara Lenta.** Esta técnica permite fijar la atención en un momento importante de la escena, para lograr esto se puede pedir a la persona que repita gradualmente lo representado a modo de ir dramatizando a una baja velocidad endenteciendo el accionar. Este tipo de recurso también puede ser utilizado para clarificar situaciones que se presentaron de manera ambigua o difusa.

### ***El Psicodrama Bipersonal en niños.***

Didier Anzieu (1979), gráfico en su libro “Psicodrama Psicoanalítico con niños y adolescentes”, su experiencia dentro del centro médico psicopedagógico de Francia. En este señalo que la intervención con niños siempre contempla un gran desafío y dificultades de por medio, para lidiar con esta última se requiere apelar a la capacidad de invención y creatividad del terapeuta. Con la finalidad de producir un efecto terapéutico que llegue más allá del ideal de adaptación que se tiene en una determinada época. El psicodrama ofrece en este sentido, un medio original de producir la subjetividad del niño e interiorizarnos en su mundo interior, además de facilitar un mayor desempeño. Posibilitando así la resolución de conflictos propios de la niñez en el mundo actual.

Plantea que el psicodrama deja de lado las categorías que se suelen utilizar por parte de algunos profesionales de la salud para rotular a los niños como hiperactivos, bipolares, opositorista desafiante entre otros. En vez de dar un margen para la expresión espontánea del niño.

Didier Anzieu realizo un acompañamiento integral e intervención en niños en riesgo o situación de calle. En los cuales muchos de ellos al ser abandonados carecían de lo que en psicoanálisis se llama el Otro, este dentro de la primera infancia se remite a la familia como agente sociabilizador. En casos donde no están presentes estas figuras este Otro es reemplazado por la situación de calle y lo que rodea este fenómeno, produciendo un contexto que dificulta el regular las pulsiones, esto se manifiesta en los altos niveles de agresividad hacia sus vínculos.

La técnica de psicodrama dentro de la terapia psicoanalítica permite construir un juego en que el Otro ayuda disminuir los niveles de agresividad, todo esto a partir de la elaboración de los conflictos producidos en sus vínculos.

## ***Técnicas de Psicodrama Bipersonal aplicadas en situaciones de Trauma.***

### ***Onirodrama.***

El onirodrama consiste en representar y examinar los sueños en acción. Mediante esta técnica se busca el poder revivir el sueño relacionado con la experiencia traumática. Y en donde el sujeto además de describir este a través de la palabra tiene que representarlo a través de lo corporal en un solo acto que integrara emociones, sensaciones, pensamientos, fantasías y deseos.

El cuerpo en este ejercicio se percibe como medio movilizador en donde toda la acción queda sujeto a su propia determinación. Por ende el sueño puede ser modificado con elementos subjetivos y fantasiosos que surgen espontáneamente en el momento de la dramatización.

Los sueños como síntomas patológicos suelen clasificarse en:

- 1) Pesadillas: sueños con intensa emoción, normalmente asustadores y en que la mayoría de las veces conducen al despertar.
- 2) Sueños repetitivos: Surgen iguales o con leves modificaciones, muchas veces en el transcurso de un año o de la vida de un sujeto.
- 3) Sueños focales: Son en su mayor parte cortos y pobres en imágenes, pero siempre contienen emociones fuertes asociadas, y el soñador siente una necesidad potente de clarificarlo.

Fases de Trabajo:

- 1) Caldeamiento: Pre- sueño: En esta fase se invita al soñante a recordar elementos que antecedieron al sueño, llevándolo a recorrer los acontecimientos del día que precedieron al momento antes de dormir.

2) Describir sueño: Una vez que el sujeto se adentra en esta primera fase, se le pide que revise internamente el sueño y lo recree en imágenes a modo de una película.

3) Escenificación: Se le pide al paciente que represente todos los elementos del sueño y que los distribuya espacialmente, luego con el fin de explorar con mayor profundidad los símbolos presentes en el sueño se aplica la técnica correspondiente a la inversión de roles, con el propósito de que la persona logre contactarse con el significado de los símbolos representados en su mundo interno.

4) Cierre: Para finalizar se realiza un cierre del sueño, en donde el soñante tiene la posibilidad de crear su propio final en relación a lo explorado anteriormente.

5) Sharing: Esta fase se dirige a la elaboración secundaria del proceso experimentado, en la cual el paciente tiene la posibilidad de comprender y asumir como propios aquéllos símbolos que en un primer momento parecían incomprensibles de manera que al ir esclareciendo los objetos difusos se de paso para lograr comprenderlos y asimilarlos positivamente por la psiquis mental.

***Psicodrama del Duelo (Aplicable a situación de abandono):***

La construcción de esta técnica se baso principalmente en los postulado teóricos desarrollados por Elisabeth Kübbler Ross<sup>8</sup> (1969).

En el psicodrama del Duelo se busca principalmente facilitar un proceso normativo y saludable entorno a la muerte o perdida de algún ser significativo para el paciente.

Fases de trabajo:

1) La primera fase contempla una entrevista para ir contextualizando la situación de duelo, posterior a esto se le pide a la persona que escoja la escena con la cual desea trabajar.

---

<sup>8</sup> Psiquiatra suizo-estadounidense especialista en la terapia de duelo

2) La segunda fase contempla el reconocer la separación entre él y su ser querido, con le objetivo de que la persona vaya enfrentado la situación bajo un proceso terapéutico.

El psicodrama permite crear un espacio ficticio en donde la persona puede volver encontrarse simbólicamente con la persona querida. En esta parte este de mucha utilidad utilizar la técnica de la silla vacía de Perls, ya que permite recrear el vinculo que se tenia con la figura significativa, con el objetivo de comentarle al ser perdido los sentimientos que nunca pudo manifestarles en vida o resolver los temas pendientes que nunca se hablaron. Adicionalmente si se estima conveniente se pueden cambiar los roles con la persona que murió, a modo de encarnar sus sentimientos y desde ahí comprender la separación de sus existencias.

Otro recurso utilizable puede ser la técnica del Espejo, ya que da la posibilidad de tomar distancia de la situación que esta viviendo, con el propósito de visualizarse desde afuera para cambiar la situación no resuelta entorno al miedo que siente por separación que ha tenido con la persona perdida y que bajo su dolor la ha llevado a aislarse de sus seres queridos o abandonar las actividades que antes consideraba interesantes.

3) La última fase contempla la incorporación del duelo y su situación de pérdida del ser querido, además de interiorizar que esta persona no volverá más para así dar paso a la despedida como cierre de proceso. En esta parte es preferible que se de libertad creativa a la persona para que determine cual será la despedida más adecuada.

Si la persona desea conservar dentro de si el recuerdo de alguna cualidad de la persona perdida a modo de mantenerla viva en su memoria, es propicio darle la libertad de decisión y apoyarlo en estos casos que se considerara que la ejercicio le servirá para salga enriquecido de la experiencia con nuevas habilidades de manera que le sea de utilidad para afrontar de la mejor manera la muerte.

### ***Técnica de la Mascara:***

Desde esta perspectiva Montero & Cols (2001), señalaron que las personas utilizan distintas mascararas para funcionar en distintos contextos o situaciones cotidianas. Si bien esto no hace referencia a un objeto en concreto, si no más bien que el sujeto muestra una parte de si mismo. A partir de esto se va construyendo un nuevo rostro, un emocionar o una actitud corporal que pretende ocultar.

Este tipo de trabajo apunta a conocer aquellos conflictos, dificultades, debilidades y temores que la mascara oculta, además de promover que el paciente sea capaz de visualizar nuevas posibilidades que aporte significativamente a su crecimiento personal y fomente su autoconocimiento.

