

ALAMOC

Noviembre 2020  
Ed. N°: 005  
ISSN 2683-9423



# COGNICIÓN Y COMPORTAMIENTO



Publicación semestral  
de ALAMOC

Web:  
[www.alamoc-web.org](http://www.alamoc-web.org)





## COGNICIÓN Y COMPORTAMIENTO.

Noviembre 2020 | Ed: N°: 005 | ISSN 2683-9423

### Director:

Ricardo Rodríguez Biglieri

### Comité científico:

Luis O. Perez Flores (PSICOSEX)  
Hector Fernández Alvarez (AIGLE)  
Juan José Moles Alvarez (CIPPS)  
Andrés Roussos (CONICET)  
Junta Directiva de ALAMOC

### Editor: FUNDACIÓN CATREC

Av. Cabildo 3073 3 "B" +5491147035269  
catrecsecretaria@gmail.com

### Comité Editorial:

Edgard Pacheco Luza  
Julio Obst Camerini  
Giselle Vetere  
Oswaldo Rodrigues

**Diseño gráfico:** Luján Pagano

## JUNTA DIRECTIVA (2014-2018 )

### Presidente:

Julio Obst Camerini (Argentina)

### 1er. Vicepresidente:

Luis Pérez Flores (Perú)

### 2do. Vicepresidente:

José Britos (Paraguay)

### Secretario General:

Alejandro Hernandez (México)

### Secretario Ejecutivo:

Martín Gomar (Argentina)

### Tesorera:

Marina Galimberti (Argentina)

### 1er Vocal:

Oswaldo Rodrigues (Brasil)

### 2do Vocal:

Wilber Roberto Castellón (El Salvador)

### 3er Vocal:

Adriana Martinez (Uruguay)

### Past-President:

Edgard Pacheco Luza (Perú)

## COORDINADORES NACIONALES

**Argentina:** Ricardo Rodríguez Biglieri

**Bolivia:** Juvenal Aguilar Pacheco

**Brasil:** A designar

**Chile:** Bryan Oyarzún Quintanilla

**Colombia:** A designar

**Costa Rica:** A designar

**Ecuador:** Sergio Paz Wactson

**El Salvador:** María José Chavarría Bolaños

**Guatemala:** Beverly Denise Humes Guzmán

**Honduras:** Fátima Duarte Ortíz y Johan Leiva Yanes

**México:** Gerardo Salinas

**Nicaragua:** A designar

**Panamá:** Ricardo Turner

**Paraguay:** Licia Martínez Vazquez

**Perú:** Elsa Farfán Gonzáles

**República Dominicana:** Mayra Dietsch Rodriguez

**Uruguay:** Mariela Goldberg

**Venezuela:** Juan José Moles Alvarez



La revista Cognición y Comportamiento es un emprendimiento editorial de ALAMOC - Asociación Latinoamericana de Análisis, Modificación del Comportamiento y Terapia Cognitiva Conductual.

La revista publica preferentemente artículos de investigación, revisiones y artículos de naturaleza teórica tanto sobre ciencias cognitivas y conductuales básicas como sobre la aplicación de distintos enfoques de Terapias Cognitivas Conductuales y de la Modificación del Comportamiento para la conceptualización, evaluación, prevención y tratamiento de los diferentes cuadros psicopatológicos.

Además de los trabajos inéditos sujetos al reglamento, también publica artículos de profundización e información general sobre temas relacionados con las Terapias Cognitivas Conductuales destinados a profesionales con mayor o menor experiencia y alumnos avanzados de carreras relacionadas.

#### INDICE:

Comentario editorial.....	04
Comportamento suicida e desregulação emocional na adolescência .....	08
Fobias específicas: comparación entre los modelos explicativos psicoanalíticos y conductistas. Implicaciones clínicas.....	22
El Psicodrama De Jacob Levy Moreno.....	30

#### REGLAMENTOS:

Reglamento de publicaciones en **Español**  
(Descargar)

Regulamento de Publicações em **Português**  
(Descargar).



## HISTORIA DE ALAMOC

ALAMOC, es la Asociación Latinoamericana de Análisis, Modificación del Comportamiento y Terapia Cognitiva Conductual, y se fundó el 19 de febrero de 1975 en Bogotá, Colombia.

Desde sus comienzos hasta el presente se ha convertido en la asociación de los profesionales de los países latinoamericanos interesados en las Ciencias del Comportamiento y las Terapias Cognitivas Conductuales, y es la representante de América Latina en los congresos mundiales de terapias conductuales y cognitivas (WCBCT).

Los países originalmente miembros de ALAMOC fueron: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, Estados Unidos, El Salvador, España, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, República Dominicana, Uruguay y Venezuela, estando abierta a otros países donde existan grupos de profesionales latinoamericanos que deseen pertenecer a la ella.

ALAMOC es una entidad sin fines de lucro que tiene como objeto el fomento, promoción, ejecución, difusión, investigación, evaluación, acreditación, análisis y reflexión del estudio científico y sus avances sobre el comportamiento y la cognición en sus diversos componentes desde una comprensión integral del desarrollo humano y su relación con el contexto hasta los procesos de cambio y recursos psicoterapéuticos.

ALAMOC se ha constituido en la institución que califica y avala no sólo a profesionales, sino también a las instituciones de elevado nivel académico para recomendarlas como Centros de Formación en los diferentes países Latinoamericanos.

El congreso mundial del año 2013, fue el 8° Congreso Mundial de Terapias Conductuales y Cognitivas, y fue organizado por ALAMOC en Lima, Perú.

## CONGRESOS DE ALAMOC

Los Congresos Latinoamericanos de ALAMOC ya son tradicionales y en su historia se cuentan las siguientes ediciones:

I CLAMOC: Panamá (Panamá) - 1977.

II CLAMOC: Bogotá (Colombia) - 1979.

III CLAMOC: Santiago (Chile) - 1981.

IV CLAMOC: Lima (Perú) - 1984.

V CLAMOC: Caracas (Venezuela) - 1986.

VI CLAMOC: Montevideo (Uruguay) - 1989.

VII CLAMOC: Guayaquil (Ecuador) - 1991.

VIII CLAMOC: La Paz (Bolivia) - 1994.

IX CLAMOC: Viña del Mar (Chile) - 1996.

X CLAMOC: Caracas (Venezuela) - 1999.

XI CLAMOC: Lima (Perú) - 2001.

XII CLAMOC: Guayaquil (Ecuador) - 2003.

XIII CLAMOC: Montevideo (Uruguay) - 2005.

XIV CLAMOC: Sao Paulo (Brasil) - 2010.

XV CLAMOC: Buenos Aires (Argentina) - 2012.

XVI CLAMOC: Asunción (Paraguay) - 2014.

XVII CLAMOC: Panamá (Panamá) - 2016.

XVIII CLAMOC: Lima (Perú) - 2019



## Comentario editorial

### La importancia de la psicología en tiempos de pandemia.

La OMS define el término Salud como:

Un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento, y no solo la ausencia de enfermedades o afecciones.

Teniendo como punto de partida la definición señalada, es un hecho que durante todo este 2020 la humanidad se ha visto afectada por un virus calificado con el nombre de SARS COR 2 el cual es causal de una enfermedad infecciosa denominada COVID 19. Dicha enfermedad ha quedado señalada como una Pandemia.

De acuerdo a la OMS para que ocurra una pandemia debe darse varias condiciones

- Aparición de un virus nuevo, que no haya circulado previamente y por lo tanto, no exista población inmune a él.
- Que el virus sea capaz de producir casos graves de enfermedad o la muerte
- Que el virus tenga la capacidad de transmitirse de persona a persona de manera eficaz.

Dado que efectivamente la OMS ha considerado que estos criterios se cumplen en el caso del COVID 19, los diferentes países, con sus propias características, han decretado un estado de alerta sanitario que ha conllevado medidas conductuales con la finalidad de evitar la posibilidad de infección y evitar la propagación de contagio.

Independientemente de las medidas locales que cada país haya establecido, el común denominador ha estado en las siguientes:



- Confinamiento en el hogar
- Uso de mascarillas
- Distanciamiento social
- Lavado de manos frecuente.

El tiempo ha venido pasando y lo que al principio se pensó que sería cuestión de unas pocas semanas, tal vez 2 o 3 se ha prolongado a prácticamente ya 8 meses. En todo este tiempo y más allá de los esfuerzos científicos sanitarios de encontrar un exitoso protocolo de tratamiento, lo cierto es que no ha habido consenso médico y por el contrario se observan contradicciones respecto al éxito y fracaso de determinados planes de tratamiento.

Precisamente y en consecuencia al transcurrir del tiempo, a todo lo referente entre los índices de morbilidad y mortandad, a las repercusiones económicas y a los efectos psicológicos que están aconteciendo en las personas, se están dando en los

profesionales de la salud, particularmente dentro de la ciencia médica en sus diferentes especialidades, posiciones y posturas dispares respecto a los posibles efectos nocivos del SARS COR 2 y la enfermedad que produce COVID 19. No me corresponde particularmente a mí, en mi condición profesional de psicólogo clínico asumir un juicio valorativo ante aspectos muy específicos de la medicina, no obstante, y volviendo a la definición original de salud, la psicología clínica como ciencia tiene una ingerencia fundamental en el campo de la salud mental y por ende corresponde a los profesionales que la ejercemos velar por su prevención, curación y rehabilitación.

Al entrar propiamente en el campo de la salud mental se hace necesario desglosar esta en tres grandes procesos que la integran, estos son los procesos cognitivos, los procesos emocionales y los procesos conductuales.

La cognición representada por todo lo relacionado con el pensamiento que cae en el campo del consciente puede fundamentarse en la dicotomía que gira en lo racional o lo irracional. Las emociones como respuestas psicofisiológicas tienen que ver con la alegría, miedo, rabia y tristeza y dependiendo de la situación ambiental y la magnitud de respuesta pueden ser mayormente estables o inestables. La conducta como acción motora manifiesta que opera en interacción con el medio puede ser mayormente adaptativa, funcional, operativa o todo lo contrario.

El término realidad en un sentido vivencial tiene que ver con la interpretación, reacción y actuación

con los hechos que afectan en el espacio del individuo. En la medida en que existe una sincronía en la racionalidad cognitiva, la estabilidad emocional y la operatividad conductual, la denominada Salud Mental se encuentra preservada. Por el contrario en la medida que la asincronía cognitiva, emocional y conductual se hace presente el compromiso en la preservación de la salud en el ámbito psicológico es evidente.

Ya entrando en el terreno psicopatológico y psiquiátrico las alteraciones en la realidad recaen en dos grandes cuadros: las antiguamente denominadas "neurosis" hoy calificadas como Trastornos por Ansiedad y las Psicosis.

Lo que demarca la diferencia entre ambas independientemente del malestar que llegan a originar en el sujeto tiene que ver en el primer caso con un sufrimiento con aceptación de realidad y en el segundo con un sufrimiento con pérdida de contacto con la realidad.

Los cuadros fóbicos, los trastornos obsesivos compulsivos y la distimia son de frecuente consulta en el primer grupo y la esquizofrenia, la psicosis paranoide y en trastorno bipolar en el segundo.

La característica primordial de los trastornos por ansiedad es precisamente ese estado emocional de expectativa ante determinado peligro que va a desestabilizar a la persona y que aunque su raciocinio lucha por entender que en realidad el peligro no constituye la amenaza temida sin embargo las conductas emitidas para evitar o controlar la ansiedad son mantenedoras de la patología como tal.



Por su parte en las denominadas psicosis la realidad es sustituida por alteraciones tanto del pensamiento, los denominados delirios así como los trastornos de la percepción que se denominan alucinaciones ya sean estas auditivas o visuales.

Si volvemos ahora a estos últimos 8 meses de nuestra vida en la cual la pandemia ha pasado a ser el eje central, queda claro, más allá de la posible afección medica, que ciertamente parte de la psicopatología a la que anteriormente se hizo referencia presenta una afección a un número significativo de personas, hombres y mujeres, y posiblemente va a generar secuelas psicológicas en población infantil.

El ser humano es por naturaleza inteligente, afectivo y social. Su inteligencia lo induce a la acción, a la creación y resolución de situaciones que la vida cotidiana ofrece, necesita tener un necesario control de sus actividades y la planificación de algunas de ellas, necesita trabajar.

Su afectividad le induce a demostraciones de diversos tipos de estar en cercanía y contacto físico y táctil con aquellos a quienes les profesa cariño e incluso a veces necesita obtener consuelo cuando hay tristeza.

Su sociabilidad le lleva a realizar actividades en grupo, a reírse con amigos, a vestirse y arreglarse para salir a cenar, al cine, a una reunión o a tomar café –

Particularmente los niños en su proceso fisiológico de apego aprenden a manejar sus emociones viendo a sus padres y familiares y lo aprende en buena parte captando sus emociones y viendo sus caras, ahora ocultas por mascarillas. El niño adquiere habilidades y seguridad por medio de la interacción social en la escuela, por las actividades lúdicas.

Cuanto de todo lo descrito ha quedado reducido, modificado o eliminado ante el condicionamiento al

miedo que se puede estar gestando, es una pregunta necesaria. Cuanto independientemente de lo importante en cuanto a prevención puede de manera compulsiva referente a conductas de limpieza puede llegar a ser normal. Cuantas fobias con características de agorafobias puedan aparecer, cuantos cuadros hipocondríacos con somatización aumentaran, cuantas personas con características esquizoide verán su comportamiento altamente justificado, personas con rasgos pesimistas y melancólicos serán propensas a la distimia, cuanto el aislamiento físico puede ser conductor a conductas de violencia. Son todos ellos planteamientos que debemos tener en cuenta.



Muchas de estas interrogantes se verán reflejadas en el tiempo, cuando ya la medicina de por vencido el covid 19, y tal vez gracias a las conductas de prevención al contagio habremos aprendido a ser mas aseados, a discriminar mejor nuestros manifestaciones de afecto y no andar besando a todo el mundo, a valorar mejor el orden en nuestras casas, a manejar con mayor habilidad aplicaciones digitales de contacto laboral y social pero.....aún está por ver eso que algunos llaman “la nueva normalidad” y lo que se espera en ella de cambios en la propia naturaleza humana

En todo lo descrito en este escrito y otras muchas cosas que se pueden argumentar, la Psicología como rama del conocimiento científico que observa longitudinalmente al individuo, desde su niñez hasta su edad avanzada tiene mucho que decir, tiene mucho que aportar en cuanto a salud se trata.

Este 2020 no solo pasa a la historia debido a una situación inédita y generadora de incertidumbre como es la pandemia, mas allá de eso se ha caracterizado por el fortalecimiento de movimientos sociales que pugnan por modificar e incluso sustituir paradigmas sociales que hasta ahora pertenecían al status quo. En efecto, las ciencias biológicas y las ciencias sociales han entrado en actuación respecto a temáticas que tienen que ver con la educación, la estructura y dinámica familiar, la vida en pareja, las relaciones entre hombres y mujeres demarcada esta por la ideología de género, lo referente a la sexualidad en aspectos tales como la identidad y la orientación sexual por mencionar algunos aspectos resaltantes.

Ante todo esto la Psicología como ciencia del comportamiento tiene un rol prioritario de puente entre la fisiología y la socio cultura, entre el individualismo y el colectivismo y todo ello aunado a lo que nos ha tocado vivir en eso que todo el mundo habla, el covid 19 y la nueva normalidad.

Lo cierto es que en el rescate de la salud hay algo que debe tener muy claro..... En la película de su vida usted es el protagonista y en ese rol protagónico la persona operativa sabe manejar su libertad, se responsabiliza por sus decisiones y acciones y tolera y maneja sus frustraciones.

Desde Caracas, Venezuela, mi saludo cordial para todos.

**Dr. Juan José Moles A**

Director del Centro de Investigaciones Psiquiátricas,  
Psicológicas y Sexológicas de Venezuela.  
Past President de ALAMOC  
Miembro Fundador y actual Vicepresidente de  
ALTSEXPA



## Comportamento suicida e desregulação emocional na adolescência

### Suicidal behavior and emotional dysregulation in adolescence

**Daiane Rocha de Oliveira**

**Wilson Vieira Melo**

Contacto: wilsonmelo1@gmail.com

#### Resumo:

A desregulação emocional frequentemente está associada a comportamentos problemáticos tais como aqueles relacionados à conduta suicida. O artigo tem como objetivo apresentar uma revisão narrativa da literatura acerca de estudos que tratam das temáticas: comportamento suicida e desregulação emocional na adolescência. Para isso, foram consultadas as bases de dados MEDLINE, LILACS e SciELO, preferencialmente, entre os anos de 2009 e 2019, com exceções de artigos referência entre os temas pesquisados, nos idiomas português, inglês e espanhol. Diversos são os estudos sobre estes temas nos últimos anos, porém quando associados, apresentou-se um declínio, principalmente relacionado ao público adolescente. Além disso, salientou-se as dificuldades e divergências de definições das temáticas pesquisadas, apontadas por diferentes teóricos ao longo dos anos, um obstáculo que impacta em sua compreensão. Espera-se que este estudo instigue pesquisas futuras, visando um aprofundamento nas relações entre regulação, desregulação emocional e o comportamento suicida na adolescência. Compreende-se a relevância destes temas para o embasamento de estratégias de prevenção e intervenção eficazes no suicídio, não somente na adolescência, mas em diferentes fases do desenvolvimento humano.

**Palavras-Chave:** Comportamento suicida - Regulação emocional - Desregulação emocional - Adolescência. transdiagnóstico

#### Abstract

Emotional dysregulation is often associated with problematic issues such as those related to suicidal behavior. The article aims to present a narrative review of the literature about studies that address the themes: suicidal behavior, emotional regulation and emotional deregulation in adolescence. For this, the MEDLINE, LILACS and SciELO databases were consulted, preferably between 2009 and 2019, with the exception of reference articles between the researched themes, in Portuguese, English and Spanish. There are several studies on these topics in recent years, but when associated, there has been a decline, mainly related to the adolescent public. In addition, it was highlighted the difficulties and divergences of definitions of the researched themes, pointed by different theorists over the years, an obstacle that impacts their comprehension. It is hoped that this study will instigate future research aimed at deepening the relationship between regulation and emotional deregulation and suicidal behavior in adolescence. The relevance of these themes is understood to underpin effective suicide prevention and intervention strategies, not only in adolescence, but at different stages of human development.

**Keywords:** Suicidal behavior - Emotional regulation - Emotional dysregulation - Adolescence.



#### INTRODUÇÃO

O suicídio há muito vem sendo reconhecido como uma importante questão de saúde pública, um fenômeno complexo que abrange inúmeros indivíduos, de forma direta e indireta (WHO, 2012). Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), as taxas de suicídio ultrapassam 804 mil vítimas ao ano, compreendendo em média uma morte a cada 40 segundos em algum lugar do mundo (WHO, 2014). Em maior impacto estão os índices quanto à ideação, planos e tentativas suicidas na população geral, estimando-se que cerca de 9,2% das pessoas em algum momento pensam em suicídio, em torno de 3,1% chegam a um planejamento e em média de 2,7% realizam ao menos uma tentativa suicida ao longo da vida (Nock et al., 2008). Estes números tornam-se ainda mais alarmantes quando levamos em conta um fato há muito conhecido, a imprecisão quanto aos índices de tentativas e ideação suicida e a subnotificação de muitos casos de suicídio, principalmente na infância e no início da adolescência (de Sousa et al., 2017; McLoughlin et al., 2015; Wekstein, 1979).

llenar este vacío en el estudio de estos dos constructos. Se hipotetiza que se hallará una alta correlación directa entre la dimensión N y la intolerancia a la frustración.

Ao voltarmos nossa atenção às análises epidemiológicas internacionais, visualizamos um decréscimo no coeficiente de mortalidade por suicídio nos últimos anos (WHO, 2014), porém, é possível perceber o contrário na realidade brasileira, havendo uma crescente quanto ao número de indivíduos atingidos diretamente pelo suicídio, em diferentes faixas etárias (Lovisi et al., 2009; WHO, 2014). Atualmente, o suicídio é a segunda maior causa de óbitos em jovens de 15 a 29 anos no mundo (WHO, 2014), no Brasil representando a quarta maior causa nesta faixa etária (Brasil, 2017).

A adolescência é um período de transição, momento de passagem entre a infância e a idade adulta, fase de descobertas e conflitos para muitos destes indivíduos (Santrock, 2016). É vista como uma preparação para a vida adulta, compreendendo um momento de mudanças biológicas, cognitivas e socioemocionais (Santrock, 2016). A faixa etária que compreende a adolescência é variável em diferentes culturas, na maioria delas entre os 10 e 24 anos (WHO, 2014).

É característico da adolescência uma maior propensão a impulsividade, um padrão de escolhas imediatistas e déficits no controle inibitório (Malloy-Diniz et al., 2018). O cérebro adolescente, ainda em maturação, passa por diversas alterações neurobiológicas, sobretudo do córtex pré-frontal, uma região cerebral com importante papel na tomada de decisões e autocontrole, mas que chega ao seu pleno amadurecimento somente em meados dos 20 anos (Galván, 2014). Enquanto isso, áreas mais primitivas do cérebro, como a amígdala e o estriado ventral, são mais responsivos e excitáveis ao meio, deixando os adolescentes mais propensos a busca por recompensas, colocando esses indivíduos em maior disposição à imaturidade decisiva, em consequência, uma maior propensão a comportamentos impulsivos (Lamm et al., 2014; Van Leijenhorst et al., 2008).

Os comportamentos impulsivos, em adolescentes, aparecem principalmente na busca de gratificação imediata, geralmente desconsiderando consequências futuras, mesmo que estas possam lhe trazer riscos e causar danos (Weiser & Reynolds, 2011). Entre os comportamentos impulsivos de risco, podemos citar o uso e abuso de substâncias, o comportamento sexual indiscriminado e sem proteção, maior propensão em envolver-se em brigas e conflitos, comportamento suicida, etc (Weiser & Reynolds, 2011; Bart et al., 2018).



Durante a adolescência, estes indivíduos estão mais vulneráveis a alguns fatores predisponentes ao comportamento suicida, ao mesmo tempo, ainda em curso do seu desenvolvimento socioemocional e de estratégias para regulação destes comportamentos (Hawton et al., 2012). A regulação emocional, cada vez mais, vem sendo proposta como um importante fator protetivo, desempenhando um papel central na compreensão das diferenças de enfrentamento, assim como, frequência e intensidade em que são manifestadas por cada indivíduo (McLaughlin et al., 2011). Estudos apresentam a regulação emocional correlacionada à uma melhor saúde psicológica, aumento do bem-estar, maior capacidade de enfrentamento em eventos estressantes, até mesmo melhores índices de sucesso escolar e profissional. Em contraponto, a desregulação emocional como fator de risco para estes índices e para o desenvolvimento de psicopatologias. (Kobylińska & Kusev, 2019; Silva & Freire, 2014).

Diante disso, visto a importância da intervenção no fenômeno suicídio na adolescência, faz-se necessária a reflexão e revisão sobre os temas propostos. Para isso, entende-se a prioridade em compreender as dimensões do comportamento suicida na adolescência, além do aprofundamento sobre o reconhecimento da regulação e desregulação emocional, visto que a integração destes temas pode representar uma chave importante para a formulação de novas estratégias preventivas no comportamento suicida adolescente.

## MÉTODO

Realizou-se uma revisão narrativa da literatura. Foram buscados artigos e capítulos de livros, nacionais e internacionais, publicados entre os anos de 2009 e 2019. As bases de dados consultadas foram MEDLINE, LILACS e SciELO. Utilizou-se os descritores: comportamento suicida, regulação emocional, desregulação emocional e adolescência, nos idiomas português, inglês e espanhol

## COMPORTAMENTO SUICIDA: DEFINIÇÕES E MODELO EXPLICATIVO

A definição do conceito comportamento suicida é ampla, assim como os modelos que buscam explicar esse fenômeno, sendo alvo de inúmeras pesquisas na área da suicidologia ao longo dos anos. A dificuldade desta definição transpassa a variedade de aspectos que abrangem o comportamento suicida (Goodfellow et al., 2018; Lester, 2009; De Leo et al., 2006). De modo geral, é frequentemente categorizado em termos de violência do método, nível de letalidade e grau de planejamento, ganhando atenção atual como condição para estudos posteriores na Seção III do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais - DSM-5, indicado para pesquisas como um possível transtorno específico, denominado Transtorno do Comportamento Suicida (APA, 2014).

Para essa revisão, diante da necessidade de uma delimitação, utilizou-se a definição do comportamento suicida como: todo ato pelo qual o indivíduo causa lesão a si, independente do motivo ou intencionalidade letal (De Moreira & De Bastos, 2015). Em uma visão mais abrangente definido como um continuum entre: ideação suicida, tentativa de suicídio e o suicídio (Werlang, Borges, & Fensterseifer, 2005). Além disso, aprofundou-se o Modelo Integrado Motivacional-Volitivo do Comportamento Suicida (O'Connor & Portzky, 2018).

A ideação suicida é definida como qualquer tipo de pensamento, imagem, voz ou crença sinalizada pelo indivíduo sobre a intenção de acabar com a própria vida (Wenzel et al., 2010). É um importante fator preditivo para o suicídio, visto como uma primeira etapa do comportamento suicida (Souza et al., 2010).

As tentativas de suicídio, são comportamentos intencionais de autoagressão que não resultaram em morte (Macente, Santos, & Zandonade, 2009). Dentro desse conceito, alguns autores apontam ainda o parassuicídio, definido como tentativas de suicídio e ferimentos contra si com pouca ou nenhuma intenção de morte (Kreitman, 1977; Linehan, 2010). Atualmente, tem-se utilizado

mais frequentemente o termo Comportamento Autolesivo Sem Intencionalidade Suicida (CASIS – em inglês NSSI), apresentando-se como um conceito menos pejorativo, já que muitas vezes as tentativas de suicídio são apontadas como atos manipulativos, onde na verdade sua real motivação pode ser apenas uma forma de autorregulação do humor ou uma tentativa mal-adaptativa de solução de problemas conduzida pelo indivíduo (Crowell & Kaufman, 2016). Por fim, o suicídio, um ato deliberado de matar a si. Último estágio do comportamento suicida, também apresentando diferentes definições na literatura, indicado de modo geral como um desejo de morrer e a consciência do resultado sendo a morte (De Moreira & De Bastos, 2015).

O Modelo Integrado Motivacional-Volitivo do Comportamento Suicida (IMV) indica que indivíduos que apresentam um sentimento de aprisionamento, associado à dificuldade em encontrar soluções adequadas para a resolução de problemas, acabam sendo impulsionados ao comportamento suicida. Diante dessa concepção, o comportamento suicida é a tentativa de uma busca de libertação de uma vida insuportável, que sem encontrar uma aparente solução, o indivíduo decide desta forma acabar com o sofrimento (O'Connor & Kirtley, 2018). O'Connor e Portzky (2018), descrevem o modelo IMV como uma estrutura biopsicossocial trifásica, com aspectos distintos que caracterizam a transição do indivíduo ao longo do continuum, onde a primeira fase tem efeito no risco do comportamento suicida por meio da influência dos aspectos centrais das fases consequentes. As três fases são denominadas como: Pré-Motivacional, Fase Motivacional e a Fase Volitiva.

A fase Pré-Motivacional contempla as experiências precoces do indivíduo e os eventos desencadeantes do comportamento suicida. É composta por uma tríade diátese-ambiente-eventos de vida. As diáteses, são presumidas como a vulnerabilidade biológica, genética ou cognitiva e as características individuais que aumentam o risco do comportamento suicida, entre estas, por exemplo:

a diminuição da neurotransmissão serotoninérgica e o perfeccionismo. Já no contexto ambiental e os eventos de vida, destacam-se a desigualdade socioeconômica, o impacto de rápidas mudanças sociais, adversidades nos anos iniciais e as relações parentais e de apego (O'Connor & Kirtley, 2018).

A Fase Motivacional tem maior relação com o desenvolvimento da ideação e intenção suicida. O surgimento da ideação suicida é indicado como o resultado de um processo que inicia com experiências de derrota e/ou humilhação, também caracterizadas por rejeição e/ou perda social, levando a um sentimento de aprisionamento. Entretanto, esse desenvolvimento só acontecerá na presença de variáveis de auto ameaça, como por exemplo, ausência de um repertório de resolução de problemas, ruminação intensa, pensamentos de autocrítica, autodepreciação e autodesvalorização.

A última etapa da fase motivacional é a transição do sentimento de aprisionamento para a ideação suicida, indicando que a ausência ou presença de moderadores motivacionais (MM) diminuirão ou aumentarão a probabilidade da ideação suicida como resultado. Os exemplos de MM podem ser: expectativas sobre o futuro, busca por objetivos, senso de pertencimento, conexão e suporte social, conforme essas variáveis, diminuindo ou aumentando a probabilidade da tradução de ideação para intenção suicida (O'Connor & Portzky, 2018).

Por fim, a Fase Volitiva, transição das ideações suicidas para as tentativas de suicídio e/ou suicídio em si. Nesta fase são descritos os moderadores volitivos (VM), que conduzem essa transição, indicados por variáveis de natureza ambiental, psicológica, social ou fisiológica, como: a impulsividade, a intenção e o planejamento suicida, as tentativas de agressão e de suicídio, o acesso aos meios e instrumentos para a execução do plano e a imitação de procedimentos suicidas conhecidos, resultando assim em um comportamento suicida (O'Connor & Kirtley, 2018).



### COMPORTAMENTO SUICIDA NA ADOLESCÊNCIA

Dados epidemiológicos: números, diferenças de gênero e métodos.

Na adolescência, os índices que envolvem o comportamento suicida são variáveis. Pesquisas apontam que as variações mundiais de ideação e tentativas de suicídio em jovens e adolescentes giram entre 10-35% e 5-15%, respectivamente, em diferentes países (Buitrago & Parra, 2018). Recentes dados internacionais apontam os números do suicídio em estimativas de 3,77/100.000 pessoas, entre 10 e 19 anos (Glenn et al., 2019).

O comportamento suicida também ocorre em crianças menores de 10 anos, embora menos frequente, mas não podendo ser desconsiderado devido as suas altas taxas de subnotificação relacionadas desde a dificuldade de classificação e erros de registros, como mortes acidentais ou causas indeterminadas, adulteração da causa da morte na certidão de óbito ou até mesmo sobre o sepultamento em cemitérios clandestinos. Estes aspectos não são exclusivos à infância ou adolescência, mas sabe-se que estes são os mais afetados, impossibilitando assim uma maior precisão destes números nessa população (de Sousa et al., 2017; McLoughlin et al., 2015).

Quanto ao gênero, adolescentes do sexo masculino são mais propensos ao suicídio, sendo 2,6 vezes maior que no sexo feminino (Hawton et al., 2012). Porém, quando olhamos para ideação e tentativas de suicídio, as adolescentes do sexo feminino apresentam maiores índices, diferença também encontrada em outras faixas etárias, justificando-se principalmente pela menor agressividade nos meios utilizados, realizadas em sua maioria com a ingestão excessiva de medicamentos e venenos (Braga & Dell'Aglio, 2013). Em contrapartida, o sexo masculino utiliza métodos mais violentos e letais em suas tentativas, indicando principalmente o uso de armas de fogo, enforcamento e envenenamento por monóxido de carbono e outras substâncias. Essas características são bastante discutidas na literatura,

ainda hoje fomentando hipóteses, conhecida como paradoxo do gênero no comportamento suicida (Schrijvers et al., 2012).

#### Fatores de risco e proteção

Conforme apontamento de diversos estudos na literatura, em destaque em uma metanálise conduzida recentemente por Miranda-Mendizabal et al. (2019), os fatores de risco para o comportamento suicida na adolescência são variados, alguns compartilhados equivalentemente entre ambos os gêneros, enquanto outros mais associados a um em específico. Como fator de risco característico para ambos, indica-se a presença de eventos negativos individuais e problemas familiares como: o bullying, maus-tratos na infância, exposição a qualquer tipo de violência, pensamentos e comportamentos suicidas anteriores, transtornos mentais, abuso de substâncias, orientação sexual (homossexual, bissexual, transgênero), baixo rendimento escolar e morte de um genitor (Miranda-Mendizabal et al., 2019; Botega, 2015).



Adolescentes do sexo feminino tem como característica comum o envolvimento em um relacionamento amoroso. Indica-se que diante de uma maior predisposição a problemas emocionais internalizantes (sintomas depressivos, ansiosos e queixas somáticas) associado a exposição de um abuso físico ou psicológico, torna esse público mais propenso ao comportamento suicida como resposta (Miranda-Mendizabal et al., 2019; Kaess et al., 2011). Em adolescentes do sexo masculino, indica-se como fatores de risco mais característicos a separação ou divórcio dos pais, desesperança, preconceito e comportamento suicida entre amigos e familiares. Em contraste ao sexo feminino, tendem a apresentar problemas e sintomas externalizantes (comportamento agressivo, delinquente e comportamento antissocial) (Miranda-Mendizabal et al., 2019; Kaess et al., 2011).

Quanto aos fatores de proteção para o comportamento suicida, a OMS sinaliza a importância da presença de relações pessoais significativas, um sistema de crenças religiosas e culturais, estratégias positivas de coping e bem-estar (WHO, 2014). Pesquisas corroboram a importância sobre esses fatores de proteção na adolescência, porém apresentam escassez na literatura, principalmente quando comparadas aos estudos quanto aos fatores de risco do comportamento suicida (Miranda-Mendizabal et al., 2019).

As relações pessoais são de extrema relevância na adolescência. Evidências apontam que o apoio de amigos e familiares são importantes fatores protetivos no comportamento suicida adolescente (Tseng & Yang, 2015), porém, ao mesmo tempo, tornando-se um fator de risco caso estes indivíduos também estiverem envolvidos em comportamentos de risco (Prinstein et al., 2010).

As crenças religiosas e culturais que desencorajam o suicídio desempenham um importante papel preventivo no comportamento suicida, mais especificamente no suicídio. Algumas religiões como o Judaísmo, Islamismo e o Cristianismo, especialmente

a religião católica, condenam o suicídio, servindo como um inibidor aparente do comportamento suicida em diferentes faixas etárias (Pinheiro, 2012; Vijayakumar & Phillips, 2016; Almeida & Neto, 2004). As baixas taxas de suicídio em países latino-americanos, onde o catolicismo é predominante, e em países islâmicos corroboram estes achados (WHO, 2014). Cabe salientar que pesquisas apontam uma forte relação entre a prática religiosa e a proteção de tentativas de suicídio e suicídio consumado, mas não protegendo-os necessariamente contra a ideação suicida (Lawrence, Oquendo, & Stanley, 2016). Importante avaliar o contraponto destes dados, visto que muitas culturas religiosas podem contribuir para um estigma quanto ao comportamento suicida diante da sua condenação ao ato suicida, desencorajando assim a busca por ajuda destes indivíduos (WHO, 2014).

Outros fatores de proteção importantes na prevenção do comportamento suicida são as estratégias positivas de coping e bem-estar. Fatores como estabilidade emocional, uma visão otimista do futuro, autoestima, auto eficácia e habilidades efetivas de resolução de problemas impactam na vulnerabilidade aos estressores e adversidades presentes na infância e adolescência (WHO, 2014). Além disso, estilos de vida saudáveis também são relevantes para o bem-estar físico e mental, considerando a prática regular de esportes e exercícios físicos, uma rotina de sono e dieta adequadas e estabelecimento de relacionamentos e contatos sociais estáveis como importantes fatores protetivos para estes indivíduos (Sarchiapone et al., 2014 & WHO, 2014).

#### EMOÇÃO, REGULAÇÃO E DESREGULAÇÃO EMOCIONAL

Embora vivenciada por todos, definir emoção ainda é uma tarefa complexa e divergente entre diferentes teóricos (Lazarus, 1991; Levenson, 2001; Plutchik & Conte, 1997). Plutchik (1982), de forma abrangente, define emoção como um conjunto complexo de





reações à um estímulo, mediados por aspectos como a avaliação cognitiva, mudanças subjetivas, excitação autonômica e neural, impulsos para a ação e comportamentos em direção a um efeito sobre o estímulo inicial. De modo geral, compreende-se que as emoções funcionam como reguladoras do comportamento, desencadeadas pelas interpretações que fazemos dos acontecimentos, envolvendo diversas reações em diferentes sistemas, sendo as expressões emocionais uma forma de adaptação ao meio, contribuindo para a sobrevivência e regulação das interações sociais (Cardoso, 2011).

A regulação emocional refere-se às estratégias utilizadas pelos indivíduos com objetivo de controlar suas emoções, quando e como elas serão expressadas (Gross, 2015). Conforme o Modelo Processual da Regulação Emocional (Gross, 1998), as estratégias de regulação emocional são representadas em cinco grupos: (1) Seleção da situação - estratégias em antecipação à situação, por exemplo, esquiva; (2) Modificação da situação - esforços quanto a modificação da situação, por exemplo, comportamento de fuga; (3) Modificação do foco atencional - estratégias que visam a seleção de alguns aspectos, por exemplo, focar e desfocar da situação; (4) Mudança cognitiva - mudar o significado da situação e da capacidade de manejo, por exemplo a reavaliação cognitiva; (5) Modulação de resposta - esforços para influenciar as respostas fisiológicas, experienciais ou comportamentais, por exemplo, a respiração (Melo, Mendes, & Baldisserotto, 2019).

Entre as diversas estratégias de regulação emocional, algumas ganham destaque na literatura: a reavaliação cognitiva (um processo que envolve pensar de uma forma diferente para a mudança da emoção), a aceitação (envolve a adoção de uma posição de não julgamento para experiências internas), a resolução de problemas (uma estratégia com foco de alteração ou correção de um problema), a ruminação (foco excessivo sobre as experiências emocionais, suas causas e consequências), a supressão (tentativa de diminuir a experiência

subjetiva da resposta emocional) e a evitação (refletindo na evitação para a experiência de emoções sensações físicas e pensamentos negativos) (Aldao et al., 2010).

Já a desregulação emocional é a consequência de uma intensa vulnerabilidade emocional, gerando uma incapacidade de regular as emoções. Representa uma inabilidade de modificar ou regular pistas emocionais, experiências, ações, respostas e/ou não verbais diante das diversas emoções vivenciadas. Como exemplos característicos de desregulação emocional, podemos apontar, um excesso de aversão às experiências emocionais, a incapacidade de regular a excitação fisiológica intensa, problemas para desviar a atenção de alguns estímulos, distorções e falhas de processamento insuficiente para controlar comportamentos impulsivos relacionados a emoções intensas, etc (Linehan, 2010; Gross, 1998).

Linehan (2010), propõe o Modelo Biossocial, um modelo teórico que explica a desregulação emocional como consequência de uma interação entre vulnerabilidades biológicas do indivíduo, combinadas à ambientes invalidantes, este último definido como aquele onde a expressão das experiências privadas não é validado, normalmente sendo punido ou banalizado. Logo, essas experiências de invalidação emocional (ambientes invalidantes), somadas a vulnerabilidade biológica (temperamento), originam a desregulação emocional. Conforme o Modelo Biossocial, diante desta exposição contínua, os indivíduos poderão apresentar outros problemas, como a desregulação cognitiva, interpessoal, comportamental e a instabilidade quanto à visão de self.

Para Linehan, a teoria Biossocial serve como base para a terapia comportamental dialética (DBT), um tratamento desenvolvido inicialmente para tratar de mulheres suicidas, tornando-se em seguida o tratamento padrão-ouro para o Transtorno da Personalidade Borderline. Atualmente, a DBT vem sendo proposta como uma abordagem indicada para diversos transtornos psicológicos, principalmente

para casos mais complexos, com múltiplas comorbidades e com grave desregulação emocional (Melo et al., 2017).