Buchbinder (1993), clasifica el tipo de mascararas de la siguiente forma:

- a) Macaras Neutras: Mascara confeccionada con tela elástica de colores que desdibuja los rasgos de la cara, a modo de velarla por fuera de manera borrosa. Ante este rostro desdibujado el cuerpo adquiere significación cargada de regresiones y fantasías.
- b) Maquillaje: Mascara que se va realizando sobre el rostro utilizando distintos tipos de base, colores o polvos. Esta es una mascara que queda impregnada en la piel.
- c) Mascara personaje: Esta puede encarnar alguna personalidad conocida o animada, por ej. Superhéroes, personalidades del medio, personajes de libros, villanos de película, etc. Con esto se puede indagar en la particularidad de cada mascara elegida, el grado de identificación que el sujeto siente hacia esa figura y la fantasía relacionada con esta elección.

La mascara le permite al sujeto esconder su rostro y a la vez encontrar en este poderes, posibilidades que incorpore y al colocársela se transforman en su totalidad, es decir a través de esta se conecta de manera diferente con su propio rostro y con el de los demás.

También permite una conexión con otros aspectos, personajes y roles. Por lo que se busca el poder generar espacios, matrices imaginarias para que los elementos reprimidos, rechazados o temidos puedan surgir en la sesión.

Fases de trabajo:

- 1) La persona elige la mascara con la cual trabajara, justificando el porque de esta decisión.
- 2) Relacionar la mascara con el cuerpo: Para esto la persona se mirara a un espejo para ver la incidencia que tiene esta en la imagen corporal, las trasformaciones que provoca el colocársela o al maquillarse. Es muy importante observar la magnitud del impacto que la mascara produce, manifestaciones de esto pueden ser la modificación de la postura, los gestos o cualquier expresión corporal que salga a relucir. Todo esto permite facilitar los procesos de sensibilización y manifestaciones corporales de carácter espontáneo que antes se ocultaban.

A largo del proceso la persona puede ir relacionando las zonas de su cuerpo con una mascara en especifica,

- 3) Las escenas con mascararas: Este recurso sirve de estimulo para la creación de un personaje y la inserción de estas en el campo de la escena. El sujeto al ponerse la mascara ya dimensiona algunas de las características que se asocian a esta. Estos personajes son síntesis de varios aspectos de la vida del individuo.

Como consideración final se estima conveniente que al principio de la sesión cuando la persona elija la mascara, se le de un tiempo para que pueda mimetizarse con el personaje. También se puede recurrir a que la persona realice movimientos frente a un espejo e interaccione consigo mismo.

Otra modalidad para que la persona se apodere de su otra identidad es pidiéndole que se refiera así mismo como: “yo soy”, “estoy aquí por”, “yo siento”, “yo busco” entre otros. Con la finalidad de desestructurar las defensas o caretas empleadas, para así dar paso a una construcción del personaje que exprese el inconciente y lo reprimido de una forma que no resulte amenazante.

### ***Construcción de imágenes:***

La imagen expresa el punto de vista que el protagonista tiene de la situación determinada, el sentido que tiene para el cierto hecho y vivencias, los elementos que enfatiza y su interrelación mutua (estructura). Cuando esos contenidos son representados en el escenario, adquieren forma, permitiéndole al protagonista tomar una cierta distancia con respecto a ellos, permitiendo así poder objetivarlos para darse cuenta de la situación tal como es vivida internamente.

La construcción de imágenes en área infanto- juvenil se puede realizar simbólicamente con muñecos, juguetes, sillas, almohadones, etc. También se puede trabajar en conjunto con imágenes reales o ficticias con el fin de ampliar la información buscada y tener así una mejor comprensión y clarificación de los códigos usados por el protagonista al hacer esta construcción.

Esta técnica puede ser utilizada en un primer momento en la fase de caldeamiento o dentro de la fase de representación como se detallara a continuación.

Fases:

- 1) Se pide al Protagonista que reproduzca una *situación real* relacionada con el episodio o fenómeno que lo afecta. Para esto se puede utilizar un objeto simbólico como un Yo auxiliar. La idea es que esta reproducción sea una fotografía de dicho evento. En esta parte el protagonista no que incluida en esta.
- 2) El director con el protagonista se focalizan en reflexionar y comprender la imagen construida, esto engloba todos los aspectos que la rodean.

- 3) El Protagonista pasará al lugar de cada uno de los Yo auxiliares, previa indicación del facilitador. Posterior a esto realizara un pensamiento en voz alta (soliloquio), correspondiente a cada uno de ellos.
- 4) El Protagonista construirá la imagen previa o posterior a la situación real plantada, hasta tener un número suficiente de cuadros para que se puedan esclarecer la secuencia, la dinámica de los hechos y sus condicionamientos.
- 5) En esta parte se utiliza la dramatización a partir de alguna imagen real, para verificar si existen cambios o para vivenciar alguna circunstancia en particular. Por lo que se le pide al protagonista que construya una nueva imagen, acorde a los cambios que implemento en la fase anterior. Con el objetivo que el paciente interiorice la nueva percepción o mirada que tiene sobre la situación problemática.

Como consideración final se establece que esta técnica resulta útil cuando se desea que el protagonista adquiera una visión estructural de los hechos que facilite su comprensión.

***La utilización de títeres como objeto intermediario:***

En personas que suelen ser muy introvertidas o suelen ser muy poco comunicativas en casos donde la experiencia fue traumática. Por este medio se busca reestablecer la comunicación interrumpida.

La función que cumple se denomina como intermediaria, ya que por medio de esta se puede acceder al mundo interior de la persona, además de estimular la participación de esta a través de un objeto simple en el cual fijar su atención, brindándole así una mayor confianza para que se pueda desenvolver libremente.

A esta técnica se le puede dar tres funcionamientos:

1) Función auxiliar:

- a) Caldeamiento: Puede servir para que la persona vaya tomando confianza antes de empezar los ejercicios de dramatización, definir roles o situaciones a trabajar. En esta parte no se le atribuye un significado más allá del propio objeto, debido a que su propósito se centra en favorecer y proteger las interrelaciones que se producen en el proceso.
- b) Dramatización: Facilita la puesta en escena como recurso para enfatizar y complementar los rasgos de un personaje.

2) Función mediadora:

- a) Funciona para reestablecer la comunicación interrumpida, esta parte es guiada por el director y manejada por la persona mediante el yo auxiliar (títere). Funcionando como puente de comunicación entre el paciente y el facilitador, por lo que la persona solo responde y se expresa a través de intermediario.
- b) El títere es un catalizador en la propia comunicación que el sujeto tiene con si mismo o con los demás (terapeuta).

3) Función esclarecedora.

- a) Permite subrayar algo que ocurre en una escena durante una dramatización, como puede ser una persona o un clima emocional determinado. Favoreciendo la comprensión o insight que la persona pueda tener frente a la situación revivida.
- b) Permite a la persona poder desenvolverse con mayor confianza ante la situación experimentada como dolorosa. Facilitando la evaluación que pueda realizar el terapeuta en relación al contexto y sintomatología a la base.

Fases:

- 1) El individuo elige un títere para representarse a si mismo. En una primera etapa de caldeamiento puede familiarizarse con el objeto, hablándole e interactuando con él.
- 2) Elije los demás títeres como Yo auxiliares, relacionándola con las personas presentes dentro de acontecimiento problemático.
- 3) El terapeuta toma un títere complementario para dialogar con el títere de la persona, con la finalidad de ir profundizando en detalle sobre los acontecimientos representado por el protagonista.
- 4) La persona interactúa con varios títeres a la vez de modo que interaccione con los distintos roles (yo auxiliares) con su yo operativo.
- 5) Para finalizar se reflexiona entorno a lo trabajado durante la sesión, con el objetivo de que la persona progresivamente vaya tomando conciencia de la problemática existente.