### **REGULAÇÃO E DESREGULAÇÃO EMOCIONAL NA ADOLESCÊNCIA**

A regulação emocional é constituída de processos extrínsecos (regulação emocional no outro) e intrínsecos (regulação emocional em si). Na infância, mais especificamente nos primeiros anos de vida, somos incapazes de regular sozinhos nossas emoções, então, para que a regulação emocional aconteça, é indispensável a presença de figuras de apego. As formas como estas figuras respondem a expressão emocional da criança são determinantes para o desenvolvimento de suas competências de regulação emocional futuras (Melo et al., 2019; Bowlby, 1984).

Na adolescência e fase adulta, as emoções continuam sofrendo a influência do outro, principalmente em situações de maior intensidade emocional, porém, o indivíduo já está em desenvolvimento da capacidade de centrar-se nos processos intrínsecos e de autorregular suas emoções (Cardoso, 2011). Frente ao desenvolvimento socioemocional, a autorregulação (regulação sem auxílio externo de cuidadores) representa um marco fundamental da adolescência (LeBlanc et al., 2017).

A adolescência é caracterizada por diversas mudanças, sejam elas, fisiológicas, cognitivas e psicossociais. Essas alterações impactam diretamente no processo de regulação das emoções, afetando principalmente na valência e intensidade de emoções negativas e positivas vivenciadas. Nesse período da vida, é comum o aumento de experiências negativas e estresse, o que é um grande desafio para estes indivíduos, um risco particular para a desregulação emocional. Esse risco torna-se ainda mais preocupante, visto o conhecimento da adolescência como uma fase crítica para o desenvolvimento de diversas psicopatologias e comportamentos de risco, que geralmente se manifestam pela primeira vez

nesse momento da vida (Sharp & Trull, 2017).

Entre as psicopatologias e comportamentos de risco comuns na adolescência, estão a depressão, ansiedade e o comportamento suicida, amplamente reconhecidos como problemas relacionados a dificuldade de regulação das emoções (Pinheiro, 2018). As estratégias de regulação emocional são utilizadas como forma de controle e estabilização emocional, porém nem sempre alcançam um resultado eficaz. Dentre estas estratégias, algumas são classificadas como adaptativas (reavaliação, aceitação e resolução de problemas) e desadaptativas (ruminação, supressão e evitação) definições baseadas na sua eficácia, na alteração das experiências emocionais e nas relações de longo prazo com algumas psicopatologias (Aldao et al., 2010).

A utilização de estratégias de regulação emocional desadaptativas na adolescência indica uma forte associação com sintomatologias depressivas, ansiosas, problemas alimentares e abuso de substâncias (Pinheiro, 2018; Aldao et al., 2010). De forma semelhante, a desregulação emocional na adolescência é um importante fator preditivo para o desenvolvimento de Transtornos Alimentares, Transtornos Bipolares, Transtornos de Personalidade como o Transtorno de Personalidade Borderline e comportamentos automutilatórios, todos estes também apontados como fatores de risco para o comportamento suicida (Melo et al., 2017).

### **DISCUSSÃO**

Diversos estudos sobre os temas, individualmente apontados, contribuem com a literatura científica dos últimos anos. Porém a associação entre os três tópicos pesquisados mostra um declínio nos achados, principalmente quando relacionado ao público adolescente. Este declínio, como normalmente se percebe, é ainda maior na literatura nacional quando avaliado em comparação a literatura internacional.

O primeiro ponto avaliado foi a definição sobre adolescência e a faixa etária que a compreende.



Diferentes culturas e organizações mundiais definem a adolescência de modo particular, entre estes: a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece a idade entre 10 e 19 anos (adolescentes), a Organização das Nações Unidas (ONU) entre 15 e 24 anos (jovens), enquanto no Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), considera a adolescência na faixa etária de 12 a 18 anos (Brasil, 1990). Para fim desta revisão não foi realizado um corte entre as faixas etárias, logo utilizaram-se artigos que apenas definissem e tratassem a adolescência.

Quando se olha para o comportamento suicida, percebe-se inicialmente uma dificuldade na definição de termos, muitos sendo apontados como sinônimos, ou ainda, utilizados de maneira errônea ou pejorativa. Este é um desafio já conhecido e explorado pela suicidologia, que vem propondo como intervenção um sistema de nomenclaturas e classificações, assim possibilitando avanços nas pesquisas científicas, conseqüentemente, aumentando o conhecimento sobre epidemiologia, a progressão do comportamento suicida, tratamentos e protocolos eficazes etc. (Silverman, 2016).

Ainda sobre a dificuldade de encontrar classificações e termos comuns sobre o comportamento suicida e suas variáveis, é possível perceber a fragilidade e variabilidade nos dados e pesquisas que se propõe a confirmar os motivos ou números deste fenômeno. Há muito é conhecido a dificuldade devido às subnotificações das tentativas de suicídio ou do próprio suicídio, principalmente na infância e adolescência. Sendo assim, refere-se que o impacto do comportamento suicida é ainda maior do que se conhece.

Outro aspecto relevante é a variabilidade de modelos que buscam explicar as causas e os fatores envolvidos no comportamento suicida. Para essa revisão, aprofundou-se no Modelo Integrado Motivacional-Volitivo do Comportamento Suicida (Connor & Portzky, 2018), visto sua concentração não somente aos fatores psicológicos envolvidos, mas na sua busca pela explicação do desenvolvimento deste

continuum existente no comportamento suicida (O'Connor & Portzky, 2018; O'Connor & Nock, 2014).

Sobre a emoção, há muito é vista como assunto de interesse por diversos pesquisadores de diferentes áreas. Porém, percebe-se que a variabilidade de teorias, conceitos e definições, ao longo dos anos, ao invés de se mostrarem facilitadoras na compreensão da emoção, torna-se um obstáculo, dificultando na clareza e ênfase em que cada um direciona, principalmente pelas diferentes correntes teóricas em que os autores se norteiam, à exemplo: Darwin (primitiva); Plutchik (fisiológica); Lazarus, (cognitivista); Bowlby (desenvolvimentalista); Watson (comportamentalista); Eysenck (teorias clínicas); Scherer (sociais) e Sartre (fenomenológica) (Ferreira, 2015).

Quanto a regulação emocional, ao longo dos anos, diversos estudos se propuseram a compreendê-la em diferentes momentos do desenvolvimento (Ferreira, 2015). Entretanto, a literatura ainda aponta lacunas na forma de avaliação e mensuração da regulação emocional, principalmente na adolescência, entendendo a necessidade de medidas viáveis e fidedignas. (MacDermott et al., 2010; Neumann et al., 2009)

Por último, cada vez mais, a desregulação emocional ganha ênfase, apontando a sua relação com diversas psicopatologias ao longo do desenvolvimento. Porém, também é característica a diversidade entre as definições e significados encontrados na literatura, não existindo uma característica central que defina a desregulação emocional. Entre as diferentes dimensões da desregulação emocional, estão: menor consciência emocional, reatividade emocional inadequada, expressão e experiência intensa das emoções, rigidez emocional e dificuldade de reavaliação cognitiva (D'Agostino et al., 2017; Pinheiro, 2018).

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo da presente revisão narrativa foi realizar uma busca na literatura acerca de estudos

que tratassem das temáticas regulação emocional, desregulação emocional e comportamento suicida. Além disso, verificar a relação entre os tópicos e o que se conhece sobre eles no público adolescente.

Pretende-se que esta revisão contribua para futuras pesquisas na área, principalmente, instigando sobre uma melhor definição dos tópicos pesquisados e da necessidade de aprofundamento nas relações entre regulação e a desregulação emocional e o comportamento suicida na adolescência. Entende-se que é de extrema relevância, pois direciona o conhecimento sobre alguns dos aspectos que conhecidamente corroboram para o suicídio, assim como, possibilitam o embasamento para futuras estratégias de intervenção (promoção e prevenção) frente ao comportamento suicida adolescente.

### REFERÊNCIAS

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217–237. doi:10.1016/j.cpr.2009.11.004
- Almeida, A. M., & Neto, F. L. (2004). Religião e Comportamento Suicida. *Suicídio: Estudos Fundamentais*, 53–60.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (M. I. C. A. Nascimento). 5ª Ed./Porto Alegre, Brasil: (Original published in 2013).
- Bart, C. P., Abramson, L. Y., & Alloy, L. B. (2018). Impulsivity and Behavior-Dependent Life Events Mediate the Relationship of Reward Sensitivity and Depression, but Not Hypomania, Among at-Risk Adolescents. *Behavior Therapy*, 50(3), 531–543. doi: 10.1016/j.beth.2018.09.001
- Botega, N. J. (2015). *Crise suicida: Avaliação e manejo*. Porto Alegre, Brasil: Artmed.



Bowlby, J. (1984). *Apego e perda: apego* (3 ed). São Paulo: Martins Fontes.

Braga, L. D. L., & Dell'Aglio, D. D. (2013). Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. *Contextos Clínicos*, 6(1), 2–14. Doi:10.4013/ctc.2013.61.01

BRASIL, M. da S. (2017). Setembro Amarelo - Agenda Estratégica de Prevenção do Suicídio. Ministério Da Saúde, 34. Recuperado de <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/Coletiva-suicidio-21-09.pdf>

BRASIL. Lei 8.069, de 13 de Julho de 1990. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Brasília: Ministério da Justiça, 1990.

Buitrago, S. C. C., & Parra, J. A. C. (2018). Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Pediatría Atención Primaria*, 20(80), 387–397.

Cardoso, M. do R. C. P. C. e C. S. (2011). *Compreensão emocional: A compreensão causal das emoções em crianças de idade escolar* (Dissertação de Mestrado) Universidade de Lisboa, Portugal.

Crowell, S. E., & Kaufman, E. A. (2016). Desenvolvimento de lesão autoinfligida: comorbidades e continuidades com traços de personalidade *limitrofe e antissocial*. *Dev. Psychopathol.* 28 (4 pt 1), 1071-1088. doi: 10.1017 / S0954579416000705

D'Agostino, A., Covanti, S., Rossi Monti, M., & Starcevic, V. (2017). Reconsidering Emotion Dysregulation. *Psychiatric Quarterly*, 88(4), 807–825. doi: 10.1007/s11126-017-9499-6



- De Leo, D., Burgis, S., Bertolote, J. M., Kerkhof, A. J. F. M., & Bille-Brahe, U. (2006). Definitions of suicidal behavior: Lessons learned from the WHO/EURO Multicentre Study. *Crisis*, 27(1), 4–15. doi: 10.1027/0227-5910.27.1.4
- De Moreira, L. C. O., & De Bastos, P. R. H. O. (2015). Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: Revisão de literatura. *Psicologia Escolar e Educacional*, 19(3), 445–453. doi: 10.1590/2175-3539/2015/0193857
- de Sousa, G. S., dos Santos, M. S. P., da Silva, A. T. P., Perrelli, J. G. A., & Sougey, E. B. (2017). *Revisão de literatura sobre suicídio na infância*. *Ciencia e Saude Coletiva*, 22(9), 3099–3110. doi: 10.1590/1413-81232017229.14582017
- Ferreira, C. S. A. (2015). *O Desenvolvimento da Regulação das Emoções Estudo das Variáveis Intraindividuais*. (Dissertação de Mestrado) Universidade de Coimbra, Portugal.
- Galván, A. (2014). Insights about adolescent behavior, plasticity, and policy from neuroscience research. *Neuron*, 83(2), 262–265. doi: 10.1016/j.neuron.2014.06.027
- Glenn, C. R., Kleiman, E. M., Kellerman, J., Pollak, O., Cha, C. B., Esposito, E. C., ... Boatman, A. E. (2019). Annual Research Review: A meta-analytic review of worldwide suicide rates in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. doi: 10.1111/jcpp.13106
- Goodfellow, B., Kölves, K., & de Leo, D. (2018). Contemporary Nomenclatures of Suicidal Behaviors: A Systematic Literature Review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 48(3), 353–366. doi: 10.1111/sltb.12354
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271–299. doi:10.1037/1089-2680.2.3.271
- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1-26.
- Gross, J. J. (Ed.). (2014). *Handbook of emotion regulation*. 2 ed. New York: Guilford Press.
- Hawton, K., Saunders, K. E. A., & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 379(9834), 2373–2382. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60322-5
- Kaess, M., Parzer, P., Haffner, J., Steen, R., Roos, J., Klett, M., ... Resch, F. (2011). Explaining gender differences in non-fatal suicidal behaviour among adolescents: A population-based study. *BMC Public Health*, 11, 1–7. doi: 10.1186/1471-2458-11-597
- Kobylińska, D., & Kusev, P. (2019). Flexible Emotion Regulation: How Situational Demands and Individual Differences Influence the Effectiveness of Regulatory Strategies. *Frontiers in Psychology*, 10. doi:10.3389/fpsyg.2019.00072
- Kreitman, N. (1977). *Parasuicide*. England: Wiley
- Lamm, C., Benson, B. E., Guyer, A. E., Perez-Edgar, K., Fox, N. A., Pine, D. S., & Ernst, M. (2014). Longitudinal study of striatal activation to reward and loss anticipation from mid-adolescence into late adolescence/early adulthood. *Brain and Cognition*, 89, 51–60. doi: 10.1016/j.bandc.2013.12.003
- Lawrence, R. E., Oquendo, M. A., & Stanley, B. (2016). Religion and Suicide Risk: A Systematic



- Review. *Archives of Suicide Research*, 20(1), 1–21. doi: 10.1080/13811118.2015.1004494
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. Oxford, University Press.
- LeBlanc, S., Essau, C. A., & Ollendick, T. H. (2017). Emotion Regulation: Na Introduction. In C.a. Essau, S. LeBlanc, T.H. Ollendick (orgs.), *Emotion regulation and psychopathology in children and adolescents*. New York, NY: Oxford University Press.
- Lester, D. (2009). A proposal for a nomenclature for suicide. *Psychological Reports*, 105(3), 685–686. doi: 10.2466/PRO.105.3.685-686
- Levenson, R. W. (2001). The architecture of emotion: Form, function, and dysfunction. Paper presented at the meeting of the Society for Psychophysiological Research, Montreal, Canada.
- Linehan, M. (2010). *Terapia cognitivo-comportamental para transtorno da personalidade Borderline*. Porto Alegre: Artmed.
- Lovisi, G. M., Santos, S. A., Legay, L., Abelha, L., & Valencia, E. (2009). Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Epidemiological analysis of suicide in Brazil from 1980 to 2006*. *Revista Brasileira de Psiquiatria* - 31(Supl II), 86–94. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v31s2/v31s2a07.pdf>
- MacDermott, S. T., Gullone, E., Allen, J. S., King, N. J., & Tonge, B. (2010). The Emotion regulation index for children and adolescents (ERICA): A Psychometric investigation. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32, 301–314.
- Macente, L. B., Dos Santos, E. G., & Zandonade, E. (2009). Tentativas de suicídio e suicídio em município de cultura Pomerana no interior do estado do Espírito Santo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58(4), 238–244. doi: 10.1590/S0047-20852009000400004
- Malloy-Diniz, L.F., Sallum, I., Fuentes, D., Baroni, L.B., Costa, D. S., & Paula, J.J. (2018). O exame das funções executivas. In L.F. Malloy-Diniz, D. Fuentes, P. Mattos & N. Abreu (Orgs.), *Avaliação Neuropsicológica* 2 ed. Porto Alegre: Artmed.
- McLaughlin, K. A., Hatzenbuehler, M. L., Mennin, D. S., & Nolen-Hoeksema, S. (2011). Emotion dysregulation and adolescent psychopathology: A prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 49(9), 544–554. doi:10.1016/j.brat.2011.06.003
- McLoughlin, A.B., Gould, M. S., & Malone, K. M. (2015). Global trends in teenage suicide: 2003–2014, *QJM: An International Journal of Medicine*, 108(10). doi: 10.1093/qjmed/hcv026
- Melo, W. V., Mendes, M. A., Baldisserotto, G. (2019). Regulação emocional na prática terapêutica. In: Maria Cristina Miyazaki, Maicoln Teodoro, Ricardo Gorayeb. (Org.). *PROPSICO Programa de atualização em psicologia clínica e da saúde*. 1ed. Porto Alegre: Artmed Panamericana, v. 3, p. 135-168.
- Melo, W. V., Fava, D. C.; Souza, C. M., Alvarado, E. (2017). A Terapia Comportamental Dialética na adolescência. In: Carmem Beatriz Neufeld. (Org.). *Terapia Cognitivo-Comportamental para adolescentes: Uma perspectiva transdiagnóstica e desenvolvimental*. 1ed.



- Porto Alegre: Artmed, v. 1, p. 42-60.
- Miranda-Mendizabal, A., Castellví, P., Parés-Badell, O., Alayo, I., Almenara, J., Alonso, I., Alonso, J. (2019). Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *International Journal of Public Health*, 64(2), 265–283. doi: 10.1007/s00038-018-1196-1
- Neumann, A., van Lier, P. A. C., Gratz, K. L., & Koot, H. M. (2009). Multidimensional assessment of emotion regulation difficulties in adolescents using the difficulties in emotion regulation scale. *Assessment*, 20, 1-12.
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., ... Williams, D. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *British Journal of Psychiatry*, 192(2), 98–105. doi: 10.1192/bjp.bp.107.040113
- O'Connor, R. C., & Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 373(1754). doi: 10.1098/rstb.2017.0268
- O'Connor, R. C., & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry*, 1(1), 73–85. doi: 10.1016/S2215-0366(14)70222-6
- O'Connor, R. C., & Portzky, G. (2018). The relationship between entrapment and suicidal behavior through the lens of the integrated motivational-volitional model of suicidal behavior. *Current Opinion in Psychology*, 22, 12-17.
- Pinheiro, M. J. S. (2018). (Des) Regulação Emocional Na Adolescência: estratégias de regulação e problemas emocionais e de comportamento. (Dissertação de Mestrado) Universidade de Coimbra, Portugal.
- Pinheiro, M. J. X. (2012). Morte e Judaísmo: Transformações ao longo do tempo em Pernambuco. (Dissertação de Mestrado) Universidade Federal de Pernambuco, Pernambuco, Brasil.
- Plutchik, R. (1982). A psychoevolutionary theory of emotions. *Social Science Information*, 21(4–5), 529–553. doi: 10.1177/053901882021004003
- Plutchik, R., & Conte, H. R. (1997). *Circumplex Models of Personality and Emotions*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Prinstein, M. J., Heilbron, N., Guerry, J. D., Franklin, J. C., Rancourt, D., Simon, V., & Spirito, A. (2010). Peer influence and nonsuicidal self injury: Longitudinal results in community and clinically-referred adolescent samples. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38(5), 669–682. doi: 10.1007/s10802-010-9423-0
- Santrock, J. W. (2016). *Adolescence*. (16<sup>o</sup> ed.). New York, NY: McGraw-Hill. Education.
- Sarchiapone, M., Mandelli, L., Carli, V., Iosue, M., Wasserman, C., Hadlaczky, G., ... Wasserman, D. (2014). Hours of sleep in adolescents and its association with anxiety, emotional concerns, and suicidal ideation. *Sleep Medicine*, 15(2), 248–254. doi: 10.1016/j.sleep.2013.11.780
- Schrijvers, D. L., Bollen, J., & Sabbe, B. G. C. (2012). The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. *Journal of Affective Disorders*, 138(1–2), 19–26. doi: 10.1016/j.jad.2011.03.050
- Sharp, C., & Trull, T. J. (2017). Emotional dysregulation in adolescents with Borderline Personality Disorder In C.a. Essau, S. LeBlanc, T.H. Ollendick (orgs.), *Emotion regulation and psychopathology in children and adolescents*. New York, NY: Oxford University Press.
- Silva, E., & Freire, T. (2014). Regulação emocional em adolescentes e seus pais: Da psicopatologia ao funcionamento ótimo. *Análise Psicológica*, 32(2), 217–228. Doi: 10.14417/ap.746
- Silverman, M. M. (2016). Challenges to Defining and Classifying Suicide and Suicidal Behaviors. In R.C. O'Connor & J. Pirkis, *The International handbook of suicide prevention 2 ed*. West Sussex: John Wiley & Sons.
- Souza, L. D. D. M., Ores, L., De Oliveira, G. T., Cruzeiro, A. L. S., Silva, R. A., Pinheiro, R. T., & Horta, B. L. (2010). Ideação suicida na adolescência: Prevalência e fatores associados. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(4), 286–292. doi:10.1590/S0047-20852010000400004
- Tseng, F. Y., & Yang, H. J. (2015). Internet use and web communication networks, sources of social support, and forms of suicidal and nonsuicidal self-injury among adolescents: Different patterns between genders. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 45(2), 178–191. Doi:10.1111/sltb.12124
- Van Leijenhorst, L., Westenberg, P. M., & Crone, E. A. (2008). A developmental study of risky decisions on the cake gambling task: Age and gender analyses of probability estimation and reward evaluation. *Developmental Neuropsychology*, 33(2), 179–196. doi: 10.1080/87565640701884287
- Vijayakumar, L., & Phillips, M. (2016). Suicide Prevention in Low- and Middle- Income Countries. In R.C. O'Connor & J. Pirkis, *The International handbook of suicide prevention 2 ed*. West Sussex: John Wiley & Sons.
- Wawton K., Saunders K. E. A., & O'Connor R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*; 379(9834):2373-82.
- Weiser, J., & Reynolds, B. (2011). Impulsivity and Adolescence. In *Encyclopedia of Adolescence (Vol. 1)*. doi: 10.1016/B978-0-12-373951-3.00022-3
- Wekstein, L. (1979). *Handbook of suicidology*. New York, Brunnel/Magel.
- Wenzel, A., Brown, G. K., & Beck, A. T. (2010). Terapia cognitivo-comportamental para pacientes suicidas. Porto Alegre: Artmed.
- Werlang, B. S. G., Borges, V. R., & Fensterseifer, L. (2005). Fatores de Risco ou Proteção para a Presença de Ideação Suicida na Adolescência. *Interamerican Journal of Psychology*, 39(2), 259–266.
- World Health Organization. (2012). Public health action for the prevention of suicide. Who, doi: doi.org/9789241503570



## Fobias Específicas: Comparación entre los modelos explicativos Psicoanalíticos y Conductistas. Implicaciones Clínicas

### Specific Phobias: A comparison between psychoanalytic and behavioral explanatory models. Clinical implications

**Lic. Néstor Granda**  
Universidad de Buenos Aires  
Contacto: nestorgranda@live.com

#### Resumen:

En el presente trabajo se esboza una revisión de las conceptualizaciones más importantes, provenientes de los modelos explicativos basados en el psicoanálisis y el conductismo, respecto a la adquisición y el mantenimiento de uno de los trastornos de ansiedad más comunes: las fobias específicas. Estas aproximaciones al fenómeno presentan significativas diferencias en cuanto a las teorizaciones que dan cuenta del origen y mantenimiento del trastorno, lo que conlleva asimismo una visión dispar en relación a las intervenciones y objetivos implicados en su tratamiento.

**Palabras clave:** Fobias específicas. Ansiedad. Miedo. Psicoanálisis. Conductismo.

#### Abstract:

This paper outlines a review of the most important conceptualizations, derived from explanatory models based on psychoanalysis and behaviorism, regarding the acquisition and maintenance of one of the most common anxiety disorders: specific phobias. These approaches to the phenomenon present significant differences in the theories that account for the origin and maintenance of the disorder, which also leads to a disparate view in relation to the interventions and objectives involved in its treatment.

**Key words:** Specific phobias. Anxiety. Fear. Psychoanalysis. Behaviorism

#### INTRODUCCIÓN

Las fobias específicas constituyen uno de los cuadros de ansiedad más comunes, con una prevalencia global (porcentaje de personas que han sido diagnosticadas alguna vez con el trastorno, independientemente de si en la actualidad lo presentan o no) del 10-11,3% (APA, 2000). En Estados Unidos y en Puerto Rico, es el trastorno más frecuente, con una prevalencia de vida del 12,5% y 8,6%, respectivamente. Asimismo, constituye uno de los trastornos psiquiátricos con mayor prevalencia en Chile y en Brasil (Culver y Craske, 2011). En la Argentina, donde no hay estadísticas sistemáticas y confiables para casi nada referido a la salud mental (a pesar de la importancia capital de la información epidemiológica precisa para llevar a cabo las adecuadas planificaciones en el área [Keegan, 2012]), se estima que 1 de cada 10 personas sufre de fobias específicas (un estudio epidemiológico de salud mental, el primero hecho en el país, publicado en 2018, no obstante, estima la prevalencia de vida de las fobias específicas en el 6,8% [Stagnaro y otros, 2018]), siendo este trastorno (como casi todos los cuadros de ansiedad) más común en mujeres que en hombres, en particular las fobias de tipo situacional, las referidas a fenómenos naturales y a animales (Cía, 2007).



Diversos modelos teóricos han explicado la génesis y el mantenimiento de este trastorno, y asimismo, basados en estos modelos, se han trazado diferentes tipos de intervenciones, entre las cuales las fundamentadas en los principios psicodinámicos y conductuales se encuentran entre las más difundidas. Indagar respecto a las disparidades que pueden verificarse entre los principios directrices de estos enfoques es el propósito básico de este artículo.

#### Miedo y ansiedad

Si bien el miedo y la ansiedad provocan una respuesta fisiológica similar, tendiente a preparar al organismo para enfrentar o huir de un peligro percibido, es útil diferenciar ambas emociones. En el miedo, el peligro es inminente (y concreto); en la ansiedad, el peligro es potencial, anticipado y asimismo mucho más indefinido en cuanto a su objeto (APA, 2012). En una fobia específica, por ejemplo temor a las serpientes, la ansiedad aparecería cuando el sujeto fóbico presupone que si se interna en un pastizal se encontrará con una serpiente (con lo cual se mostrará hipervigilante ante la posibilidad de toparse con una o directamente evitará internarse en el pastizal), sintiéndose nervioso y aprensivo. Pero si el sujeto entra efectivamente en contacto con una serpiente, experimentará miedo (ya que percibirá el peligro como inminente y concreto).

Cuando detectamos un peligro, el cerebro emite una señal que, entre otras áreas, activa un importante eje del sistema endócrino: el eje hipotálamo-hipófiso-adrenal. Las glándulas suprarrenales segregan adrenalina, noradrenalina y cortisol (un esteroide que promueve la síntesis de glucosa). El objetivo de esta activación es llevar más energía y oxígeno a los músculos que estarán implicados en las conductas básicas de respuesta ante un peligro: enfrentarlo o huir. Existe, no obstante, una tercera variante: la del congelamiento defensivo o freezing, como cuando

se le aplica a las ratas de laboratorio una descarga eléctrica que no pueden eludir (Vanderlinden & Vandereycken, 1999). Esta estrategia probablemente haya tenido su ventaja evolutiva en el hecho de que pudo ser de ayuda para evitar depredadores (Hagenaars, 2014), ya que muchos de éstos, ante la presa inmóvil, pierden interés. Para Sullivan y Le Doux (2004), el freezing siempre aparece, aunque sea de manera breve, en presencia de un estímulo que se interpreta como peligroso (Mora-Gallego y Salas Castillo, 2014).

Aun cuando tanto la respuesta de miedo pasiva (evitación, freezing) como la reacción activa de enfrentamiento se inician en la amígdala, ambos flujos de información siguen caminos distintos. La respuesta pasiva de miedo va del núcleo central de la amígdala hacia el tronco cerebral; la reacción de enfrentamiento activo, en cambio, va del núcleo basal de la amígdala hacia los circuitos motores del striatum ventral. El aprendizaje, no obstante, puede redireccionar el flujo de información del núcleo central al núcleo basal de la amígdala, modificando la respuesta hacia el estímulo aversivo (Le Doux & Gorman, 2001; Cía, 2007).

#### Fobias

De acuerdo a los manuales clasificatorios de los trastornos mentales más utilizados (DSM y CIE), las fobias son miedos acusados y persistentes, excesivos e irracionales ante objetos o situaciones determinadas que, en sí mismos, no son en general peligrosos (la fobia social, ante el juicio negativo de los demás; la agorafobia, ante la posibilidad de encontrarse en un lugar de donde sea difícil escapar o recibir ayuda; las fobias específicas ante circunstancias o entidades concretas, como volar, alturas, tormentas, animales, sangre, etc.). Esta visión desmesurada de la amenaza, implícita en el objeto o situación fóbicos, da lugar, por lo general, a comportamientos de evitación (Mom,



1984), una de las principales razones que contribuyen al mantenimiento de este tipo de trastornos. En las fobias específicas, el 75% de los sujetos teme a más de una situación u objeto (APA, 2012) y tiene mayor riesgo de desarrollar otros trastornos (de ansiedad, del estado de ánimo, de personalidad, de consumo de sustancias, etc.)

#### **El modelo psicoanalítico de las fobias**

En 1909, Freud publicó, en el primer número del *Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen* (Anuario de investigaciones psiconalíticas y psicopatológicas), revista fundada por el propio Freud y por Egele Bleuler, el que sería, sin duda, uno de los historiales clínicos emblemáticos del psicoanálisis: “Análisis de la fobia de un niño de 5 años (El caso Juanito)” (Freud 1909/1998). Este trabajo, en sus dos lecturas del caso (la original de 1909 y su relectura de 1926, a la luz de la segunda teoría de la angustia) se constituiría en el modelo a seguir (o a cuestionar) respecto a la conceptualización psicoanalítica sobre las fobias y las subsecuentes intervenciones sobre el trastorno.

En 1894, Freud clasificó las fobias (representaciones obsesivas) dentro de las neuropsicosis de defensa (es decir, originadas en un mecanismo psíquico), junto con la histeria y algunas psicosis alucinatorias, por lo que asumió entonces que sus síntomas eran simbólicos y tenían un sentido interpretable (Freud, 1894/1981; Leone y Winograd, 2000). En 1895, sin embargo, las consideró neurosis actuales (de etiología somática, sin mecanismo psíquico, originadas por falta o inadecuación de la satisfacción sexual), y por lo tanto no interpretables (Freud 1895/1979; Leone y Winograd, 2000), quedando fuera del campo analítico (Cosentino, 1999a). El problema que se le presentó, fue que las fobias podían manifestarse tanto en las neuropsicosis como en las neurosis actuales, en cualesquiera de los subgrupos de éstas. Por lo tanto, no constituyeron, en principio, entidades gnoseológicas en sí mismas, sino manifestaciones de

diversos desórdenes mentales. Finalmente, tenderá un puente entre las psiconeurosis y las neurosis actuales, al proponer que los síntomas de las neurosis actuales a menudo podían servir como fase precursora de los síntomas psiconeuróticos (Freud, 1912/1980).

En 1909 (El caso Juanito), Freud retomó el modelo conflicto/defensa para las fobias al incluir los síndromes fóbicos dentro de la histeria de angustia (término introducido por Stekel en 1908, a instancias del propio Freud, en “Los estados de angustia neurótica y su tratamiento” [Laplanche & Pontalis, 1996]), neurosis estructuralmente similar a la histeria de conversión (afirmó entonces que existía pleno acuerdo entre el mecanismo psíquico de las fobias y el de la histeria), puesto que en ambas el afecto y la representación se separan (por efecto de la represión). En la histeria de angustia, no obstante, la libido no es convertida (como en la histeria de conversión), sino que es liberada bajo la forma de angustia, la que finalmente se fija a un objeto, la fobia (Cosentino, 1998). Justamente este trabajo de ligamiento psíquico de la angustia libre, es el origen de la formación de los síntomas fóbicos. En consecuencia, la fobia se constituye en dos tiempos: en el primero, se da una crisis de angustia mórbida; en el segundo, se proyecta esa angustia sobre un objeto (Birraux, 1997). En Juanito, el caballo es ese objeto sobre el cual se proyecta la angustia libre, lo que le permite adoptar consecuentes medidas de evitación. Desde esta perspectiva (y en especial a partir de la segunda teoría de la angustia), la fobia es la externalización de un conflicto (Mom, 1984), una “formación sustitutiva” (Cosentino, 1999b), una estructura de tipo defensiva, un síntoma de orden simbólico (persecutorio en el caso de Juanito) que debe ser interpretado, al modo del síntoma en la histeria de conversión. Represión, desplazamiento y simbolización, por lo tanto, constituirían, para el modelo psicoanalítico, los tres mecanismos defensivos típicos en las fobias (Kaplan & Sadock, 2009)



#### **El caso Juanito**

Hijo de Max Graf, crítico de música vienés y miembro de la Sociedad Psicológica de los Miércoles (que, a partir de ese mismo año, 1908, pasará a llamarse Asociación Psiconalítica Vienesa), Juanito (Herbert Graf), por entonces un niño de 4 años y 9 meses, y mientras paseaba por el parque con la criada, observó con estupor la caída de un caballo que tiraba de un carro. A partir de entonces, Juanito comenzó a temerle a los caballos, a que lo mordieran por la calle. Días antes, Juanito había tenido un sueño angustiante: que la madre se iba lejos, por lo que supuso que ya no la tendría con él. Durante esos días, Juanito se presentó alarmado y temeroso de que la madre se realmente se marchara y “no le hiciera más mimos”, a tal punto que se negaba a salir de la casa.

El propio Max Graf (supervisado por Freud) se hizo cargo del análisis de Juanito. Si bien al escribirle por primera vez a Freud sobre el caso, Graf interpretó que la fobia de Juanito se debía a la excitación sexual que le provocaban los excesivos cuidados de la madre (que, incluso, y a pesar de las recomendaciones en contrario del padre, permitía que el niño durmiera con ella), Freud rápidamente desvió la atención del analista hacia la angustia de Juanito ante el nacimiento de la hermana (Hanna) y hacia su insistente interés por revelar el misterio de lo que él llamaba “la cosita de hacer pipí” (Wiwimacher), interés que lo llevaba a tocarse con asiduidad el miembro. Su madre, tiempo antes, lo había amenazado con cortárselo si continuaba con esa práctica, amenaza que, para Freud, desde la segunda conceptualización de la angustia, abrió el camino hacia la represión (Niño, 2009).

En la primera conceptualización, no obstante, tanto el padre como la hermana, vividos por el niño como rivales (vivencia que, según Freud, activó su deseo por hacerlos desaparecer), se constituyeron en obstáculos para Juanito (en lo que se refiere a su deseo de tener a la madre para sí). Estos conflictos

fueron reprimidos por el niño. La represión, por tanto, se presenta, desde este enfoque, como origen de la angustia, y la fobia (esa angustia proyectada en el caballo) como efecto de su problemática edípica (Morató, 2004).

Con la segunda teoría de la angustia (Freud, 1926/1979), ésta fue reformulada y pasó a ser aquello que le indica al yo la inminencia de un peligro. En el caso del Juanito, el peligro que activó la señal de angustia fue la amenaza de castración (simbólicamente proyectada en la mordedura del caballo). Un peligro interno fue sustituido por uno externo (el caballo), pero que se podía evitar. Desde esta perspectiva, la represión no da origen a la angustia, como en el primera formulación, sino que ésta existe con anterioridad y es la que, precisamente, activa el mecanismo defensivo de la represión.

Debido a que en el modelo psicoanalítico las fobias son un mecanismo para lidiar con la angustia (mecanismo que consiste en la transmutación de esa angustia en miedo a un objeto concreto, pero que puede ser evitado), el tratamiento se fundamenta básicamente en identificar y conectar al paciente, en el análisis y a través de la palabra, con la angustia que habita detrás de todo miedo fóbico y con el conflicto o la representación original que la dispara (generalmente de naturaleza sexual). En Juanito, por ejemplo, la representación externa “caballo” sustituye a la representación interna “padre”, a la vez temido y odiado por el niño; el temor al castigo del padre por desear a la madre (castración), se transforma en angustia fóbica a ser mordido por el caballo.

#### **El modelo conductista de las fobias**

El fenómeno fóbico es abordado por el conductismo desde la teoría del aprendizaje. Uno de los modelos más sencillos y de mayor utilidad clínica que explica la génesis y mantenimiento de las fobias es el denominado modelo bifactorial. Según éste, una fobia se adquiere por condicionamiento clásico y se



sostiene por condicionamiento operante (Mowrer, 1947).

En el modelo de Watson y Rayner de 1920, un estímulo inicialmente neutro adquiere la propiedad de evocar respuestas de miedo por asociación con estímulos naturalmente aversivos, a través del condicionamiento clásico. En este aspecto, son famosos los experimentos que Watson y Rayner llevaron a cabo con el pequeño Albert (Douglas Merritte), en donde a través de aparear un estímulo condicionado neutro (un animal con pelo) con uno incondicionado (un ruido fuerte, golpear una lámina metálica con un martillo), lograron desarrollar una fobia específica en el niño. En la teoría de Mowrer, el mantenimiento de la fobia se debe a la conducta de evitación que se pone en marcha y al reforzamiento negativo de esa estrategia, que se produce al reducirse el malestar como consecuencia de dicha conducta.

Varias críticas se han propuesto para este modelo, pero una de las más importantes alude a que no puede explicar por qué ciertas fobias son mucho más frecuentes que otras (por ejemplo, la fobia a los animales es más común que la fobia a los globos). El modelo no tendría en cuenta factores evolutivos (por ejemplo, la mayoría de las fobias específicas derivan de miedos básicos asociados a la evolución filogenética de la especie humana y podrían haber jugado un rol adaptativo) y componentes de aprendizajes sociales, que podrían incidir en la aparición de un trastorno fóbico, por lo cual el modelo bifactorial predice una frecuencia similar en cualquier tipo de fobia; sin embargo, esto no se observa en la práctica.

La introducción de elementos de la teoría del modelado (Bandura, 1977) puede explicar la aparición de algunos tipos de fobias. El ambiente familiar puede constituirse en un factor determinante en el desarrollo de una fobia a través del aprendizaje

vicario (aprendizaje por imitación: ver lo que los otros hacen y las consecuencias que ellos tienen por su comportamiento, nos enseña a repetir o evitar una conducta). Por ejemplo, si una persona significativa vive una experiencia traumática (v.gr. un accidente en avión) o muestra un miedo intenso hacia alguna situación, animal u objeto, ese miedo puede ser aprendido y evolucionar hacia una fobia. Al respecto, son interesantes los experimentos que Susan Mineka (1984) y su equipo llevaron a cabo con monos rhesus. En estos estudios, encontraron que los monos capturados en estado salvaje mostraban temor ante la presencia de serpientes, no así los monos criados en cautiverio. No obstante, luego de que los monos criados en cautiverio vieran la reacción de alarma de los monos capturados en estado salvaje, comenzaron también a temerle a las serpientes.



Respecto al papel de los factores evolutivos, Seligman (1971) propuso la teoría de la preparación



en las fobias. Esta teoría afirma que el organismo humano se encuentra filogenéticamente preparado para asociar sin esfuerzo ciertos estímulos a ciertas respuestas. Las fobias, por lo tanto, no son arbitrarias, sino que se encuentran asociadas a peligros que fueron importantes durante la evolución. Se adquieren con relativa facilidad y presentan una marcada resistencia a la extinción. En el decurso del proceso evolutivo, aquellos individuos que sentían miedo más fácilmente ante estímulos peligrosos, tenían más probabilidades de sobrevivir y transmitir esta capacidad a sus descendientes. Según esta hipótesis, las fobias en sí no son innatas, lo que sí es innato, en cambio, es la capacidad para aprender reacciones fóbicas. La mayor o menor facilidad de los distintos individuos para desarrollar miedos fóbicos, estaría determinada por variaciones genéticas (Öhman, 1992).