## ANTECEDENTES EMPÍRICOS

A continuación se presentara los estudios científicos más relevantes para el desarrollo y comprensión de esta monografía. Los antecedentes empíricos se distribuirán en relación al grado de relevancia que adquiere cada uno de ellos entorno a la temática de estudio, por ende se hace hincapié en los aportes significativos que entrega la información recopilada.

### *Situación de Trauma:*

Heim et al. (2009). *Trauma infantil, factor de riesgo del síndrome de fatiga crónica*. Archives of general psychiatry, vol. 66 N° 1, pág. 72/80.

Objetivo: Establecer el grado de correlación entre el trauma infantil y el riesgo para desarrollar el síndrome de fatiga crónica.

Muestreo: Se realizo un estudio de caso-control de 113 personas con síndrome de fatiga crónica (CIE-10) y 124 sujetos de control sano identificados de una muestra general demográfica de 19.381 adultos residentes en Georgia Estados Unidos. El rango de edad de las personas entrevistadas clínicamente va de los 18 a 59 años, con una media de 44 años.

Instrumentos: Dentro de un primer momento se contó con la colaboración de psiquiatras para realizar entrevistas clínicas bajo el criterio diagnostico del DSM IV, con esto se construyeron autoinformes del trauma infantil para categorizar los siguientes trastornos: abuso sexual físico o emocional. Negligencia emocional o física. Psicopatología de depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático.

El segundo instrumento fue la aplicación del cuestionario de Traumas en la Infancia (CTQ). Se compone de 28 ítems que se agrupan en 5 escalas que hacen referencia a

situaciones traumáticas en la Infancia (Abuso físico, Abuso sexual, Abuso emocional, Abandono físico, y Abandono emocional).

Resultados: Los individuos con CFS informaron de niveles significativamente más altos de trauma en la niñez y de síntomas psicopatológicos que los sujetos control. La exposición al trauma en la niñez estuvo asociado con un riesgo creciente 6 veces mayor de padecer CFS. El abuso sexual, abuso emocional y la negligencia emocional fueron más efectivos en la discriminación de casos de CFS desde los controles. Hubo una relación graduada entre el nivel de exposición y el riesgo de CFS. El riesgo de CFS expresada por el trauma infantil presentó un mayor incrementó con la presencia de síntomas del trastorno de estrés postraumático.

En la Entrevista Estructurada Clínica para DSM-IV, una proporción mayor de individuos con CFS que el control sujeta fue diagnosticado con trastornos del humor corriente (El 30.1 % contra el 0.0 %, respectivamente; P .001) o ansiedad desórdenes (el 45.5 % contra el 8.9 %, respectivamente; P .001), inclusión PTSD. Había correlaciones significativas entre la cuenta CTQ total y montones de síntoma para depresión ( $R=0.346$ ;  $P=.004$ ), ansiedad ( $r=0.213$ ;  $P=.001$ ), y PTSD ( $R=0.319$ ;  $P.001$ ). Había también correlaciones significativas entre la cuenta de total de Inventario de Síntoma CDC y síntomas de depresión ( $r=0.346$ ;  $P.001$ ), ansiedad ( $r = 0.282$ ;  $P.001$ ), y PTSD ( $r = 0.346$ ;  $P.001$ ).

Conclusión: Se estima que el trauma infantil se asocia significativamente con el síndrome de fatiga crónica. También se logro determina que en personas que habían vivido experiencias traumáticas en la infancia eran más propensas a sufrir una sintomatología asociada al trastorno por estrés postraumático.

Otro factor importante es la correlación que existe entre CFS que se asocian a factores adversos en la infancia como la depresión, ansiedad y trastornos somáticos. Y algunas veces empeoran en relación a factores de estrés agudo.

Arseneault et al. (2011), *Trauma infantil y síntomas psicóticos emergentes en niños: Un estudio longitudinal de corte genéticamente sensible*. American Journal of Psychiatry. Vol.168, N° 1, pág. 65/72.

**Objetivo:** Evaluar el riesgo de desarrollar síntomas psicóticos asociados con el maltrato, el acoso, y los accidentes en una muestra representativa a nivel nacional de gemelos jóvenes del Reino Unido.

**Muestreo:** El estudio se realizó a 2.232 gemelos pertenecientes de Gran Bretaña, la edades fluctuaba entre los 7-12.

**Instrumentos:** Se realizó una entrevista estructura a madres de las 1116 familias contempladas para el estudio. Las preguntas se relacionaban a evaluar posibles maltratos por un adulto, acoso por parte de los compañeros (bullying) o habían estado involucrados en un accidente, esto abarcando un periodo de edad entre 5 a 12 años.

A la edad de 12 años, se preguntó a los niños acerca de las experiencias de acoso y los síntomas psicóticos. Los reportes de estos síntomas fueron verificados por psiquiatras.

**Resultados:** Los niños que experimentaron malos tratos por parte de un adulto (riesgo relativo = 3.16, 95% CI = 1.92-5.19) o el acoso por parte de sus compañeros (riesgo relativo = 2.47, 95% CI = 1.74-3.52) fueron más propensos a reportar síntomas psicóticos a los 12 años que los niños que no experimentaron tales eventos traumáticos. El mayor riesgo de síntomas psicóticos se observó si estos hechos se produjeron a principios de la vida o más tarde en la infancia. El riesgo asociado con el trauma infantil siguió siendo significativo en los análisis controlando por el género de los niños, la privación socioeconómica y el CI; por los síntomas tempranos de los niños de la internalización o externalización de los problemas, y la responsabilidad genética de los niños para desarrollar psicosis. Por el contrario, el riesgo asociado con los accidentes fue pequeño (riesgo relativo = 1,47, 95% CI = 1.02 – 2.13) e inconsistente a través de las edades.

**Conclusión:** El trauma caracterizado por la intención de hacer daño se relaciono significativamente entorno a los reportes de los síntomas psicóticos de los niños que habían experimentado esta situación.

La contribución de este estudio longitudinal a los profesionales de la salud mental en el área Infanto-Juvenil con personas que reportan síntomas tempranos de psicosis, se encuentra ligado a contemplar dentro del periodo de evaluación y diagnóstico el verificar si estos pacientes han vivenciado episodios traumáticos, tales como el maltrato y el acoso. Esto último va hacer de gran ayuda, ya que permitirá poder enfocarse en la situación de trauma que esta a la base, dentro de la construcción del tratamiento más eficiente que se deberá llevar a cabo, dada la urgencia de este tipo de síntomas psicóticos dentro de una etapa de desarrollo de suma vitalidad para una futura formación y consolidación de los rasgos de personalidad en el sujeto.

Verónica Vitriol G. (2005). *Relación entre psicopatología adulta y antecedentes de trauma infantil*. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, vol. 43 N° 2, pág. 88/96.

**Objetivo:** Establecer a través de pruebas estadísticas si existe correlación entre los trastornos mentales y los trauma infantiles vividos por lo pacientes atendidos en la Unidad de Psiquiatría del Hospital de Curicó

**Muestreo:** Las personas evaluadas han sido 173 mujeres que han sido atendidas en el servicio de Psiquiatría del Hospital de Curicó (a excepción de las que presentaban un deterioro o retardo mental severo). El promedio de edad era de 44 años, 51,2% no había terminado la enseñanza básica, 60,1% tenía pareja, 71% tenía al menos un hijo 74,5% no realizaba actividad remunerada al momento de la entrevista. En promedio llevaban 9 años en control y sólo un 8% de las pacientes estaban siendo ingresadas por primera vez.