Debido a que para el modelo conductista los factores de mantenimiento son más importantes que los factores etiológicos (sólo conjeturables), las intervenciones sobre el trastorno implicarán algún tipo de exposición (esta estrategia es contraria al factor de mantenimiento más importante de las fobias y de los trastornos de ansiedad en general: la evitación). Diversas técnicas de exposición han sido propuestas para el tratamiento de las fobias específicas desde el enfoque conductista. La desensibilización sistemática, por ejemplo, implica la asociación del estímulo aversivo (verbigracia, un animal) con una respuesta incompatible con la ansiedad (tradicionalmente, relajación), mediante el principio de inhibición recíproca (una respuesta, la ansiedad, es inhibida por la otra, la relajación, ya que una y otra no pueden coexistir). En la desensibilización sistemática (introducida por Wolpe en 1958, pero que tiene sus antecedentes en los trabajos de Cover Jones de 1924), las exposiciones suelen ser primero "en imaginación" y posteriormente "en vivo", aun cuando seguir esta secuencia no es necesariamente

imprescindible. En todos los casos, se trata de una aproximación progresiva al objeto fóbico. No obstante, la desensibilización sistemática no es la única estrategia posible; la exposición, por ejemplo, también puede hacerse enfrentando directamente al objeto fóbico en la realidad, sin recurrir al escape, incluso en una sola sesión terapéutica (Öst, 1989), usando en este caso la técnica de flooding (inundación). Los distintos tratamientos aplicados para las fobias específicas que se han basado en estas estrategias han mostrado tamaños de efecto significativos (entre 1,42 y 2,06, según el metaanálisis de Ruhmland y Margraf publicado en 2001) (Badós, 2009). Las razones por las cuales la exposición es eficaz no están claras, pero se han propuesto algunas hipótesis. La habituación (familiarización con el objeto temido), planteada por Lader y Mathews; la extinción (eliminación de la respuesta condicionada por eliminación del refuerzo), propuesta por Lomont y el procesamiento emocional (la introducción de información inconsistente con la previamente almacenada en la memoria emocional), propuesta por Foa y Kozak, se encuentran entre las más recurridas (Antony y Barlow, 1997). En cualquier caso, sin embargo, la evidencia no es concluyente y ninguna de estas hipótesis explica, por sí misma, los fundamentos de la eficacia de la intervención.

## CONCLUSIONES

El modelo psicoanalítico de las fobias específicas pone énfasis en los aspectos etiológicos del trastorno. La angustia, motivada por el peligro de castración, es proyectada hacia un objeto externo (el objeto fóbico), que lo reemplaza simbólicamente, pero que puede ser evitado. Las intervenciones terapéuticas tenderán, por lo tanto, a reencauzar, a través de la palabra, esa angustia desde el objeto fóbico hacia la representación o conflicto original del cual el objeto fóbico es sólo un símbolo.

Por el contrario, el enfoque conductista hace



hincapié en los aspectos de mantenimiento del trastorno (las estrategias evitativas, por ejemplo, que se refuerzan negativamente al disminuir al corto plazo el malestar), por lo cual los procedimientos de intervención se orientarán a lograr que el paciente reemplace esas conductas disfuncionales (evitativas), por otras más adaptativas (de enfrentamiento).

En el modelo psicoanalítico (en lo que podríamos calificar como mecanismo de “adentro hacia afuera”) el sujeto traslada un malestar interno hacia un objeto externo para lidiar con él; en el modelo conductista (en lo que calificaríamos como mecanismo de “afuera hacia adentro”), es un objeto externo el que dispara un malestar interno del sujeto, objeto que entonces se evita para disminuir el malestar que genera (reforzamiento negativo de la conducta de evitación). A pesar de estas divergencias, y por motivos diferentes, no obstante, ambos enfoques atribuyen a las conductas de evitación un papel clave en la presentación del problema.

#### REFERENCIAS:

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders* (4<sup>th</sup> edition, revised text) (DSM IV TR), Washington (DC): Autor.
- American Psychiatric Association (2012). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders* (5<sup>th</sup> edition) (DSM V), Washington (DC): Autor.
- Antony, M. M. y Barlow, D. H. (1997). Tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de ansiedad. Fobias específicas. En: Caballo, V. E. (dir.). *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos* Vol. 1. Madrid. Siglo XXI. (3-24)
- Badós, A. (2009). *Fobias específicas*. Barcelona. Universitat de Barcelona.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. New York. General Learning Press.

Birraux, A. (1997). “La phobie, structure originaire de la pensée”. En: Fine, A., Le Guen, A. Oppenheimer, A. (dir.). *Peurs et phobies*. París. Presses Universitaires de France. (135-157)

Cia, A. (2007). *La ansiedad y sus trastornos*. Buenos Aires. Polemos.

Cosentino, J.C. (1998). *Angustia, fobia, despertar*. Buenos Aires. Eudeba.

Cosentino, J.C. (1999a). *Construcción de los conceptos freudianos* (vol 1). Buenos Aires. Manantial.

Cosentino, J.C. (1999b). *Construcción de los conceptos freudianos* (vol 2). Buenos Aires. Manantial.

Culver, N. C. y Craske, M. G. (2011). “Terapia cognitiva conductual para fobias específicas”. En: Rodríguez Biglieri, R. y Vetere G. (comps.) *Manual de terapia cognitiva conductual de los trastornos de ansiedad*. Buenos Aires. Polemos. (109-152)

Freud, S. (1894/1981). “Las neuropsicosis de defensa”. En: López Ballesteros, L. (trad.), *Sigmund Freud. Obras completas* (Tomo 1). Madrid. Biblioteca Nueva

Freud, S. (1895/1979). “Obsesiones y fobias. Su mecanismo psíquico y su etiología”. En: Etcheverry, J.L. (trad.) *Obras completas: Sigmund Freud* (vol 3), Buenos Aires. Amorrortu.

Freud, S. (1909/1998). “Análisis de la fobia de un niño de cinco años”. En: Etcheverry, J.L. (trad.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (vol.10). Buenos Aires. Amorrortu.

Freud, S. (1912/1980). “Contribución para un debate sobre el onanismo”. En Etcheverry, J.L. (trad.) *Obras Completas: Sigmund Freud* (vol 12). Buenos Aires. Amorrortu.

Freud, S. (1926/1979). “Inhibición, síntoma y angustia”. En: Etcheverry, J.L. (trad.) *Obras Completas: Sigmund Freud* (vol 20). Buenos Aires. Amorrortu.

Hagenaars, M. (2014). “Updating freeze: aligning animal and human research”. *Neuroscience and behavioral reviews*, 47 (165-176).

Kaplan, B y Sadock, V. (2009). Sinopsis de psiquiatría. Barcelona. Lippincott Williams and Wilkins. Wolter Kluwer Health.

Keegan, E. (2012). “La salud mental en la perspectiva cognitivo-conductual”, *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, 23, (101) (52-56).

Laplanche, J. & Pontalis, J-B. (1998). *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona, Paidós Ibérica.

LeDoux, J. E., & Gorman, J. M. (2001). A call to action: Overcoming anxiety through active coping. *The American Journal of Psychiatry*, 158(12),(1953-1955).

Leone, A. & Winograd, D. (2000). “Histeria de angustia”. En: Fischer, H., *Conceptos fundamentales de psicopatología* (vol VI, Las neurosis). Buenos Aires. CEA. (71-88)

Mineka, S., Davidson, M., Cook, M., & Keir, R. (1984). Observational conditioning of snake fear in rhesus monkeys. *Journal of Abnormal Psychology*, 93(4) (355-372).

Mom, J.M., (1984). “Aspectos teóricos y técnicos en las fobias y en las modalidades fóbicas”. En: Sauri, J. (comp.). *Las fobias*. Buenos Aires. Nueva Visión. (154-221)

Mora-Gallego A. y Salas Castillo S. (2014). “Modelos animales de miedo y ansiedad: descripciones neuro-



conductuales”. *Actualidades en Psicología*, 28 (117) (1-12).

Morató, R. (2004). “Desde Freud a la actualidad. Las Fobias”. *Relaciones* N.º 246 (16-18).

Mowrer, O. H. (1947). On the dual nature of learning: A reinterpretation of «conditioning» and «problem solving», *Harvard Educational Review*, 17 (102-150).

Niño, M.V. (2009). “Análisis de la fobia de un niño de cinco años (caso Juanito)... cien años después de publicado”. *Psicoanálisis*, 21 (1) (143-153).

Öhman, A.(1992) “Fear and anxiety as emotional phenomena: Clinical, phenomenological, evolutionary perspectives, and information: processing mechanisms”, en *Handbook of the emotions*. New York. Guilford. (511-536)

Öst, L-G. (1989). One-session treatment for specific phobias. *Behaviour Research and Therapy*, 27 (1-7)

Seligman, M. E. (1971). Phobias and preparedness. *Behavior Therapy*, 2, (307-320). doi:10.1016/S0005-7894(71)80064-3

Stagnaro, J.C., Cia, A., Vázquez, N., Vommaro, H., Nemirovsky, M., Serfaty, E., Susta, S.E., Medina Mora, M.E., Benjet, C., Aguilar-Gaxiola, S., y Kessler, R. (2018). Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, 142 (29) (275-299)

Sullivan, G.; & LeDoux, J. (2004). “Synaptic Self”. En: Gorman, J. (Ed). *Fear and anxiety*. American Psychopathological Association. New York. University of Chicago Press. (1-22 )

Vanderlinden, J. y Vandereycken, W. (1999). *Trauma, disociación y descontrol de los impulsos en los trastornos de alimentación*. Barcelona. Granica





## El Psicodrama de JACOB LEVY MORENO<sup>1</sup> JACOB LEVY MORENO'S PSYCHODRAMA

**Dr. Julio Obst Camerini**  
Presidente de ALAMOC  
Presidente de Fundación CATREC, Argentina  
Contacto: catrecdirector@gmail.com

### INTRODUCCIÓN

Jacob Levy Moreno, nacido en Bucarest en 1889, como Jacob Levy, se mudó a Viena en 1895, donde completó sus estudios y desarrolló sus primeras experiencias y propuestas, para luego, en 1925, mudarse a New York, habiendo ya incorporado el apellido Moreno a su identidad.

Ya en New York, en 1932 acuña el término "psicoterapia de grupo" (*"group psychotherapy"*) convirtiéndose en uno de los pioneros del desarrollo de la misma. En 1936, establece un sanatorio en Beacon, 60 millas al norte de la ciudad, junto al río Hudson, donde reside y desarrolla sus numerosas actividades, hasta su fallecimiento en 1974. Es allí también donde toma forma concreta, lo que conocemos como "psicodrama", aunque Moreno refiere sus orígenes a sus experiencias en Viena, donde había fundado en 1921 el "teatro de la improvisación" (*"Stegreiftheatre"*). También pertenece a su iniciativa la fundación, en New York, de la ASGPP (*American Society of Group Psychotherapy and Psychodrama*).

En 1949 Moreno se casa con Zerka Toeman y juntos emprenden la difusión del psicodrama por todo el país e internacionalmente.

Un amplio relato de la vida y obra de J.L. Moreno, que abarca sus aportes a las ciencias sociales, al teatro y a la literatura, su filosofía de vida y hasta sus conceptos religiosos, resulta sorprendente y muy interesante, pero escapa al propósito de este trabajo. Para profundizar este tema puede leerse la biografía

escrita por Marineau (1989).

Muchos temas han sido desarrollados también y caracterizan a Moreno, entre los cuales se han destacado la *sociometría* (Moreno, 1946) y la *psicomúsica* (Moreno, 1959b).



### INTRODUCCIÓN TEÓRICA.

El psicodrama es una forma de psicoterapia, ideada por J.L. Moreno, inspirada en el teatro de improvisación y concebida inicialmente como grupal

o *"psicoterapia profunda de grupo"* (Moreno, J.L., 1959b).

Moreno presentó al psicodrama como *"una nueva forma de psicoterapia que puede ser ampliamente aplicada"* (Moreno, J.L., 1946). Según su creador: *"Históricamente el psicodrama representa el punto decisivo en el apartamiento del tratamiento del individuo aislado hacia el tratamiento del individuo en grupos, del tratamiento del individuo con métodos verbales hacia el tratamiento con métodos de acción."* (Moreno, 1946). *"El psicodrama pone al paciente sobre un escenario, donde puede resolver sus problemas con la ayuda de unos pocos actores terapéuticos. Es tanto un método de diagnóstico como de tratamiento."* (Moreno, 1946).

Hace diez años, Blatner (1988) lo presentaba así: *"El psicodrama es un método de psicoterapia en el cual los pacientes actúan los acontecimientos relevantes de su vida en vez de simplemente hablar sobre ellos. Esto implica explorar en la acción, no sólo los acontecimientos históricos, sino, lo que es más importante, las dimensiones de los acontecimientos psicológicos no abordados habitualmente en las representaciones dramáticas convencionales: los pensamientos no verbalizados, los encuentros con quienes no están presentes, representaciones de fantasías sobre lo que los otros pueden estar sintiendo o pensando, un futuro posible imaginado y muchos otros aspectos de los fenómenos de la experiencia humana. Aunque el psicodrama es usado habitualmente en un contexto grupal y puede ser un método muy útil para catalizar el proceso grupal (y, a su vez, ser catalizado por la dinámica grupal), no debe ser considerado como una forma de terapia específicamente grupal. Puede ser usado, como sucede en Francia, con varios co-terapeutas entrenados y un solo paciente. También puede usarse el psicodrama con familias o, inclusive, en una forma modificada, en terapias individuales."*

Dicho en nuestros términos, el psicodrama es una forma de psicoterapia (o recurso psicoterapéutico) consistente en la representación (dramatización) por parte del paciente de acontecimientos pasados o futuros, reales o imaginarios, externos o internos, experimentándolos al máximo, como si estuvieran sucediendo en el presente. En estas representaciones se utilizan diversas técnicas dramáticas, guiadas por ciertos principios y reglas, y destinadas, según lo requerido por el proceso, a uno o más de los siguientes objetivos principales:

- (1) Darse cuenta de los propios pensamientos, sentimientos, motivaciones, conductas y relaciones.
- (2) Mejorar la comprensión de las situaciones, de los puntos de vista de otras personas y de nuestra imagen o acción sobre ellas.
- (3) Investigar y descubrir la posibilidad y la propia capacidad de nuevas y más funcionales opciones de conducta (nuevas respuestas).
- (4) Ensayar, aprender o prepararse para actuar las conductas o respuestas que se encontraron más convenientes.

Cabe señalar también que el psicodrama puede emplearse, no sólo como fuera concebido originalmente, en terapias de grupo, sino también en terapias individuales y en terapias de pareja.

Una suma de reglas y principios, unidos a conceptos tales como: la espontaneidad, la acción corporal, el encuentro, la catarsis dramática, el "telé" y la teoría de los roles, orientan y sustentan un conjunto de técnicas y recursos, tales como: la inversión de roles, el soliloquio, el doblaje o la proyección de futuro, muchos de las cuales han sido frecuentemente adoptados por muy diversas corrientes psicoterapéuticas y educativas con resultados satisfactorios (Blatner, 1996) (Pickering, 1997).

<sup>1</sup> Material editado y reimpresso con permiso. Publicado originalmente en: Obst Camerini, J. (2014). La Terapia Cognitiva Integrada y Actualizada (Cap. 5). Segunda Edición. Buenos Aires: CATREC



Coincidiendo totalmente con las apreciaciones de Blatner citadas al comienzo, vamos a presentar muy brevemente los conceptos y principios más relevantes del psicodrama, junto con sus recursos o técnicas generales, para luego, en los siguientes capítulos, analizar y desarrollar las formas y oportunidades de aplicación dentro de un modelo teórico cognitivo *conductual integrado*.

### CONCEPTOS BÁSICOS

#### ACCIÓN, "AQUÍ Y AHORA", CUERPO Y ENCUENTRO:

El concepto dramático de la acción, más amplio que la simple comunicación verbal, que Moreno consideraba una propuesta y opción superadora del estilo de Freud, es una característica fundamental del psicodrama. Hoy este enfoque coincide con los denominados recursos o técnicas de acción (también señalados como "experienciales") tan importantes en los procesos de cambio, como resaltan las corrientes conductuales, las cognitivas-conductuales, y las humanísticas (Gestalt). Esto también ya era señalado, en su teoría del aprendizaje social, por Bandura (1977a), como ya citamos en un capítulo anterior: *"Los resultados de estudios controlados indican que los intentos de modificar los pensamientos erróneos sólo mediante el análisis de la racionalidad y la reestructuración cognitiva logran, a lo sumo, débiles e inconsistentes cambios en la conducta (Mahoney, 1974). Si las aplicaciones clínicas de esos abordajes producen mejores resultados, ello probablemente se debe más a las tareas correctivas asignadas de comportarse en forma diferente que a las exhortaciones a pensar mejor. Las mejoras en el funcionamiento conductual producen cambios cognitivos (Bandura, 1977b)."*

El "aquí y ahora" tomado por Moreno de las corrientes filosóficas existenciales, rescatando la importancia de la vivencia presente y la experiencia, al igual que lo hicieran otras corrientes humanistas como la Gestalt de Fritz Perls, y compartido por la orientación de las corrientes cognitivas-conductuales (cuando señalan los perjuicios de atarse al pasado o

angustiar por el futuro) es otra característica del psicodrama.

En el psicodrama también se resalta la importancia del encuentro, de la comunicación auténtica y profunda y también del contacto corporal.

El cuerpo tiene un rol fundamental en esta corriente, tanto por el concepto de acción, propio del psicodrama, como por la importancia de la comunicación corporal y del contacto físico real, resaltados por Moreno.

#### ESPONTANEIDAD:

Cuando crea el teatro de la improvisación en 1921 en Viena, Moreno propone dos principios: (1) No representar a personajes de relatos, representarse a uno mismo. (2) No repetir libretos ya escritos sino improvisar espontáneamente en el momento. Estos preceptos surgen de, y sostienen, los ideales de *espontaneidad, creatividad, "aquí y ahora", acción corporal y encuentro*.

Moreno, no se limitó a dirigir un teatro de improvisación, sino que defendió la espontaneidad en todas las áreas, durante toda su vida.

La espontaneidad, en la concepción de Moreno, es la energía o impulso de una persona a responder adecuadamente a una situación ante la que nunca antes se había encontrado o a encontrar una respuesta nueva en una situación familiar. La espontaneidad es catalizadora de la actividad creativa. Desde la improvisación de los actores en el escenario, no sujeta a la reproducción de textos ya escritos (conservas culturales) hasta la actitud espontánea y creativa propuesta en los acontecimientos vitales, la espontaneidad ha sido siempre recomendada por Moreno.

Un acto creativo frecuentemente da por resultado un producto que, al estar terminado, es denominado *conserva cultural*. Una vez que el producto ha sido completamente realizado, el acto creativo ha finalizado y, a menos que sea abordado luego con espontaneidad, su carácter creativo se pierde.

También una persona puede tener ideas creativas,

pero sin espontaneidad no puede ponerlas en práctica y realizarlas.

Las expresiones de la espontaneidad pueden ser:

- La realización de nuevas conservas culturales.*
- La creación de nuevos organismos o nuevas formas de arte.*
- La formación de libres expresiones de la personalidad.*
- Formación de respuestas adecuadas ante situaciones nuevas.*
- Formación de nuevas respuestas ante situaciones repetidas.*

#### TEORÍA DE LOS ROLES:

Originado en el teatro y actualmente extendido al campo de la sociología, el concepto de "rol" (originaria del francés antiguo: "role" y derivada del latín: "rotula") adquiere gran importancia en el abordaje de Moreno. Con respecto a la orientación social psicoterapéutica de la moderna teoría de roles, Moreno (1964) afirma: *"Yo la introduje en los Estados Unidos a mediados de la década del 20." "Muchos sociólogos estadounidenses han monopolizado la teoría de la acción y de los roles como si fueran propiedad de la sociología; lo hizo especialmente T.Parsons. Pero la mayoría de los términos y significados que Parsons y sus colaboradores presentan en sus obras pueden ser hallados en mis publicaciones anteriores."*

Para Moreno (1964): *"El rol es la forma de funcionamiento que asume un individuo en un momento específico en que reacciona ante una situación específica en la que están involucrados otras personas u otros objetos." (...) "La teoría de roles no está limitada a una sola dimensión, la social. La teoría psicodramática de roles, que tiene una orientación psiquiátrica, es más amplia. Lleva el concepto de roles a todas las dimensiones de la vida; comienza con el nacimiento y continúa a lo largo de toda la vida del individuo y miembro de la sociedad."*

En la concepción de Moreno, hay roles: (a) sociales, (b) psicosomáticos o fisiológicos y (c) psicodramáticos

o psicológicos.