**Instrumentos:** En un primer momento la información fue recolectada por psiquiatras y psicólogos del establecimiento, utilizando una entrevista estructurada que contenía información de los pacientes sobre: datos sociodemográficos, diagnósticos del Eje I, diagnósticos probables del eje II y algunas variables clínicas (síntomas somáticos, disociativos, referencia de intento de suicidio y referencia de violencia en la vida adulta). Se registró el diagnóstico principal del eje I siguiendo las pautas del DSM IV y considerando el diagnóstico consignado en la ficha clínica. El diagnóstico de trastorno de personalidad fue realizado durante la entrevista clínica al momento del estudio, guiándose por los criterios generales para trastorno de personalidad contenidos en el DSMIV).

La otra pauta que aplicaron los profesionales a las pacientes fue la escala de trauma infantil de Marshall. Este es una entrevista contempla la presencia o ausencia de siete sucesos traumáticos que son: separación traumática de los padres, alcoholismo en el hogar infantil, castigo físico, secuela por castigo físico, violencia intrafamiliar, contacto sexual forzado por no familiar y contacto sexual forzado por familiar.

**Resultados:** El diagnóstico más frecuente correspondió a los cuadros depresivos 43%, seguido por el de esquizofrenia 15%, los bipolares I constituyeron un 13,8%, los bipolares tipo II un 9,2%, los cuadros ansiosos un 11%, el abuso de alcohol y drogas un 5%. El diagnóstico de probable trastorno de personalidad se adjudicó a un 46,8% de la muestra.

En la distribución de los diagnósticos con los distintos sucesos traumáticos. Se puede apreciar que en los pacientes psicóticos (Esquizofrénicos y Bipolares), la presencia de los sucesos traumáticos es menos frecuente que en los pacientes con cuadros ansiosos, depresivos y abuso de sustancias, a excepción del suceso separación traumática de los padres en los bipolares.

**Conclusión:** Los hallazgos de este estudio son compatibles con lo que la literatura internacional señala respecto a la relación de la psicopatología adulta con los antecedentes de trauma infantil.

Esto considera que los antecedentes traumáticos ocurridos en la niñez constituirían factores de riesgo frecuentes en trastornos afectivos, ansiosos, de la alimentación, somatización, disociativos y abuso de alcohol.

En este estudio también se evidenció que los cuadros depresivos y el abuso a sustancias los que se correlacionaron a los antecedentes traumáticos infantiles, castigo físico y alcohol. Sin embargo la relación de estos diagnósticos con los sucesos traumáticos, (excepto para el abuso de sustancias con el castigo que en ocho pacientes fue de un 100%), desapareció al independizarlos de la influencia de los otros sucesos. Por lo tanto, se puede concluir que en este estudio, la relación de los diagnósticos de trastornos mental con los sucesos traumáticos es inespecífica, debido a la presencia de que los distintos sucesos traumáticos se encuentran relacionados entre sí. Sin embargo, se encontró que aparte de ser ésta la categoría diagnóstica, que se correlacionó con más sucesos traumáticos, se logró mantener una relación con los antecedentes de abuso sexual y alcohol como variables independientes de los otros sucesos. Esto permite sugerir que este diagnóstico presentaría una relación específica a estos antecedentes, resultados que son compatibles con lo que la literatura indica.

En resumen, los resultados de este estudio, si bien deben ser considerados como una primera aproximación, son compatibles con las investigaciones actuales y se orientan a la existencia de un perfil de paciente con historias de trauma infantil de frecuente consulta en la atención psiquiátrica.

Weil K. et al. (2004) *Trauma infanto- juvenil y psicopatología adulta: un estudio empírico*. Revista médica de Chile, vol. 132, pág. 1499/1504.

Objetivo: Establecer que tipo relación existe entre el trauma psíquico y la patología psiquiátrica adulta, en pacientes pertenecientes a cuatro hospitales chilenos.

Muestreo: El total de evaluados corresponde 505 pacientes, distribuidas en 70 sujetos del Hospital Parroquial de San Bernardo, 97 sujetos del Hospital del Trabajador de Santiago, 145 sujetos del Hospital Regional de Curicó y 193 sujetos del Hospital del Salvador de Santiago. Todos estos dentro de un rango de edad superior a los 15 años.

Instrumentos: Consta de aplicación de una entrevista personal que reúne ítems relacionados con la obtención de datos socio-demográficos y diagnósticos médicos de la ficha clínica.

Otro instrumento utilizado fue la escala de Trauma Infantil de Marshall, la cual registra el recuerdo anamnésico de haber sufrido uno o más suceso traumáticos antes de los 15 años de edad, entre siete categorías como la separación traumática del padre, madre o cuidador por más de un mes, experiencia de haber sufrido castigo físico importante, haber presenciado violencia física entre los padres o cuidador, abuso de alcohol o drogas por algún miembro de la familia, contacto sexual forzado con un pariente, daño físico después de haber sido castigado y contacto sexual forzado con un persona externa a la familiar.

Del total 505 pacientes encuestados, se seleccionó una muestra aleatoria sistemática proporcional a la representación de cada centro hospitalario, que estuvo constituida por 85 casos. Estos pacientes fueron entrevistados nuevamente y se les administraron las sub-escalas para trastorno por estrés postraumático, trastorno afectivo y somatización del Composite International Diagnostic Interview (CIDI 2.1) de la Organización Mundial de la Salud. Todos los instrumentos fueron administrados por estudiantes de medicina o psicología, quienes habían sido previamente capacitados.

Resultados: Los datos fueron codificados y analizados con el paquete computacional SPSS 11.4. Se consideró de valor estadísticamente significativo un  $p < 0,05$ .

A partir de esto se establece que el total de la muestra correspondiente a los cuatro hospitales resultaron comparables en cuanto a características sociodemográficas. La edad promedio de la muestra total fue de 49,4 años (DS 19,4). La distribución por género fue 48% de mujeres y 52% de hombres. El 58,2% eran casados o con convivencia estable y 22,8% eran solteros. El 22,8% tenían enseñanza media completa, 28,9% básica completa y 8,7% no tenía educación. No hubo diferencias significativas para estado civil, religión ni escolaridad entre las poblaciones. Los servicios clínicos más representados fueron Cirugía y Medicina Interna con 26,5% y 23,2%, respectivamente.

Respecto a la situación de trauma se determina que el 54,7% de los pacientes refirió haber experimentado al menos un hecho traumático en su infancia, del total de pacientes, 16,3% recordó al menos tres eventos traumáticos y 8,4% cuatro o más.

En cuanto a la distribución por género, la distribución de hombres y mujeres con puntaje cero resultó muy similar, 45,4% y 45,2%, respectivamente.

El grupo con recuerdo de tres o más eventos fue de 17,8% en las mujeres y 14,9% en los hombres.

Del total de 85 casos estudiados en la segunda fase, 27 (31,8%) cumplieron con los criterios para trastorno afectivo, 17 (20%) para TEPT y 10 (11,8%) para trastorno de somatización. Al comparar la distribución de los diagnósticos CIDI entre pacientes con y sin antecedente de trauma se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de tres o más eventos traumáticos y TEPT (64,3% versus 7%;  $p < 0,0001$ ). Al comparar la distribución de los tres trastornos entre pacientes con y sin antecedente de trauma, se puede constatar que entre aquellos casos con trastornos afectivos que corresponde al 57,1% recuerda una situación de trauma infantil de tres o

más tipos, en comparación al 25,6% de aquellos casos sin ese recuerdo. Las diferencias fueron estadísticamente significativas ( $p < 0,008$ ). Respecto del trastorno de somatización, 42,9% de los casos presentaban tres o más traumas y sólo el 9,3% no tenía ningún antecedente.

Conclusión: El presente trabajo coincide con otros estudios nacionales e internacionales en lo confiere a la asociación de trauma infantil y presencia de patología psiquiátrica en la edad adulta. Desde el punto de vista metodológico es necesario señalar que éste es un trabajo hecho a una extensa población hospitalaria. Para esto se usó la escala de trauma descrita por Marshall, orientada al trauma civil, básicamente físico y sexual, que omite catástrofes naturales, cautiverio, guerras, etc.