El tema de los roles ha sido ampliado por diversos autores. Una extensa clasificación de los roles puede incluir numerosos sub-roles y diversas formas para cada uno. Un drama-terapeuta, Robert Landy (1993), describe 158.

En una investigación, Moreno (1946) evalúa dos habilidades: la *percepción* de roles y la *actuación* de roles.

La percepción del rol ("*role perception*") depende de la habilidad para reconocerlo. La actuación del rol ("*role enactment*") depende de la habilidad para actuarlo. Una buena percepción no necesariamente está acompañada de una buena representación. El desempeño del rol ("*role playing*") es una función tanto de la percepción como de la representación del mismo.

El aprendizaje del rol ("*role training*") es una tarea que se emprende con el ensayo del desempeño del mismo ("*role rehearsal*") para hacerlo adecuadamente en situaciones futuras. Estas actividades, generalmente, suelen incluirse también dentro de la denominación: "*role playing*".

Entre los conceptos de Moreno está la idea de que una mayor cantidad de roles y sub-roles y una mayor variedad de formas o estilos aprendidos y disponibles para ser actuados, sumadas a la espontaneidad y creatividad para desarrollar nuevos y más apropiados en cada momento, mejoran las posibilidades de las personas de superar trastornos y conflictos. Básicamente, esto se lograría al ser capaz de desarrollar la conducta más apropiada ante cada acontecimiento o situación. Esto también incluye la capacidad de "ponerse en el lugar de otros" para entender sus puntos de vista y expectativas, lo que permitiría evitar o resolver muchos conflictos.

#### "TELÉ" Y TRANSFERENCIA

En su investigación de los fenómenos grupales y sociales, Moreno bautizó con el nombre de telé a un fenómeno de las relaciones entre las personas, consistente en lo que podríamos denominar



“atracción” o “simpatía”, en su forma positiva y “repulsión” o “antipatía”, en su forma negativa, basadas en características de la otra persona percibidas, en gran parte, en forma “intuitiva” o *no conscientemente* y generalmente experimentadas recíprocamente.

Moreno observaba que las características coincidían en mayor o menor grado, según los casos, con la realidad. Cuando las características atribuidas no correspondían a la realidad, sino a experiencias anteriores y generalizaciones distorsionantes de la persona, lo denominó “transferencia” (tomando el término de la teoría psicoanalítica). Las percepciones interpersonales siempre contienen, aunque en distinto grado, ambos elementos: características coincidentes con la realidad y distorsiones.

La *telé* puede resultar distinta entre las mismas personas según se refiera a distintas actividades o relaciones y también según las circunstancias y el contexto (Blatner, 1994). Además puede tener distintas intensidades, incluyendo ser neutra o indiferente.

El análisis de estos fenómenos, su “medición” y su representación gráfica, fueron herramientas fundamentales para Moreno en sus estudios de los grupos, que denominó “sociometría”.

Entre los factores que incrementan los sentimientos de simpatía o preferencia y de antipatía o rechazo, se destaca la *reciprocidad*, o sea: *la percepción de los mismos en la otra persona*. También contribuyen al desarrollo de la *telé* otras variables (Blatner, 1994), tales como, entre otras:

- Metas, tareas, intereses o formas de trabajo o diversión comunes.
- Complementariedad o simetría de roles.
- Historias, estilos de vida, sistemas de valores, etc.
- Semejanza con personas del pasado, generalizaciones, prejuicios, etc.

Nuevos y más amplios análisis de estos temas y su medición se siguen haciendo por algunos profesionales, tales como: Blatner (1994) y Carlson-

Sabelli, Sabelli y Hale (1994).

#### ENCUADRE FILOSÓFICO

Los conceptos señalados en los títulos precedentes, junto a la posición central del ser humano, las relaciones interpersonales y lo social, nos permiten ubicar al psicodrama en una orientación existencial, humanista, experiencial y social.

La visión humanista de Moreno se muestra al colocar al hombre en el centro de su universo, protagonista y creador de su mundo, responsable de sus elecciones, eminentemente social, influyendo y siendo influido por su entorno, con potenciales creativos que puede desarrollar siendo espontáneo.

#### CONCEPTO DE TRASTORNO Y DE TERAPIA

La metáfora teatral del ser humano como un actor, en un mundo como escenario, aprendiendo y actuando diversos roles en su interacción con los otros, le permite proponer la espontaneidad y la creatividad como factores de salud.

Aunque aceptamos la insuficiencia de elementos como para definir una teoría general de la psicoterapia, es bastante clara la forma en que la teoría de roles permite reconocer algunos conceptos. En su visión eminentemente humanista y social, Moreno propone que la rigidez del empleo de determinados roles, o la no disponibilidad de otros, impide a las personas brindar las repuestas más adecuadas o funcionales ante distintas, cambiantes y nuevas situaciones. La concepción de los roles como respuestas (cognitivas, emotivas y/o conductuales) ante situaciones o acciones que se presentan, permite concebir como base de los trastornos a la ausencia de respuestas apropiadas.

Como consecuencia de lo anteriormente señalado, la “creatividad”, definida como la respuesta apropiada ante una situación nueva o una nueva respuesta más apropiada ante situaciones habituales es un factor de salud. Pero para poder actuar creativamente se requiere la falta de inhibiciones o auto-censura y la confianza en la propia capacidad para poner



en acción tales conductas. Esto último, la energía y libertad para actuar de acuerdo a lo creativamente imaginado, lo define como “espontaneidad” y es el otro factor de salud.

El desarrollo de la espontaneidad y la creatividad, permite descubrir, aprender y actuar las respuestas más funcionales o apropiadas (roles) ante las diversas situaciones o estímulos, ya sean físicos, interpersonales o sociales.

La disponibilidad de respuestas apropiadas o funcionales, como medio de evitar los trastornos, es un concepto que coincide con la visión de la corriente terapéutica cognitiva y, como veremos en el próximo capítulo, es expresado en otros términos nuevamente por la más reciente teoría de los procesos y esquemas interpersonales en la terapia cognitiva (Safran y Segal, 1990) (Safran, 1998).

La aceptación del psicodrama como una praxis, junto a la estrategia de incorporar sus recursos y técnicas al servicio del modelo teórico de las terapias cognitivas conductuales, nos exime de intentar descripciones más profundas, abarcativas y/o detalladas de una teoría de los trastornos y la psicoterapia en la concepción de Moreno.

#### PSICODRAMA:

La denominación “psicodrama” se reserva a aquellas dramatizaciones en que el tema a tratar es propio de un paciente, el “protagonista”, en torno al cual se desarrolla el trabajo.

En el psicodrama las representaciones se centran en los conflictos, experiencias o situaciones personales de una persona o un integrante (paciente) del grupo (más allá de que los otros miembros participen como auxiliares, compartan las emociones y/o problemas y se sientan representados y comprometidos individualmente y como grupo). El psicodrama, por lo tanto, siempre tiene a un individuo como protagonista, aunque, como variante, en el caso de una terapia de pareja, con ambos integrantes presentes, puede considerarse que tiene dos protagonistas o que el protagonista es esa pareja.

Moreno diferenciaba dos formas de psicodrama: (a) El psicodrama existencial o *psicodrama “in situ”*, que era el realizado directamente en el lugar del problema y con los reales participantes del problema.

(b) El psicodrama terapéutico, que era el realizado dentro de un grupo de terapia y en un lugar específicamente destinado a ello. Moreno lo definió como “una nueva forma de psicoterapia que puede ser ampliamente aplicada” (Moreno, J.L., 1946) y “*psicoterapia profunda de grupo*” (Moreno, J.L., 1959b).

#### SOCIODRAMA:

Actualmente suele emplearse la denominación “sociodrama” para designar a las dramatizaciones en que el tema a tratar es común o propio del grupo, una organización o la sociedad. Aunque puedan presentarse diversos protagonistas mostrando situaciones personales, el problema tratado es común a todos los integrantes, o sea que puede decirse que el “protagonista” es el grupo, la organización o la sociedad, según el tema. Los temas pueden ser, por ejemplo: la maternidad, la discriminación, la emigración, la prostitución, algún problema del grupo, etc.

#### ROLE PLAYING:

La denominación “role playing”, está destinada a designar las dramatizaciones, también de problemas de interés general de un grupo, organización o sociedad, pero relativos al desempeño de determinados roles como, por ejemplo, “maestro-alumno”, “terapeuta-paciente”, “vendedor-cliente”, etc.

Los objetivos del “role playing son: el aprendizaje, la resolución de problemas y el mejoramiento del desempeño de determinados roles sociales, profesionales o laborales. Su uso generalmente está destinado a la capacitación para el desempeño de determinados roles, profesionales (como el de terapeuta o maestro) y también, a veces, se lo ha



denominado “psicodrama educativo”.

Cuando el reconocimiento de los roles que desempeñamos, el aprendizaje de otros nuevos o de nuevas formas de hacerlo se refieren a una persona en particular (el paciente), pueden formar parte de un proceso terapéutico, con lo cual el proceso se ajusta a la definición de “psicodrama”. Sin embargo, pese a los conceptos originales de Moreno, vemos que actualmente la denominación “role playing” es usada por muchos para designar distintas formas de dramatización, incluyendo aquéllas que se ajustan al concepto de psicodrama.

Entre otras alternativas, por ejemplo, encontramos la denominación de “role playing terapéutico” para diferenciar del “educativo” a una versión psicoterapéutica que, en realidad, merecería llamarse “psicodrama”.

También es importante observar que la mayoría de las técnicas empleadas con el nombre de “role playing” por las corrientes de Ellis y de Beck, se ajustan perfectamente a la definición de “psicodrama”.

#### **DRAMA-TERAPIA:**

También encontramos una nueva corriente (no originada por Moreno, pero basada en sus aportes) que se denomina “drama-terapia”, en la cual se practican diversos niveles de dramatización, desde los simples juegos teatrales, pasando por la representación de escenas de obras teatrales o cuentos, ejercicios de role-playing y sociodramas, hasta auténticos psicodramas.

Considerando a los juegos y representaciones teatrales como formas de *calentamiento*, no vemos ninguna diferencia con las propuestas de Moreno, excepto por su mayor tendencia a la utilización de técnicas de teatro y un mayor interés en el aspecto artístico de las representaciones, posiblemente debido a que sus practicantes generalmente provienen de una formación actoral o artística (a diferencia de los practicantes del “psicodrama”, que en su mayoría provienen de una formación como psicólogos o psiquiatras).

#### **LOS 5 INSTRUMENTOS:**

##### **EL ESCENARIO.**

La representación requiere de un espacio dramático, el lugar de la acción. En ese espacio designado a tal efecto, el protagonista, con la ayuda del director, recrea el lugar imaginario de la escena que va a representar.

Una clara definición de la ubicación y los límites del escenario, sumada a una buena descripción, objetivación con elementos representativos y una esmerada preparación hasta lograr la reproducción y la vivencia más completa posible del espacio y el momento a representar, son de gran importancia para un eficaz desarrollo del psicodrama.

##### **EL PROTAGONISTA.**

El protagonista es el paciente, cuyo problema va a tratarse en el psicodrama. Sin protagonista no hay psicodrama.

##### **EL DIRECTOR.**

El director es el encargado de orientar la acción y aplicar los principios y las técnicas apropiadas para facilitar el logro de los objetivos del psicodrama, así como cuidar y evitar daños al protagonista y a los otros integrantes del grupo. Es la función específica del psicoterapeuta y está destinada al logro de los objetivos psicoterapéuticos.

En ciertos casos el paciente puede dirigir su propio psicodrama, que, en este caso, se denomina “autodrama”.

##### **LOS AUXILIARES O “YO-AUXILIARES”.**

Esta función es desempeñada por quienes actúan representando a las otras personas que participan en el acontecimiento dramatizado. Su tarea es ayudar al protagonista a desarrollar la escena. Además, como colaboradores para el éxito del proceso terapéutico, son también auxiliares del psicoterapeuta, cuyas indicaciones deben respetar.

Esta función puede ser desempeñada por profesionales preparados para ella, que están



presentes en calidad de colaboradores del terapeuta, o por otros integrantes del grupo que sean elegidos por el protagonista, con la condición de que acepten hacerlo y que el director no lo considere inconveniente.

En los casos en que no hay o no se desean emplear otros integrantes ni colaboradores para cumplir esta función (por tratarse de una terapia individual o por no ser considerado conveniente) los otros “actores” de la escena pueden: (1) Ser representados por el mismo psicoterapeuta. (2) Ser representados simbólicamente por objetos (sillas vacías, almohadones, etc.). En este último caso se suele denominar a la experiencia: “monodrama” y es la forma generalmente empleada en la Terapia Gestalt.

La elección del auxiliar la hace el protagonista. Luego de su elección es necesario que la persona elegida acepte, ya que no está obligada a aceptar. Además, también es necesaria la aprobación del director, ya que él es el responsable de todo lo que suceda en ese escenario. Si el director considera que la elección no es conveniente puede solicitar al protagonista que elija a otra persona.

##### **EL PÚBLICO.**

El público es esencial en toda representación teatral y también se considera importante en el psicodrama. En este último caso, el público está formado por los integrantes del grupo de terapia, que no son pasivos, sino que participan emotivamente en la escena, empáticamente, aprendiendo y, luego, compartiendo con el protagonista sus propias experiencias.

De todas maneras, en algunos casos, como en las terapias individuales o las de pareja, no hay observadores reales afuera del escenario, lo cual no impide la realización de un eficaz psicodrama.

#### **LAS 3 ETAPAS DEL PROCESO:**

##### **CALENTAMIENTO.**

Una representación con una vivencia plena y emotiva, requiere previamente una preparación

o “puesta en clima”. Las actividades destinadas a lograrlo, de todo tipo, configuran la primera etapa del proceso, denominada “calentamiento”.

En cada sesión se requiere un calentamiento previo a la realización de un psicodrama, destinado en un primer tiempo a generar el “clima” para que los participantes se “conecten” con algunos de sus problemas y que alguna(s) persona(s) desee(n) realizar su psicodrama. Luego de elegida la persona que será protagonista, la misma requiere un calentamiento para poder “meterse” en su escena a representar, hasta estar preparada para vivenciarla al máximo.

Además, en todo grupo destinado a trabajar con estos recursos, se requiere una preparación general dentro de todo el ciclo de reuniones. Así, las primeras reuniones y experiencias estarán destinadas a generar la cohesión grupal, la confianza en el coordinador, los compañeros y el proceso, y, además, la desinhibición respecto a expresarse emotivamente, y a representar escenas ante otras personas. Todas las actividades destinadas a estos fines pueden considerarse pertenecientes a una etapa general dentro de la secuencia de reuniones que denominamos “*de calentamiento*”.

##### **ACTUACIÓN.**

La actuación comienza cuando el protagonista, la escena y el escenario ya están definidos. Puede seguirse, a través de distintos cambios de escenario y escenas a representar hasta su finalización. Puede extenderse desde un par de minutos hasta superar la hora, según el caso y situación. El concepto dramático de resolución o desenlace, la denominada por Moreno “catarsis dramática”, la percepción del logro del objetivo deseado para la dramatización o de una etapa satisfactoria del proceso hacia el mismo, son señales (algo difíciles de definir pero, luego de cierta experiencia práctica, fáciles de percibir) para que el director considere que la actuación ha llegado a su fin. Arte y criterio psicoterapéutico se unen para definir la forma y momento de la finalización de la representación.



### COMPARTIR.

Luego de finalizada la representación, el grupo reunido, director, auxiliares y público, tiene la oportunidad de “compartir”. Este momento está destinado a que, luego de que el protagonista expuso sus sentimientos, pensamientos y problemas ante los demás, también las otras personas expongan los de ellas.

Un objetivo importante es que el protagonista no se sienta el único con sus problemas y sienta el apoyo, comprensión y contención de los integrantes del grupo, que también pueden abrirse y expresar los suyos.

Es importante, en concordancia con los objetivos enunciados, no incluir aquí opiniones, críticas ni “interpretaciones” a lo actuado, sino expresar historias, sentimientos o problemas propios de cada uno que habla. La falta de observancia de esta orientación por parte de algunos directores, pertenecientes a orientaciones psicoterapéuticas “interpretativas”, plantea contradicciones con los principios aquí enunciados, que no es pertinente analizar aquí, por no relacionarse con la finalidad de este trabajo.

### LOS RECURSOS TÉCNICOS:

#### CAMBIO DE ROLES E INVERSIÓN DE ROLES.

El recurso del cambio de roles consiste en indicar al protagonista que actúe desde el lugar de otra persona, concepto, objeto o parte de sí mismo.

La inversión de roles, como caso particular del cambio de roles, consiste en un reemplazo mutuo. Por ejemplo, el protagonista pasa a desempeñar el rol de su interlocutor (real o representado por un auxiliar) y el interlocutor (o el auxiliar que lo representa) pasa a desempeñar el rol del protagonista. Una nueva inversión, llevaría a ambos a sus roles anteriores. Es interesante destacar que los roles, por su carácter interactivo, tienen siempre un rol complementario, que es el que tendrá que tomar el protagonista.

Los roles que puede representar el protagonista abarcan una gama sin limitaciones, totalmente abierta

a la creatividad y las conveniencias del proceso. Esto puede incluir, como ejemplo no exhaustivo, además de todas las personas que tienen relación con el protagonista, las que no la tienen, las ya fallecidas, las imaginarias, personajes de ficción, animales, vegetales, objetos, Dios, partes del propio cuerpo o del cuerpo de otros, distintos estilos o puntos de vista del protagonista, conceptos abstractos (como el destino, el amor, el caos, la belleza, etc.) y muchas otras posibilidades.

Entre los innumerables objetivos de los cambios e inversiones de roles podemos destacar, por su frecuencia e importancia, algunos:

(a) Los roles de personajes imaginarios, animales, objetos y otros, frecuentemente facilitan el desempeño de conductas y la exteriorización de pensamientos, emociones y otros aspectos del protagonista que de otra manera, habitualmente, no se manifestarían.

(b) La inversión de roles, especialmente con personas significativas, facilita:

1. Ver el mundo, los acontecimientos, las personas, etc. desde el punto de vista de los otros.
2. Verse a sí mismo desde el punto de vista de los otros.
3. Poder comprender y aceptar otros puntos de vista, necesidades, conductas, etc.

(c) Ciertos roles como: Dios, “el hombre más sabio del mundo”, el padre o la madre fallecidos, “partes interiores” (estilos propios de pensamiento y conducta), y muchos otros, pueden facilitar el descubrimiento de nuevas respuestas, recursos o soluciones, nuevos puntos de vista o una cierta “sabiduría interna” ante diversas situaciones difíciles, temores, frustraciones o conflictos.

(d) Cuando los roles corresponden a “partes o aspectos internos”, deseos o sentimientos contradictorios o diferentes estilos de pensamiento y conducta propios posibles, pueden facilitar su aceptación, elaboración, resolución y/o integración.

(e) La inversión de roles con las personas que interactúan con el protagonista en la dramatización y son (o serán) representadas por auxiliares, sirve para “presentarlas” y para que el auxiliar conozca las conductas, actitudes, pensamientos o palabras que deberá representar (de acuerdo a la visión o expectativas del paciente).

Para que la representación de un determinado rol resulte eficaz y productiva, es sumamente importante la identificación, la profunda, “convencida” y total, adopción del paciente de su nuevo rol o identidad. Por este motivo, los cambios o inversiones de roles deben hacerse pausadamente, dando tiempo al proceso requerido de identificación y evitando abusar (en velocidad, frecuencia o multiplicidad) del recurso.

El recurso de la inversión de roles fue utilizado originalmente cuando la representación era hecha por los reales integrantes del acontecimiento y el conflicto (por ej.: la pareja o el jefe con el empleado). En estos casos Moreno lo consideraba muy útil para que cada uno pudiera comprender el punto de vista del otro y facilitar la resolución del conflicto.

#### SOLILOQUIO.

Un soliloquio es un monólogo, una acción consistente en hablar sin un interlocutor real presente que escuche, es pensar en voz alta o hablar con uno mismo. En el arte dramático se utiliza para dar a conocer a los espectadores los sentimientos y pensamientos del personaje.

En un psicodrama, cuando el director ordena un soliloquio, se detiene la escena (se “congela”) y el protagonista (o la persona a quién se le indicó hacerlo) comienza a expresar en voz alta sus sentimientos o pensamientos (desde su rol asumido) en ese preciso momento.

Este recurso es consistente con el objetivo de exteriorización, de amplificación, de “puesta en acción” del psicodrama y, entre sus muchas consecuencias, podemos citar, en forma no

exhaustiva:

(a) Facilitar la toma de conciencia y el reconocimiento del protagonista (cuando se está representando a sí mismo) de sus sentimientos o pensamientos.

(b) Facilitar el conocimiento de (o confirmación de hipótesis sobre) los pensamientos y sentimientos del protagonista por parte del director (y los auxiliares).

(c) Si el soliloquio es de un auxiliar (en el rol de otras personas que interactúan con el protagonista) permitir que el protagonista conozca lo que podrían sentir o pensar las otras personas sobre él, la situación o el acontecimiento.

(d) Realizado por el paciente, desde el rol de otras personas, facilitar la comprensión y aceptación de los problemas, emociones, puntos de vista y causas del comportamiento de las mismas.

Las dificultades e inhibiciones del protagonista para realizar el soliloquio, algunas veces pueden superarse mediante la técnica del doble.

#### EL DOBLE (“ALTER EGO”).

Este recurso consiste en que un auxiliar represente el “yo interno” del protagonista. El auxiliar actúa representando al protagonista, simultáneamente con el verdadero, siendo su primera y principal tarea identificarse con sus pensamientos, sentimientos y deseos para luego expresarlos oportunamente en voz alta (como en un soliloquio) o, a veces, en acciones. Cuando el auxiliar desempeña este rol se lo denomina “doble” o “alter ego”. Esta función se puede cumplir con cualesquiera de los participantes en la escena, asignando un doble para cada uno de los que se considere conveniente.

Entre las principales funciones de este recurso podemos citar, como ejemplo no exhaustivo:

- Estimular al protagonista a hacer conscientes o reconocer ciertos pensamientos, sentimientos o deseos.

- Estimular o dar apoyo al protagonista para expresar los pensamientos, sentimientos y deseos



que no logra expresar. También para actuar las conductas que no logra actuar.

- Estimular o dar apoyo al protagonista para que pueda desarrollar una interacción más completa, tomar riesgos, desarrollar nuevas conductas y, en general, actuar de una manera más conveniente para sus sentimientos, deseos y objetivos.

- Mostrar y facilitar al protagonista conductas alternativas ante ciertas situaciones.

- Cuando el doble lo es de otros participantes en la escena, o del paciente ocupando tales roles, puede reforzar los objetivos ya señalados del soliloquio en esos casos.

Entre las muchas formas posibles de desempeño del doble podríamos mencionar:

- Amplificando declaraciones.
- Amplificando conductas.
- Actuando lo no actuado.
- Actuando en forma distinta (alternativa) a lo actuado.

- Verbalizando pensamientos.
- Verbalizando sentimientos.
- Dramatizando los sentimientos.
- Verbalizando comunicaciones no verbales.
- Actuando las palabras o gestos.
- Apoyando sentimientos o pensamientos.
- Apoyando acciones.
- Poniendo en duda lo expresado por el protagonista.

- Expresando lo contrario (para generar, como reacción, la expresión auténtica).

- Introduciendo interpretaciones (“en realidad...”) con prudencia.

- Con auto-observaciones (de su conducta, de su estado corporal, etc.).

#### **DOBLE MÚLTIPLE.**

El director puede asignar más de un doble para el protagonista y todos cumplen el mismo rol.

El objetivo es aumentar la fuerza, eficacia o eficiencia del recurso.

#### **DOBLE DIVIDIDO.**

En este caso el doble designado representará una parte, aspecto o estilo del protagonista. También pueden asignarse dos (o más) dobles divididos para representar dos (o más) partes.

Un objetivo puede ser estimular las partes complementarias. Otro objetivo puede ser ayudar a la toma de conciencia y posterior aceptación e integración de las partes dramatizadas.

#### **CORO GRIEGO o DOBLE COLECTIVO.**

En este caso la función del doble es desempeñada por todo el grupo o espectadores. Generalmente la participación consiste en gritar al unísono (“corear”) ciertas frases que el protagonista no se anima a expresar, para animarlo a hacerlo, pero puede tomar cualquier otra forma y objetivo que la creatividad del director encuentre conveniente.

#### **ESPEJO.**

La técnica del espejo consiste en que un auxiliar represente al protagonista mientras este último lo observa.

El auxiliar puede repetir la escena representada antes por el paciente, mientras éste mira desde afuera. También puede repetir la escena exagerando algunos rasgos, conductas o aspectos de lo representado y, además, puede expresar algunos pensamientos o sentimientos, mediante el soliloquio, que no lo hubieran sido en la escena original.

Uno de los posibles objetivos es permitir que el paciente pueda observarse a sí mismo como en un espejo, para lograr una visión menos subjetiva, para darse cuenta de sus reales conductas y de cómo pueden ser vistas por los demás.

También permite una mejor y más objetiva percepción (“desde afuera”) de los participantes, sus conductas y las situaciones en general.

Un primer objetivo general es el darse cuenta. El siguiente objetivo puede ser, en caso de que lo observado no agrade, dar motivos y generar energía para intentar el cambio.



#### **AUTO-PRESENTACIÓN.**

Al comienzo, o cuando sea requerido, el protagonista se presenta a sí mismo y, también, a los integrantes de su grupo familiar, sus personas significativas o a quienes forman parte de la situación a representar en la dramatización.

Este recurso facilita un mejor desempeño de la tarea de los auxiliares y, también, del director.

#### **PROYECCIÓN AL FUTURO.**

Este recurso consiste en representar una escena que pertenece al futuro, tal como la imagina el protagonista. Puede referirse a todo tipo de situaciones: posibles o imposibles, deseadas o temidas, probables o improbables.

Entre los numerosos objetivos, podemos mencionar (en forma no exhaustiva):

(a) En los casos en que el paciente tiene dificultad para tomar una presente decisión, puede representar las futuras situaciones imaginadas como consecuencias de cada una de las conductas opcionales (o de una de ellas).

(b) En el caso de tener que desarrollar en el futuro nuevas conductas ante determinadas situaciones, este recurso puede servir para ensayarlas, lo cual implica aprenderlas para tener más probabilidades de desempeñarlas exitosamente y sentirse más seguro, sereno y decidido al respecto.

(c) En caso de padecer ansiedad, inseguridad o temor ante posibles futuros acontecimientos, puede servir para que el paciente observe sus posibilidades de enfrentar tales situaciones, descubra nuevos recursos para ello, confíe en su propia capacidad, se tranquilice y se prepare para afrontar eficazmente el posible evento.

(d) Este recurso también puede lograr la exteriorización de las expectativas del paciente, para luego, en el momento oportuno, tenerlas en cuenta.

(e) En algunos casos, pueden detectarse expectativas pesimistas o negativas (inclusive de muerte), como parte de un trastorno depresivo.

#### **INTERPOLACIÓN DE RESISTENCIAS.**

Este recurso consiste en que el auxiliar, por indicación del director, desempeñe una conducta no concordante con lo esperado por el protagonista, distinta a lo acaecido en el evento representado o a lo imaginado para la escena.

Esta conducta inesperada, frecuentemente opuesta a la habitual, tiene por objetivo generar una reacción que permita descubrir aspectos aún no manifiestos del protagonista y el problema.

También puede servir para observar y estimular la flexibilidad y creatividad del protagonista para afrontar situaciones imprevistas.

#### **REPRESENTACIÓN DE UN SUEÑO.**

Este recurso consiste en representar, de acuerdo a la forma habitual del psicodrama, el contenido de un sueño del protagonista.

Más allá de la forma en que se explique esta relación, según el modelo de referencia, los sueños son procesos que se relacionan con nuestros sentimientos, pensamientos, deseos, temores u otros aspectos psicológicos. Aún prescindiendo de la elección de una teoría explicativa, es inobjetable que los sueños forman parte de nuestra actividad psíquica y se relacionan con aspectos individuales y actuales de ella.

A su vez, más allá de la mayor o menor importancia o significado que se les atribuya a los sueños, su representación tiene, al igual que cualquier representación, las características generales del psicodrama: las posibilidades de conectar al protagonista con conductas, emociones, pensamientos y deseos propios.

Frecuentemente nuestra práctica, y la de los psicodramatistas que utilizan este recurso logra la exteriorización y comprensión de deseos, sentimientos y conflictos del protagonista. De acuerdo a lo antedicho, éste es otro recurso apropiado para el darse cuenta, para que el paciente pueda tomar conciencia de sus pensamientos, sentimientos y deseos, y pueda exteriorizarlos.

Además del uso del soliloquio, la representación



por parte del paciente de cada uno de los elementos (personas, cosas o conceptos) pertenecientes al sueño, la mayoría de las veces resulta muy revelador. Para ello, se investiga la posibilidad de que cada elemento del sueño represente o exprese distintos aspectos de la personalidad del paciente.

En otros casos, personajes misteriosos u ocultos de los sueños terminan por revelarse en el psicodrama permitiendo descubrir el significado de lo soñado. En este tipo de abordaje suelen descubrirse temores, deseos y otros sentimientos y conflictos, muchas veces no totalmente conscientes o reconocidos por el paciente.

#### **REPRESENTACIÓN DE UN CUENTO.**

El mundo de fantasía propio de los cuentos resulta un buen facilitador para lograr que el paciente exprese sus propios pensamientos, sentimientos, expectativas o fantasías con mayor libertad y soltura.

Si el cuento es elegido por el mismo paciente, también permite que exprese diversas fantasías propias simbolizadas o ejemplificadas en los personajes y el argumento. Esto se incrementa cuando se permite que el paciente cree su propio cuento (esto fue considerado también, por ejemplo, en el Test de Apercepción Temática de Murray).

#### **ESTATUAS.**

La representación de una situación o cualquier tema mediante una posición estática o “estatua”, ejecutada por el protagonista, ya sea solo o con auxiliares, o por el grupo, resulta un paso previo, más fácil y menos generador de ansiedad que una representación completa.

Este recurso suele ser muy revelador y puede desencadenar un psicodrama completo. Si el tema a representar con la “estatua” no es personal de un protagonista, puede considerarse una técnica de calentamiento.

#### **REPRESENTACIÓN SIN HABLAR.**

Aunque un poco más que las estatuas, la representación de escenas sin hablar es una

consigna algo menos difícil y comprometida que un representación completa. Puede usarse también como paso previo y preparatorio para escenas más completas o, también, para poner mayor acento en lo corporal.

#### **MÁSCARAS.**

La máscara es otro recurso expresivo muy movilizador que tiene muchas variantes en sus formas de empleo. No realizaremos, por considerar que no es tema de este trabajo sino de una formación específica, una descripción de las numerosas técnicas y formas propias de este recurso.

Como propiedad importante, cabe destacar que el uso de máscaras es un medio facilitador de la expresión de cosas que las personas no se animarían a expresar sin ellas. En cierta manera, su carácter lúdico y el ubicarse en el lugar de “otro”, distinto al que la usa, como protagonista de lo que se expresa, operan como liberadores de ciertas inhibiciones, permitiendo mostrar sentimientos, pensamientos, conductas y deseos difíciles de ser manifestados sin este medio.

Las máscaras pueden ser elegidas de una existencia disponible, pueden ser blancas o “neutras”, pueden ser bases blancas para ser pintadas por los protagonistas, pueden ser construidas por los protagonistas, pueden consistir en simplemente maquillajes (pintarse el rostro) y, además, pueden acompañarse (o no) con accesorios y ropajes (disfraces). Luego, además de algunos recursos específicos, todas las técnicas del psicodrama pueden ser utilizadas.

#### **TÍTERES.**

El recurso de expresarse a través de títeres, el mostrar escenas vividas reales o cuentos y fantasías, representar partes internas o simplemente comunicarse con el terapeuta por medio de títeres es otra técnica importante con muy diversas formas y objetivos posibles.

Entre sus cualidades podemos reiterar las ya enunciadas para las máscaras. A éstas podemos

sumarle las de funcionar como intermediario facilitador de la comunicación (objeto intermediario) para personas con dificultades especiales para la comunicación o el contacto directo. Además, como recuso lúdico de comunicación, resulta muy apropiado como parte del trabajo con niños.

#### **EL ÁTOMO SOCIAL.**

Esta técnica consiste en indicar al paciente que represente al conjunto de personas con las que tiene un vínculo significativo importante (su “átomo social”). Estas personas pueden incluir (o no) a padres, hijos, cónyuge, amigos íntimos, etc. según las particularidades de cada persona.

La representación se hace en el espacio del escenario colocando a quienes representan a dichas personas a distintas distancias del lugar en que se encuentra el protagonista, en forma tal que representen las distancias (o cercanías) afectivas que las unen con el mismo.

Luego, el paciente puede indicar a cada auxiliar la postura, gesto o expresión corporal que considere representativa de las características de la persona y de la relación.

Además, puede solicitarse al paciente, mediante la inversión de roles, que represente a cada uno de los integrantes de ese átomo social.

Esta técnica:

- Permite la expresión y visualización de los vínculos significativos, sus características únicas y sus dificultades, problemas y conflictos.
- Sirve como calentamiento para un psicodrama sobre el conflicto que surja.

#### **REGLAS FUNDAMENTALES**

Las reglas fundamentales, listadas por Moreno (1965) se enumeran a continuación:

- (1) El sujeto (paciente, cliente, protagonista) en vez de hablar sobre sus conflictos, los actúa.
- (2) El sujeto o paciente actúa “en el aquí y ahora”, independientemente de cuando tuvo o pudo tener lugar, pasado, presente o futuro, el



acontecimiento real, de cuando fue fantaseado o de cuando ocurrió la situación crucial de la cual surgió la presente actuación. (La persona habla y actúa “en el presente”).

(3) El sujeto debe actuar “su verdad”, tal como la siente y percibe, de una manera completamente subjetiva, no importa cuán distorsionada pueda parecerle al observador. (La actuación viene primero, el aprendizaje viene después).

(4) El paciente es animado a no reducir, sino a maximizar toda expresión, acción y comunicación verbal. (Todas las expresiones están admitidas. La restricción, que no debe ser desestimada, podrá venir después).

(5) El proceso de calentamiento procede desde la periferia hacia el centro. (No empezar con los eventos más traumáticos, sino en un nivel más superficial).

(6) Dentro de lo posible, el momento, el lugar, la escena y los “yo auxiliares” que requiera para realizar su psicodrama, serán elegidos por el protagonista.

(7) El psicodrama es tanto un método de expresión como de restricción.

(8) Al paciente se le permite ser tan espontáneo o inexpresivo como lo desee en ese momento.

(9) La interpretación y la provocación del “insight” en el psicodrama es de distinta naturaleza que en las formas verbales de terapia.

(10) Aunque exista una interpretación, primero está la acción. No puede haber interpretación sin una acción previa.

(11) El calentamiento puede ser diferente en distintas culturas y deben hacerse los cambios apropiados en la aplicación del método.

(12) Las sesiones de psicodrama constan de tres partes: el calentamiento, la acción y el compartir del grupo después de la acción.

(13) El protagonista nunca debe ser dejado con la impresión de que él es el único con ese tipo de problemas en el grupo. Si ningún integrante del grupo se identifica con él, es tarea del director



mostrarle al protagonista, no sólo simpatía, sino el tener o haber tenido, al menos en parte, similares problemas.

(14) El protagonista debe aprender a asumir el rol de todos aquellos con quienes está significativamente relacionado, a experimentar a esas personas de su átomo social, sus relaciones con él y con otras personas.

(15) El director debe confiar en el método del psicodrama como guía y como árbitro final del proceso terapéutico.

#### USOS DEL PSICODRAMA EN LA TERAPIA COGNITIVA

(1) *Mostrar cómo sucedió un acontecimiento anterior.*

Representando la escena correspondiente al acontecimiento, se logra una mejor apreciación de lo sucedido, las relaciones entre los participantes, el entorno y otros elementos. Durante el armado del escenario, también se pueden reconocer aspectos del lugar, objetos, recuerdos y otros detalles significativos.

(2) *Descubrir las emociones experimentadas en un acontecimiento anterior.*

Durante la representación de la escena, se puede indicar un "soliloquio" para que el protagonista exprese sus emociones. La pregunta puede ser: "¿Qué está sintiendo en este momento?". Si, por medio de un buen calentamiento, se ha logrado que el paciente reviva profundamente el momento, las emociones que aparezcan serán mucho más ajustadas a las originales del acontecimiento que las que pudieran rememorar en un simple relato del mismo.

(3) *Descubrir los pensamientos (pensamientos automáticos, inferencias, creencias, esquemas y otros contenidos cognitivos) experimentados en un acontecimiento anterior, empleando el soliloquio. Ya fue propuesto por Beck, Freeman y asoc. (1990).*

*"Si el paciente no logra recordar sus pensamientos automáticos, puede indicársele que imagine la experiencia como "si estuviera sucediendo en este preciso momento". Cuando la experiencia toma vida, como si sucediera, el paciente podrá experimentar los pensamientos automáticos como lo haría en la situación real."*

La observación anterior se hace aún más cierta si la imaginación se lleva al punto de la representación o actuación dramática ("como si estuviera sucediendo ahora").

Con los mismos requisitos señalados en el punto (2) anterior, luego de la dramatización, la aparición y la expresión de las emociones en el "soliloquio", puede solicitarse al protagonista que exprese sus pensamientos e imágenes en ese instante. Las preguntas sucesivas pueden ser: "¿Qué está pensando? ¿Qué se está diciendo a sí mismo en este momento?". También, teniendo en cuenta la emoción expresada se puede preguntar sobre el argumento de la misma, como, por ejemplo: "¿Por qué está enojado? ¿Qué es lo que le produce enojo? ¿Por qué es malo esto?". También pueden usarse otras preguntas y, en general, todos los recursos propios de la R.E.B.T. o la C.T. para encontrar los pensamientos hasta llegar a las creencias más profundas.

(4) *Descubrir los pensamientos (pensamientos automáticos, inferencias, creencias, esquemas y otros contenidos cognitivos) experimentados en un acontecimiento anterior, con ayuda del "doble" ("alter ego") y/o otras técnicas.*

Cuando la representación de un acontecimiento, con el recurso del "soliloquio" no permite la exteriorización deseada de sentimientos o pensamientos, puede recurrirse a la técnica del "doble" ("alter ego"). Según el caso, también se puede recurrir al "doble múltiple" o a modificaciones de la actuación de los auxiliares y, en general, a los diversos recursos del psicodrama para lograr la expresión de los sentimientos y

pensamientos del protagonista.

(5) *Modificar las inferencias, supuestos, atribuciones o interpretaciones erróneas o distorsionadas realizadas sobre uno mismo, otras personas o la situación, en un acontecimiento anterior.*

Con el objetivo de modificar supuestos o interpretaciones erróneas de acontecimientos puede realizarse la dramatización de un acontecimiento anterior, con diversos recursos como, por ejemplo:

- El cambio de roles, para entender el punto de vista de otros
- Observar la escena desde afuera (representada por los auxiliares).
- Diálogos entre el paciente actual y el paciente en ese entonces.