Dentro de los resultados destaca el alto porcentaje de pacientes que recuerda algún hecho traumático (55%), 16,3% refirieron tres o más eventos de la escala de Marshall. Al estudiar en profundidad los 85 casos seleccionados al azar, 31,8% cumplió con los criterios para Trastorno Afectivo de alguna índole, 20% para TEPT y 11,8% para Trastorno de Somatización. Se encontró una alta correlación entre antecedente de trauma infantil y trastorno de estrés en la vida adulta ( $p < 0,0001$ ). Hay que destacar cómo se eleva la frecuencia de diagnósticos al aumentar la cantidad de traumas recordados, con un incremento significativo sobre tres eventos recordados.

También sobresale en este estudio una frecuencia de referencia de trauma sexual relativamente baja en relación a la literatura: 6,8% versus 15% reportado internacionalmente.

Además se encontró una frecuencia alta de TEPT (20%), que se contradice con la baja frecuencia de diagnóstico de estos cuadros en la práctica clínica.

Aun considerando que se trata de un estudio con una casuística relativamente pequeña, podemos concluir que existe asociación estadísticamente significativa entre trauma infantil y algunos trastornos psiquiátricos como somatización, trastorno afectivo y TEPT.

### ***Psicodrama:***

Elisabeth Maria Sene Costa (2005), *Psicoterapia Psicodramática Focal: análisis cualitativo y cuantitativo en el trastorno de depresión mayor*. Tesis presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad de Sao Paulo, para obtener el título de magíster en ciencia (Psiquiatría).

Objetivo: Evaluar el impacto de la psicoterapia individual y de grupo focal psicodramático en una muestra de pacientes con trastorno depresivo mayor.

Muestreo: El estudio se llevó a cabo con 20 pacientes diagnosticados con trastorno depresivo mayor pertenecientes a la Unidad de Psiquiatría de la facultad de Medicina de Universidad de Sao Paulo.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- Pacientes adultos en el rango de 18 a 60 años, de ambos sexos.
- Pacientes con un diagnóstico de trastorno depresivo mayor (DSM-IV).
- Que estuvieran en tratamiento con fármacos antidepresivos.

Los criterios de exclusión fueron los siguientes:

- Pacientes con Trastorno depresivo mayor de severidad grave (con o sin síntomas psicóticos).
- Pacientes con un diagnóstico clínico bajo el criterio del DSM-IV, con trastorno distímico, trastorno depresivo no especificado, trastorno bipolar tipo I, trastorno bipolar tipo II, trastorno ciclotímico, trastorno bipolar no especificado, trastorno de la personalidad, esquizofrenia, trastornos psicóticos, trastornos mentales orgánicos, retraso mental y dependencia de sustancias psicoactivas.

Instrumentos: El primer instrumento que aplico fue una entrevista de evaluación para verificar antecedentes psiquiátricos para preseleccionar a la muestra. Posterior a

esto se aplicó la escala de depresión de Hamilton (HAM-D) y la escala de Ajuste Social (EAS) de Weissman y Bothwell. Estos dos instrumentos fueron aplicados al principio y sesión final de evaluación, con el objetivo de contrastar los resultados y evaluar el nivel de avance en relación a los pacientes diagnosticados con un trastorno depresivo mayor.

Resultados: En la escala HAM-D se presentaron cinco categorías: la remisión, respuesta, respuesta parcial, no hay respuesta y el empeoramiento.

Los resultados estadísticos de la HAM-D demostró que los pacientes que habían recibido tratamiento de psicodrama mostraron un cambio significativo en los síntomas depresivos: el 20% había remisión completa, 20% de respuesta, respuesta parcial del 50% y 10% no respondió a el tratamiento. 65), lo que refleja un incremento en la final de las puntuaciones medias de la escala HAM-D17.

EAS se presentaron en tres categorías de resultados: aumento estandarización y reducción. En GP no hubo un aumento en las puntuaciones de la EAS 30% de los pacientes y el 70% normalizaron su disminución de las puntuaciones, lo que refleja una mejora en el funcionamiento social. La GC había un aumento del 60% en sus resultados (en la caracterización de empeoramiento), el 10% de la normalización y la reducción del 30%, con una mejora.

Conclusión: A partir de los resultados obtenidos se estima que un factor de gran relevancia fue el poder determinar que las relaciones estresantes afectan gran parte de las relaciones de los pacientes, lo que sugiere que los síntomas depresivos están directamente vinculados al factor de estrés. También se pudo observar una disminución del estrés y en consecuencia a esto una disminución en los síntomas depresivos, permitiendo así una mejora en la calidad de vida los pacientes.

En cuanto a la autoimagen de cada función desempeñada, la comparación de principios y finales del proceso psicoterapéutico, podemos decir que el 50% de los

pacientes mantuvieron su promedio, el 40% de aumento en los valores numéricos y un 10% inferior.

En general, los promedios más altos se mantuvieron lo que sugiere, que en la mayoría de los casos, la ausencia de conflicto con tales funciones.

Los documentos cuyas calificaciones se incrementaron mostraron una mejoría en relaciones previamente estresantes o conflictivas, lo que sugiere un aumento de su propia imagen y en efecto, también la autoestima.

Para finalizar se estima que los resultados obtenidos en la presente investigación en relación a la terapia aplicada desde la técnica de psicodrama en pacientes con depresión., permite establecer empíricamente que este tipo de metodología alcanza gran relevancia en lo que confiere a los cambios significativos que se produjeron desde el trabajo empleado en sesiones individuales y de grupo. Aprobándose así la hipótesis que se tenía al principio del presente estudio.

## **CAPITULO III**

### **DISCUSIÓN**

A partir del análisis realizado en la presente monografía con respecto al objetivo de estudio y el propio proceso de recopilación de antecedentes conceptuales como empíricos relevantes para el desarrollo de la misma. Se procederá en este capítulo a reflexionar entorno a las implicancias y alcances logrados entono a la problemática. Para esto se realizara un abordaje comparativo entre el trauma y la técnica de psicodrama desde una mirada teórica, para luego dar paso a la parte empírica de estas variables. Posteriormente se hará énfasis en las implicaciones profesionales y éticas, sumado a los futuros lineamientos de investigación surgidos durante el proceso.

En cuanto a la relación que existe entre el trauma y las propiedades terapéuticas del psicodrama, se determina que esta es de carácter significativo. Esto último se debe a las siguientes consideraciones teóricas:

La situación de trauma esta dada por un acontecimiento pasado que actúa como efecto patógeno en la persona. Este suele ser vivenciado generalmente con una intensidad tal que desborda la capacidad del individuo para poder asimilar esta experiencia dentro su psiquis, produciendo así una alteración de proporciones al interior de esta. Los efectos posteriores que siguen a esta situación se caracterizan por repetirse constantemente como recuerdos de lo sucedido o flashback, desencadenando así una serie de comportamientos y emociones experimentados durante el episodio en cuestión. Todo esto configura el origen y desarrollo de la patología. (Freud, 1920).

La autora Margarita Muñiz (2007), hizo un acercamiento interesante de la sintomatología asociada a la situación de trauma en el contexto de niños institucionalizados. En ella describió que los niños suelen tener dificultades para expresar y recibir afecto, mostrándose distantes y evitativos con el contacto físico o

visual, además de tener problemas para controlar sentimientos de ira o rabia. A nivel de comportamiento se pueden mostrar agresivos, ansiosos, desafiantes, desconfiados, impulsivos y presentan dificultades para empatizar con los demás. Sumado a los problemas de aprendizaje.

Lo anterior es de gran relevancia al contexto que se presenta al interior del Hogar Luís Amigo, debido a que estos indicadores sintomáticos se pudieron corroborar en los resultados individuales de los test proyectivos y entrevistas clínicas aplicada a los niños que ingresan al hogar por primera vez, provenientes de familiares disfuncionales, en el cual los motivos de internación se encontraban ligados a vivencias de abuso, maltrato y situación de calle en su mayoría. Algo que se relaciona significativamente con lo que afirmaron Marty y Carvajal A. (2005), sobre los factores que predisponen a una persona para desarrollar un trauma.

Los síntomas también se pudieron verificar a través de la observación participante realizada en espacios de actividad escolar, esparcimiento y convivencia diaria entre ellos. Destacándose indicadores que hacían referencia a un comportamiento explosivo ante cualquier estímulo percibido como hostil y una postura defensiva ante la más mínima provocación, aunque esta fuera en tono de broma o careciera de gravedad alguna.

Otro factor importante que se detectó fue la utilidad que se le otorgaba a la agresividad como expresión corporal para descargar o liberar sentimientos de tristura, frustración, ansiedad o estrés.

Una vez expuestas las consideraciones vinculadas a la concepción de trauma y las consecuencias sintomáticas derivadas de esta patología, se describirá en las siguientes líneas las propiedades terapéuticas de la técnica de psicodrama aplicado al contexto de niños institucionalizado, haciendo énfasis en el tipo de abordaje que se necesita implementar para alcanzar resultados positivos.

La adaptación de la técnica de psicodrama aplicada a casos de niños de 9-13 años, que han vivenciado episodios traumáticos se sustenta principalmente por las siguientes condiciones.

a) Psicodrama como medio para acceder a la psiquis interna: El niño se centra principalmente en situaciones inmediatas, ya que la dimensión de pasado se adquiere mucho después y es justamente con esta con la que se puede desarrollar conceptos como los de causa o inconsciente (Moreno, 1961).

Esta etapa se enmarca dentro del rango de edad que contempla de los 7-13 años. Clasificado por Piaget (1936), como el estadio de las operaciones concretas, siendo los 13 años un periodo en el cual la capacidad de abstracción esta en formación en algunos casos, teniendo en consideración el contexto de desarrollo de los niños institucionalizados que se ve manifestado a través de la poca estimulación temprana recibida por parte de la familia durante la primera infancia, problemas de aprendizaje, el retraso o repitencia de los niveles educativos y la deserción escolar.

b) Lo corporal como medio de expresión: El ejercicio de representación dramática refleja aspectos psicológicos como las ideas, miedos, opiniones, sentimientos entre otros. Todo esto permite fomentar una autorreflexión en la persona en relación a los acontecimientos que generan su malestar (Blatner, 1980).

Esto se ajusta de muy forma en la tendencia que mostraron los niños internados para usar lo corporal (agresividad), como medio de expresión para descargar o liberar emociones experimentadas.

c) Contexto de deserción escolar: El bajo nivel de educación y las limitaciones que se observan muchas veces en la baja capacidad de reflexión o capacidad para verbalizar lo que les esta pasando. Es por esto que hay sectores en los cuales se dificulta de sobremanera el poder simbolizar, no obteniéndose mucha información desde la palabra, a diferencia de lo mucho que se puede conseguir con este tipo de personas desde el

hacer, el movimiento corporal y la lectura de los gestos, esto es a su vez una manera expresar lo que se siente ante algún evento mediante la acción (Moffatt, 2000).

d) Los hechos como factor prioritario: Teniendo en consideración la realidad de vida de niños que han sido institucionalizados, además de los eventos y experiencias fuertes que les ha tocado vivir en contraposición de lo que se consideraría como una infancia dentro de los rangos normativos. Los hechos toman un mayor peso que la palabra, ya que es un medio en el cual puede manifestar sus sentimientos, ante la incapacidad para verbalizar asertivamente lo que les pasa, producto del deterioro emocional que han vivido en su condición de vulneración de derechos, sumado a las dificultades que tienen para vincularse con las demás personas. Por ende desde esta perspectiva se busca a través de lo corporal remover los sentimientos asociados a él, con el objetivo de promover un cambio significativo en la conducta de la persona. (Moffatt, 2000).

Respecto al tipo de abordaje terapéutico, se considera que el psicodrama psicoanalítico bipersonal es la modalidad que se adapta de mejor forma a las capacidades que poseen los niños institucionalizados con situación de trauma. Esto producto de la complejidad que conlleva el tratar un proceso con un deterioro emocional considerable, dentro de un contexto familiar con pautas disfuncionales que propician la situación de vulneración de derechos. Sumado a los factores que dificultan y limitan su desempeño como lo pueden ser la baja escolaridad, dificultad para lidiar con emociones conflictivas, sentimiento de desconfianza hacia los demás entre los más relevantes.

Ante este escenario es propicio poder gestionar un espacio terapéutico que reúna todas las condiciones necesarias para promover un cambio significativo en la persona. Respecto a los factores que dificultan esta labor se estima que el trabajo focalizado en un paciente como eje de intervención permite poner a disposición de este todos los recursos que se disponen como terapeuta para sobrellevar estos contratiempos de la mejor forma.

El estado de ánimo cambiante y los sentimientos conflictivos que experimentan los niños, es una constante que se manifiesta en su diario vivir. Por lo que se considera que

al ir indagando en los elementos que propiciaron la situación de trauma, estos se verán en vuelto en un contexto en cual estarán más propensos a desbordarse emocionalmente, viéndose sobrepasados sus recursos para lidiar con la revivencia de estos síntomas asociados a la patología durante la ejecución de la técnica de psicodrama. Necesitando así una contención y asesoramiento personal de forma recurrente.

La flexibilidad en la planificación es otro de los puntos a favor, ya que permite ir adaptando los recursos psicodramáticos acorde a las capacidades y ritmo de trabajo que va alcanzando la persona sesión a sesión.

Otra de las ventajas que se obtienen al trabajar con esta metodología radica en que se puede lograr una relación terapéutica más regresiva con respecto a los factores que propiciaron la patología de la persona, a diferencia de los patrones vinculares primarios que se alcanzan a trabajar en la modalidad de grupo (Reyes, 2005). Esto hace referencia a la diferencia que se produce entre el trabajo individual y colectivo de la técnica de psicodrama. En la primera se postula que se puede llegar a recopilar una gran cantidad de información entorno a la esencia de la problemática al ir indagando progresivamente en contraste con el trabajo que se lleva de forma colectiva y que implica la recopilación de información a nivel de la interacción momentánea que emerge solo de los patrones relacionales que se establecen con los Yo auxiliares circunstanciales, dando así un margen para que cambien los participantes y con ello las dinámicas que se establezcan.

La instrumentalización del psicodrama bipersonal esta dado por la adaptación que se realizo de los principales elementos que estructuran la base metodológica de intervención propuesta por su creador Moreno (1961).

Las fases se encuentran conformadas por el caldeamiento, dramatización y sharing, no existiendo mucha diferencia del modelo original.

El mayor cambio establecido esta dado por la ausencia de otros integrantes que participen como Yo auxiliares. Antes esto se señala que “los roles y los vínculos se

pueden sustituir mediante la utilización de otros recursos u objetos que pasaran a representar simbólicamente la interacción que se establece con otras personas.” (Cukier, 2003).

Los recursos que se utilizan comúnmente en el psicodrama bipersonal pueden ir desde el uso de espejo, inversión de roles con el terapeuta, la escultura, el dibujo, medios audiovisuales, construcción de collage, juguetes, títeres o cualquier objeto que facilite al sujeto contactarse con su propio mundo interno y los elementos relacionados a su mundo externo de manera que medie la comunicación entre el yo del paciente con las distintas emociones, estados o construcciones mentales acerca de si mismo o de los demás.

A partir del análisis teórico y empírico en relación a la situación de trauma, se determino que la técnica de psicodrama llevada desde un énfasis psicoanalítico es la modalidad de intervención que adquiere una gran relevancia en la temática de trauma. Esto se sustenta principalmente por la importancia que adquiere los modelos explicativos de Freud, Kardiner, y Fenichel en lo que respecta a la descripción de los principales elementos constituyentes que originan el trauma, además de conocer la naturaleza de la vivencia traumática que provoco la inestabilidad emocional de la persona. Siendo esta idea base ampliamente aceptada por parte de otros paradigmas, que teniendo estos como punto de referencia desarrollaron aportes posteriores dentro de sus propios lineamientos teóricos.

El psicodrama en si se relaciona significativamente con el psicoanálisis debido a que estos dos apuntan hacia la creación de un mecanismo que tenga un efecto catártico y de insight para erradicar los síntomas patológicos. El primer elemento hace referencia a revivir o desahogar los sentimientos relacionados con la situación reprimida. El insight contempla la comprensión e internalización de las causas que propiciaron la problemática.

Lo anterior se grafico en la escuela francesa de psicoanálisis a través Didier Anzieu et al. (1979), quien vio en la técnica de Moreno un medio para poder actualizar el

psicoanálisis creado por Freud, siendo este el complemento adecuado que se buscaba en post de lograr una eficaz terapia en pacientes donde la palabra era poca portadora de un sentido utilizable para expresar el inconsciente y facilitar el cambio psíquico. Por ende se vio el psicodrama como una técnica que iba a permitir acceder inconsciente por medio de la representación corporal y la narrativa propia del psicoanálisis.

Dentro de los beneficios que alcanza la técnica de psicodrama en el contexto de reparación emocional, entendida esta como la alteración que se produce en la capacidad para manejar los estados afectivos, esta última se ve relacionada directamente con la dificultad que se presenta para realizar un razonamiento, un juicio o la propia conducta (Goleman, 1996). Todo esto en contexto de niños institucionalizados con situación de trauma. Por ende se establece que el aporte que realiza la técnica de psicodrama, conlleva el poder generar una instancia en la cual se pueda revivir un evento temido, con el objetivo de darle un cierre a esta situación reprimida, permitiendo así el crecimiento personal, el reencuentro consigo mismo y el restablecimiento de las capacidades del individuo para lidiar de forma saludable con los afectos. Además de lograr la estabilidad emocional y la capacidad para generar vínculos positivos para el desarrollo del niño.

En cuanto a las alteraciones y consecuencias psicológicas que conlleva el no tratarse una situación de trauma, dentro de los antecedentes empíricos antes expuestos, destacan los siguientes:

La investigación realizada por Heim et al. (2009), a adultos residentes en Georgia Estados Unidos, le permitió concluir que existe una correlación significativa entre el trauma infantil como factor predisponente para desarrollar un síndrome de fatiga crónica (CFS). E incluso estableció que los traumas infantiles asociados con situaciones de abuso sexual, maltrato y negligencia emocional tenían un riesgo 6 veces mayor de padecer este síndrome por sobre otro tipo de casos.

Los estudios de Arseneault et al. (2011), en una muestra de 2.232 gemelos pertenecientes a Gran Bretaña, pudo corroborar empíricamente la relación que establece la literatura con respecto a la influencia directa que existe entre los traumas infantiles con el desarrollo de síntomas psicóticos.

A nivel nacional Verónica Vitriol (2005). Pudo establecer entre una muestra de 173 personas que atendidas en el servicio de Psiquiatría del Hospital de Curicó, que los traumas infantiles son un factor de riesgo para desarrollar trastornos mentales como cuadros depresivos, esquizofrenia, bipolaridad, ansiedad, abuso de alcohol o drogas y en menor medida un probable trastorno de personalidad.

Estos datos empíricos grafican la importancia que conlleva el poder tratarse la temática del trauma dentro de un periodo no muy lejano al episodio vivido, debido a las graves alteraciones a nivel de personalidad y deterioro emocional, que atenta contra el desarrollo normativo del niño y su propia calidad de vida en la adultez

En cuanto a las implicancias profesionales a nivel de evaluación, se estipula que este estudio contribuye e instruye al uso de instrumentos adecuados para el diagnóstico de la situación de trauma, ya sea tanto en la parte conceptual a través del cuadro sintomático propuesto por el DSM IV, sumado al aporte desarrollado por Reyes (2005), para identificar las alteraciones básicas del producidas en niños institucionalizados. Adicionalmente en el marco empírico se visualiza la gran utilidad e importancia que adquiere la escala de trauma infantil de Marshall, debido a que esta entrevista permite establecer la presencia o ausencia entre sucesos traumáticos que van desde la separación parental, abuso de alcohol en los figuras adultas, maltrato, situación de abuso, violencia intrafamiliar y violación.

En relación a las implicancias profesionales de intervención, debido al objetivo trazado al inicio de este estudio se determina que a lo largo de la monografía se pudo dar un considerable énfasis al abordaje terapéutico del trauma en niños institucionalizados. Esto se efectuó dentro de una primera parte en la formulación conceptual de los

principales lineamiento teóricos que conforman los cimientos del psicodrama, postulados por su creador Moreno (1961), hacia una concepción de psicodrama infantil, hasta llegar al psicodrama psicoanalítico bipersonal implementado en técnicas de aplicación a la situación de trauma. Entre estas se cuenta con el Onirodrama, psicodrama del duelo, técnica de la mascara, construcción de imágenes y la utilización de títeres como objeto intermediario. Para luego realizar un análisis reflexivo entorno a las propiedades terapéuticas del psicodrama y el tipo de abordaje que se requiere en este tipo de contexto, desarrollado anteriormente dentro de este último capítulo.

Las limitaciones que se presentaron en el presente estudio se relacionan primordialmente con el escaso material empírico disponible, que mediera la evaluación de impacto de la técnica de psicodrama aplicada a la situación de trauma infantil a nivel nacional. Por lo que se tuvo que recurrir a fuentes provenientes de Brasil, debido al énfasis creciente que se esta dando en los últimos años a esta modalidad de intervención.

El escaso material disponible en Chile no deja de ser un factor importante, teniendo en consideración las cifras publicadas en noviembre del 2011 por el Sename, cuya mención hace sobre la creciente aparición de niños en situación de maltrato, siendo este último un factor de riesgo importante para el desarrollo de un trauma.

El tiempo desplegado para el desarrollo de esta monografía fue otro factor que se tuvo en cuenta para descartar una evaluación de impacto mediante la intervención en psicodrama en la institución de niños en situación de vulneración de derechos donde se efectuó la práctica, producto del corto tiempo con el cual se dispuso para poder llevar una adecuada preparación sobre el tema y el poder integrar un número considerable de niños para llevar un estudio empírico adecuado.

Respecto a las implicancias disciplinarias para realizar en posteriores estudios, se cree pertinente indagar con respecto a la siguiente línea de investigación:

- ¿Que aporte terapéutico puede proporcionar la técnica de psicodrama en la situación de abuso infantil?

La importancia de llevar este estudio a la práctica es de suma relevancia para los aportes que se pueden establecer a nivel de intervenciones de reparación emocional en el área infanto- juvenil. Esto surge principalmente por los positivos resultados que se alcanzaron en esta monografía, la cual contemplo las situaciones de trauma por maltrato, definido este último desde los lineamientos de vulneración de derechos infanto- juveniles propuesto por Sename, en el cual se integra el maltrato físico, maltrato emocional, abandono y negligencia en el cuidado (situación de calle). Sumado a la situación de abuso que no fue abordada en esta oportunidad, producto de la complejidad, la variedad de dimensiones de análisis y las propiedades particulares que tiene esta problemática, que por si sola abarca una nueva línea de investigación. Originándose así esta inquietud de evaluar el grado de adaptación que alcanza el psicodrama en el abordaje terapéutico de abuso infantil.

A modo de conclusión final se establece que el presente estudio logró describir las propiedades terapéuticas de la técnica de psicodrama aplicada en niños institucionalizados con situación de trauma de forma eficiente. Esto debido a la capacidad que adquiere esta metodología para complementarse significativamente con los lineamientos de psicoterapia propuestos por el Sename, comprendidos principalmente en el eje de intervención individual en lo que respecta a la reparación emocional, el contexto de vulneración y las propias capacidades derivadas de la sintomatología traumática a la base.

Para finalizar se establece que el desarrollo de esta temática dentro del área infanto- juvenil, permitirá ser un primer acercamiento a esta modalidad de intervención, que apunta hacia la prevención temprana de posibles trastornos de personalidad durante la adultez. Y la irrupción en los patrones generacionales de comportamiento, propio de las dinámicas familiares disfuncionales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

### Libros:

Adam Blatner (2009). Bases del Psicodrama. Editorial Pax México.

Adam Blatner (2009). El Psicodrama en la Práctica. Editorial Pax México.

Amanda Céspedes (2010). El estrés en niños y adolescentes: En busca del paraíso perdido. Ediciones B. Chile S.A.

Carlos Mingote & Miguel Requena (2008). El malestar de los jóvenes. Ediciones Díaz de Santos, España.

Carolina Alegría González & Cecilia Pérez Farfán (2005), Las técnicas psicodramáticas en la exploración de la autoimagen de una víctima de abuso sexual infantil. Centros de estudio Psicodramáticos de Chile. Disponible en:

<http://www.psicodramachile.cl/tesinas/TESINA%20PSICODRAMA%20ABUSO%20AUTOIMAGEN-2005.pdf>

Carolina Jeldres Guzmán & Constanza Orellana P. (2008), Onirodrama Personal: Emergentes de un joven en conflicto con la ley penal. Tesina de Postítulo de psicodrama presentada para la acreditación clínica de psicoterapeutas. Centros de estudio Psicodramáticos de Chile. Disponible en:

<http://www.psicodramachile.cl/tesinas/TESINA%20ONIRODRAMA%20APLICADO%20A%20DELINCUENCIA%20-%202008.pdf>

César Borobia. (2009). Valoración del daño corporal: Traumatismo craneoencefálico (Psiquiatría). Editorial Elsevier Masson. Barcelona, España.

D. Marcelli & J de Ajuriaguerra (1996), Psicopatología del niño. Editorial Masson S.A, Barcelona.

Dr. Daniel Widlocher (1974), El psicodrama en el niño. Editorial Planeta Barcelona.

Elisabeth Maria Sene Costa (2005), Psicoterapia Psicodramática Focal: análisis cualitativo y cuantitativo en el trastorno de depresión mayor. Tesis presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad de Sao Paulo, para obtener el título de magíster en ciencia (Psiquiatría). Disponible en:

<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-19082005-151240/pt-br.php>

Gloria Reyes (2007). La práctica del Psicodrama. Editorial Ril, Chile.

Isidro Rebollo C. (1994). Fobia, Histeria de Angustia: De La Psicopatología Al Psicoanálisis. Colección Psicología, Psiquiatría y Psicoanálisis.

J. Bobes, M. Bousoño, A. Calcedo & M. Gonzalez (2000). Trastorno de estrés post traumático. Editorial Masson S.A, Barcelona.

J.L. Moreno (1967), Las bases de la psicoterapia. Ediciones Horme S.A.E.

J.L. Moreno (1978), Psicodrama. Ediciones Horme S.A.E.

Jaime Rojas- Bermúdez (1997), Teoría y técnica psicodramática. Editorial Paidos S.A. España.

Joan Lovett (2000). La curación del trauma infantil. Editorial Paidos S.A. España.

Juan Manzano & F. Palacio-Espasa (1993). Las Terapias en psiquitría infantil y en psicopedagogía, Capítulo VIII: Psicodrama de los grupos de niños. Editorial Paidos.

Margarita Muñoz Aguilar (2007). Cuando los niños no viene de Paris: Orientación y recursos para la post-adopción. Ediciones Noufront. España.

María Jayme & Victoria Sau (2004), Psicología diferencial de sexo y género. Ediciones Icaria, Barcelona.

Michael B. First (2009), Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM- IV- TR). Editorial Masson S.A, Barcelona.

Moty Benyakar & Álvaro Lezica (2005). Lo Traumático: Clínica y Paradoja Tomo 1 (El Proceso Traumático). Editorial Biblos Argentina.

Moty Benyakar & Álvaro Lezica (2006). Lo Traumático: Clínica y Paradoja Tomo 2 (Abordaje Clínico). Editorial Biblos Argentina.

Moysés Aguiar (2009). Teatro de la Anarquía: Un rescate del Psicodrama. Editorial Quimantú, Chile.

P.G. Richmond (2000), Introducción a Piaget. Editorial Fundamentos.

Rosa Cukier (2003). Psicodrama Bipersonal: Su técnica su terapeuta y su paciente. Editorial Ágora, Brasil.

Rosa Cukier (2005). Palabras de Jacob Levy Moreno. Editorial Ágora, Brasil.

Teodoro Herranz Castillo (2001). Psicodrama y Salud. Publicado por la Universidad Pontificia de Comillas, España.

Violet Oaklander (2001). Ventana a nuestros Niños: Terapia Gestaltica para niños y adolescentes. Editorial Cuatro Vientos Chile.

### **Documentos en Línea:**

A. Sepúlveda García de la Torre (2006): “La Violencia de Género como causa de Maltrato Infantil”.

Obtenido el 15 de Octubre del 2011, desde la siguiente dirección:

<http://scielo.isciii.es/pdf/cmfn43-44/11.pdf>

Andrés Felipe Herrera (2010): “El Psicodrama Psicoanalítico y el padecimiento contemporáneo”.

Obtenido el 15 de Octubre del 2011, desde la siguiente dirección:

<http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/viewFile/122/109>

Arseneault L. et al. (2011): “Trauma infantil y síntomas psicóticos emergentes en niños: Un estudio longitudinal de corte genéticamente sensible”.

Obtenido el 19 de Octubre del 2011, desde la siguiente dirección:

[http://www.psiquiatria.com/articulos/trastornos\\_infantiles/esquizofrenia\\_/51155/](http://www.psiquiatria.com/articulos/trastornos_infantiles/esquizofrenia_/51155/)

Carolina Marty M. y César Carvajal A (2005): “Maltrato infantil como factor de riesgo de trastorno por estrés postraumático en la adultez”.

Obtenido el 14 de Octubre del 2011, desde la siguiente dirección:

<http://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v43n3/art02.pdf>

Heim C. et al. (2009): “Trauma infantil, factor de riesgo del síndrome de fatiga crónica”.

Obtenido el 24 de Octubre del 2011, desde la siguiente dirección:

<http://archpsyc.amassn.org/cgi/reprint/66/1/72?maxtoshow=&hits=10&RESULTFORM AT=&fulltext=child+trauma&searchid=1&FIRSTINDEX=0&resourcetype=HWCIT>

Verónica Vitriol G. (2005): “Relación entre psicopatología adulta y antecedentes de trauma infantil”.

Obtenido el 14 de Noviembre del 2011, desde la siguiente dirección:

[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272005000200002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272005000200002&script=sci_arttext)

Weil K. et al. (2004): “*Trauma infanto- juvenil y psicopatología adulta: un estudio empírico*”.

Obtenido el 16 de Noviembre del 2011, desde la siguiente dirección:

[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872004001200007](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004001200007)