(6) *Modificar una filosofía demandante con respecto a uno mismo sustentada en un acontecimiento anterior.*

Diversos recursos psicodramáticos existen para lograr modificar una filosofía demandante sobre uno mismo. Por ejemplo:

- Observar la escena desde afuera (representada por los auxiliares).
- Se puede realizar un diálogo entre las partes internas opuestas: la demandante (o irracional) y la demandada.
- El paciente representar el rol del terapeuta mientras un auxiliar lo representa.
- Representar la escena en el rol de otra persona y opinar sobre (o aconsejar a) el protagonista.

(7) *Modificar una filosofía demandante con respecto a otra persona sustentada en un acontecimiento anterior.*

Durante la representación de la escena, resulta muy útil la inversión de roles para que el paciente pueda ver las cosas desde el punto de vista de la otra persona. Habitualmente, si se logra una buena



identificación con la otra persona, nuevos puntos de vista, motivos y necesidades se hacen presentes, mostrando lo irracional de la demanda absolutista. Poder colocarse en el lugar de otra persona es un recurso muy efectivo para evitar la ira (basada en la filosofía demandante y en atribuciones erróneas). También aquí puede recurrirse a mirar la escena desde afuera (o desde otro rol como: terapeuta, sabio, Dios, etc.).

Estos ejercicios suelen sacar a la luz, áreas más razonables del pensamiento, generalmente no disponibles durante el impacto emotivo del acontecimiento. Una ventaja de esta técnica sobre los consejos externos es que las observaciones surgen de la misma persona y expresan algún aspecto de sus propias convicciones.

(8) *Modificar una filosofía demandante con respecto a los otros (el mundo) sustentada en un acontecimiento anterior.*

En líneas generales, las técnicas a emplear son las mismas del punto anterior. En este caso, sin embargo, será necesario un proceso de generalización (si él no "debe", ni otro "debe", la gente no "debe", el mundo no "debe").

Además, puede recurrirse a escenas tales como:

- Un diálogo con Dios preguntándole las causas de los acontecimientos o reclamándole lo pretendido (invirtiendo roles y respondiendo desde el otro rol).
- Representar una escena futura para ver los acontecimientos desde otra perspectiva.

(9) *Buscar y descubrir soluciones alternativas posibles en un acontecimiento anterior.*

Representar nuevamente un acontecimiento en el psicodrama permite ensayar distintas variantes, soluciones o alternativas posibles y sus ventajas y desventajas. Sobre esta experiencia se pueden descubrir nuevas conductas más convenientes para futuras situaciones similares o para la misma situación.





10) *Modificar las conclusiones, significado atribuido y consecuencias de un acontecimiento anterior o perteneciente a la infancia (“re-significación”).*

Muchas veces, episodios de la infancia perduran en la memoria con significados poco ajustados al punto de vista del adulto actual y, generalmente, perjudiciales para la auto-imagen y el concepto de sí actuales.

La representación de la escena puede ir seguida de:

(a) Un cambio de roles con la figura significativa que participó en la escena, para entender su punto de vista, problema, etc.

(b) Mirar la escena desde afuera para interpretarla desde el rol adulto actual.

(c) Hacer que “el adulto actual” dialogue con “el niño que era”. Esta escena imaginaria tiene gran poder de comprensión y “re-significación” de los hechos.

La revisión escenas de la infancia es una técnica propuesta por Beck, Freeman y asoc. (1990) para lograr actuar sobre los esquemas en los tratamientos de trastornos de personalidad. Como sucede con otros recuerdos, pueden lograrse más profundamente con su dramatización.

(11) *Para ver el presente de una manera distinta.*

También las situaciones presentes pueden ser vistas e interpretadas de una manera más funcional, si se recurre a su dramatización seguida de recursos tales como: las inversiones de roles, el espejo, la observación de la misma desde afuera (representada por otros) y el ensayo de alternativas.

(12) *Para analizar y decidir sobre alternativas presentes.*

El análisis de diversas alternativas posibles y la toma de decisión al respecto pueden facilitarse con la representación experimental de la situación y las distintas posibilidades de conducta que puedan imaginarse.

Luego el paciente podrá experimentar las consecuencias de cada alternativa, comparar ventajas y desventajas y decidir.

(13) *Para eliminar la ansiedad (miedos, necesidad de certeza) por subestimación de las propias capacidades con respecto a posibles situaciones del futuro.*

La ansiedad, como lo enuncian las corrientes cognitivas, está sustentada por una excesiva valoración de los riesgos futuros y una subestimación de los propios recursos.

Una representación de los acontecimientos más temidos, con buen apoyo del terapeuta (y el grupo, si lo hubiera), habitualmente le permite al paciente descubrir muchas más soluciones y capacidad propia para enfrentarlos. Este ejercicio revelador genera más confianza y tranquilidad. En general intervienen tres factores: (1) Lo desconocido se hace conocido. (2) Aparecen soluciones que reducen la gravedad de las consecuencias temidas. (3) Con el descubrimiento de la capacidad de resolver, aumentan la confianza en sí mismo.

(14) *Para combatir la “tremendización” y “no-soport-itis” respecto a posibles situaciones del futuro.*

De la misma forma y conjuntamente con lo desarrollado en el punto anterior, se reduce la supuesta gravedad de la posible situación futura, eliminando el “tremendismo”, y se experimenta cómo se puede encarar la misma, venciendo la “no-soport-itis”.

(15) *Para ensayar y descubrir posibles dificultades en tareas de auto-ayuda a programar para realizar.*

Las posibles dificultades que el cliente puede encontrar en su futura realización de las tareas de auto-ayuda pueden detectarse y prevenirse con el ensayo o realización imaginaria en una dramatización de las mismas.



Este recurso permite una mejor apreciación de las tareas posibles y convenientes y hacer menos probable la aparición de inconvenientes no previstos.

(16) *Para ensayar y adquirir habilidad (y confianza en la capacidad) para la realización de tareas de auto-ayuda.*

El practicar las futuras tareas le otorga al cliente más habilidad (por el aprendizaje implicado) y más confianza por haber ya sido practicadas en la ficción y haber comprobado su capacidad para hacerlo.

(17) *Para perder el temor y ser capaz de expresar sentimientos y pensamientos en el futuro.*

El psicodrama es una forma de ensayo o aprendizaje por la práctica de diversas conductas o respuestas (emotivas, cognitivas y de acción). Si el cliente pudo expresar sus emociones y/o pensamientos en ese ensayo, es más fácil y más probable que logre hacerlo en las futuras situaciones reales.

(18) *Para detectar dificultades posibles en situaciones futuras previsibles.*

De la misma manera que las dramatizaciones de futuras tareas de auto-ayuda servían para prevenir y evitar dificultades, también pueden servir para prepararse para evitar dificultades en diversas situaciones futuras posibles y previsibles.

(19) *Para ensayar y adquirir habilidad (y confianza en la capacidad) para actuar apropiadamente en futuras situaciones difíciles previsibles.*

De la misma manera que se explicó en el punto (17) el psicodrama permite ensayar y adquirir la habilidad y confianza en la propia capacidad para actuar apropiadamente en situaciones futuras posibles y previsibles.

(20) *Para aprender nuevas conductas posibles*

*para futuras situaciones, basándose en el “modelado”.*

El descubrimiento y aprendizaje de nuevas conductas posibles puede lograrse mediante el siguiente procedimiento:

Primero el cliente representa la situación posible o previsible (tal vez totalmente nueva o tal vez repetición de una ya sucedida en oportunidades anteriores).

Luego la escena se repite, con el terapeuta (o un auxiliar) en remplazo del protagonista. Pero en esta ocasión el reemplazante muestra una conducta o respuesta distinta posible. La nueva alternativa conduce a distintos resultados que pueden ser reconocidos y evaluados por el paciente.

Finalmente el paciente elige la alternativa que reconoce como más satisfactoria y la representa tantas veces como sea necesario hasta sentirse capaz de llevarla a la práctica en las situaciones reales.

(21) *Para investigar, descubrir y aprender nuevas conductas alternativas para futuras situaciones.*

En este caso, con el mismo objetivo del punto anterior, la búsqueda (imaginación) y los ensayos de distintas conductas o respuestas alternativas ante una situación futura son realizados por el mismo paciente (sin necesidad del “modelado” del terapeuta o el auxiliar).

(22) *Para aprender técnicas de resolución de problemas.*

Las técnicas de resolución de problemas, habitualmente se aprenden a través del ensayo. Las dramatizaciones permiten la practica y el aprendizaje de estas técnicas.

(23) *Para aprender técnicas de discusión y comunicación.*

Las técnicas de resolución de problemas, habitualmente se aprenden a través del ensayo. Las dramatizaciones permiten la practica y el



aprendizaje de estas técnicas.

*(24) Para aprendizaje de habilidades sociales.*

Las habilidades sociales se aprenden a través del ensayo. Las dramatizaciones permiten que la práctica sea lo más parecida posible a las situaciones previsibles, con las correspondientes cargas emotivas. De esta manera la persona adquiere habilidad dentro de un clima emotivamente similar y confianza en su capacidad.

*(25) Para entrenamiento en asertividad.*

El entrenamiento en asertividad requiere la práctica de las distintas respuestas posibles en un entorno y clima emotivo lo más cercano posible al real previsible. Esto se logra con la dramatización de las situaciones a enfrentar, donde el cliente puede ensayar las distintas respuestas superando sus inhibiciones. El éxito de estos ensayos aumenta la confianza y decisión del cliente para llevar a cabo esa conducta en las situaciones reales.

*(26) Para resolución de dudas y toma de decisiones.*

Una forma útil de tomar decisiones difíciles es experimentar, a través de una dramatización, las distintas alternativas y sus consecuencias. Luego, la decisión podrá ser tomada sobre la base de estas consecuencias, comparando sus ventajas y desventajas, y eligiendo la preferida.

El uso de la imaginación para representar las consecuencias, inclusive a largo plazo, si bien no puede basarse en una "adivinación del futuro", resulta generador de un pronóstico bastante útil, porque:

- La persona, "jugando" suele actuar sobre la base de conocimientos, generalmente poco disponibles sin ese recurso, debido a la ansiedad o a las influencias externas.
- De alguna manera los "pronósticos" actuados surgen de ciertas tendencias o planes, generalmente no conscientes, que posiblemente

influirán en la probabilidad de concreción de los desenlaces imaginados.

- Finalmente, la apreciación de las consecuencias por la persona responsable de la decisión, usando los recursos disponibles, es el camino habitualmente reconocido como apropiado en nuestra cultura.

*(27) Para aceptar e integrar distintos aspectos o modalidades de la propia personalidad.*

Dramatizaciones en que el paciente representa distintos aspectos de su modo de actuar, sentir o pensar (generalmente opuestos) debatiendo entre sí, es un recurso que fué reiteradamente empleado, no sólo por Moreno sino también Fritz Perls en su Terapia Gestalt.

El resultado de estos ejercicios suele ser la aceptación de los diferentes aspectos de la misma persona, su uso en los momentos apropiados o también, frecuentemente, una conciliación o búsqueda del equilibrio entre los extremos.

*(28) Para descubrir nuevos puntos de vista o "respuestas" organizadoras de nuevas experiencias o problemas.*

Nuevas experiencias y problemas, enfrentan a la persona a la necesidad de nuevas y apropiadas respuestas. Los recursos del psicodrama, tales como la inversión de roles, el espejo y el observar desde afuera, pueden ayudar a organizar, interpretar, buscar nuevos puntos de vista y/o brindar respuestas apropiadas a nuevas situaciones y experiencias.

*(29) Para modificar la metáfora narrativa personal.*

El modo narrativo de pensamiento (Bruner, 1986) y la variante de psicoterapia cognitiva narrativa (White y Epston, 1990) (Goncalves, 2002) han abierto la estrategia terapéutica hacia el descubrimiento y la posible modificación de las metáforas narrativas que influyen en las interpretaciones de los hechos

y en las conductas de las personas.

El psicodrama, como instrumento para materializar, "poner en escena" a estas historias y para ensayar las modificaciones, resulta fundamental para lograr los objetivos de una psicoterapia con este abordaje.

*(30) Para descubrir procesos propios (pensamientos, sentimientos, deseos y estrategias) no conscientes, mediante cuentos.*

La representación de historias, fábulas y cuentos en general es un recurso de gran eficacia para:

- La expresión de las fantasías del paciente, sobre sí mismo, el mundo o su futuro.
- Conocer las formas habituales del paciente de encarar situaciones (estrategias).
- La expresión de los conflictos del paciente.
- La expresión de sentimientos, deseos y temores del paciente.

Estos aspectos de la psicología ya fueron reconocidos en otros campos, como en el Test de Apercepción Temática (TAT) de Murray. Aquí simplemente proponemos el juego de la dramatización de las historias, que son inventadas o elegidas por el paciente.

*(31) Para descubrir procesos propios (pensamientos, sentimientos, deseos) no conscientes, mediante la dramatización de los sueños.*

Este recurso consiste en representar de acuerdo a la forma habitual del psicodrama, el contenido de un sueño del protagonista.

Más allá de la forma en que se explique esta relación, según el modelo de referencia, los sueños son procesos que se relacionan con nuestros sentimientos, pensamientos, deseos, temores u otros aspectos psicológicos. Aún prescindiendo de la elección de una teoría explicativa, es inobjetable que los sueños forman parte de nuestra actividad psíquica y se relacionan con aspectos individuales y actuales de ella.



A su vez, más allá de la mayor o menor importancia o significado que se les atribuya a los sueños, su representación tiene, al igual que cualquier representación, las características generales del psicodrama: las posibilidades de conectar al protagonista con conductas, emociones, pensamientos y deseos propios.

Frecuentemente nuestra práctica y la de los psicodramatistas que utilizan este recurso, logra la exteriorización y comprensión de deseos, sentimientos y conflictos del protagonista.

De acuerdo a lo antedicho, éste es otro recurso apropiado para el darse cuenta, para que el paciente pueda tomar consciencia de sus pensamientos, sentimientos y deseos, y exteriorizarlos.

Además del uso del soliloquio, la representación por parte del paciente de cada uno de los elementos (personas, cosas o conceptos) pertenecientes al sueño, la mayoría de las veces resulta muy revelador. En este caso se investiga la posibilidad de que en cada elemento del sueño estén representados o se expresen distintos aspectos de la personalidad del paciente.

En otros casos, personajes misteriosos u ocultos de los sueños terminan por revelarse en el psicodrama permitiendo descubrir el significado de lo soñado. En este tipo de abordaje suelen descubrirse temores, deseos y otros sentimientos y conflictos, muchas veces no totalmente conscientes o reconocidos por el paciente.

*(32) Para descubrir procesos propios (pensamientos, auto-imagen, concepto de sí, sentimientos, deseos y estrategias conductuales) no conscientes, mediante la identificación con objetos creados.*

Este recurso consiste en la libre realización de un objeto con arcilla sintética u otro material maleable. La consigna es la realización de una estatua, grupo de estatuas u objetos representativos de los sentimientos en forma espontánea.

Luego de realizada la consigna, se solicita el paciente



que “invierta roles” con cada uno de los objetos realizados (o sus partes) y conteste preguntas tales como: sus características, qué hace, qué le pasa y otros temas. La dramatización puede continuarse con diálogos entre los objetos o del paciente con ellos.

Como otros recursos lúdicos y proyectivos, es una herramienta para permitir aflorar características y procesos, no siempre conscientes, del paciente.

(33) *Para descubrir procesos propios (pensamientos, sentimientos, deseos y estrategias) no conscientes, mediante la identificación con objetos de la fantasía.*

Con los mismos objetivos que señalamos en el punto anterior, puede solicitarse al paciente que represente a cualquier objeto real o de fantasía. Luego se sigue con las preguntas, diálogos o interacciones dramáticas que el terapeuta encuentre conducentes a los fines del ejercicio. Los objetos elegidos dependen del criterio del terapeuta (por ejemplo: árboles, casas, flores, nubes, puertas, etc.) y, a veces, pueden basarse en experiencias anteriores, dibujos realizados, cuentos comentados o sueños.

(34) *Para comprobar y reforzar lo aprendido en la tarea terapéutica: mediante el debate intrapsíquico (racional vs. irracional).*

Consiste en una dramatización donde el paciente representa sucesivamente su “parte irracional” y su “parte racional” discutiendo.

(35) *Para comprobar y reforzar lo aprendido en la tarea terapéutica: mediante el intercambio de roles (del cliente con el terapeuta).*

En este caso el paciente intercambia roles con el terapeuta. En su rol de “terapeuta” el paciente tratará de modificar los pensamientos del “paciente” (representado por el terapeuta).

Este recurso, destinado a repasar y reforzar la convicción en las creencias racionales, ya fue

descrito por Ellis, Sichel, Yeager, DiMattia y DiGiuseppe (1989), y por Walen, DiGiuseppe y Dryden (1980-1992),

(36) *Para mostrar cómo sucedió. Representando un acontecimiento.*

La representación de un acontecimiento vivido permite aclarar sus características al terapeuta y a los pacientes. Este procedimiento resulta especialmente útil en los conflictos de pareja o entre dos personas en general.

(37) *Para ver cómo sucedió. Observando la reiteración realizada por los auxiliares.*

Luego del recurso señalado en el punto anterior, la misma escena puede ser representada por auxiliares.

Esto permite que los pacientes (pareja, amigos en conflicto, etc.) puedan observar más objetiva y críticamente lo acontecido.

(38) *Para ver su propia conducta desde la perspectiva del otro. Mediante la inversión de roles.*

Este es uno de los primeros y más esgrimidos recursos de Moreno. Se refiere a la dramatización de un conflicto cuando es realizada por los participantes reales en el mismo. La “inversión de roles” permite entender al otro y verse a sí mismo, a sus propias conductas, desde el lugar del otro.

(39) *Para descubrir pensamientos, creencias, emociones y motivaciones. Mediante el soliloquio (y, a veces, el doble).*

Este recurso se refiere a las dramatizaciones “existenciales” o con los mismo protagonistas de la realidad (como en el punto anterior).

(40) *Para comprender el punto de vista del otro. Mediante la inversión de roles.*

En el mismo caso y con la misma técnica enunciada en nuestro punto 38, puede facilitarse que el paciente comprenda el punto de vista o las necesidades del otro.

(41) *Para descubrir nuevas formas de reacción o conductas, la capacidad de desempeñarlas y sus consecuencias.*

La técnica consiste en modificar el episodio en la representación. Puede ser sugerido por el director, puede surgir del “doble” o puede ser fruto del insight y de la investigación (espontaneidad y creatividad) del protagonista.

La modificación del episodio permite que el protagonista explore nuevas respuestas (conductas), su capacidad para desempeñarlas y sus consecuencias.

(42) *Para ensayar las nuevas conductas deseadas.*

Una vez determinadas las nuevas conductas deseadas, las corrientes cognitivas enfatizan la importancia de la práctica de las mismas para lograr establecerlas.

El psicodrama es una forma concreta de práctica de las nuevas conductas, en un nivel de dificultad menor que en las situaciones reales. Para nuevas conductas difíciles de poner en práctica en las situaciones reales, por diversas razones posibles, las corrientes cognitivas conductuales señalan la conveniencia de utilizar una secuencia gradual creciente de dificultad. Empezando por los ejercicios de imaginación, puede continuarse con las dramatizaciones hasta finalizar con su desempeño en las circunstancias reales.

+

(43) *(Átomo social) Para conocer las relaciones, la configuración y los conflictos en el ámbito de las relaciones significativas del cliente.*

Esta técnica consiste en indicar al paciente que represente al conjunto de personas con las que tiene un vínculo significativo importante (su “átomo social”). Estas personas pueden incluir (o no) a padres, hijos, cónyuge, amigos íntimos, etc. según las particularidades de cada persona.

La representación se hace en el espacio del escenario colocando a quienes representan a

dichas personas a distintas distancias del lugar en que se encuentra el protagonista, en forma tal que representen las distancias (o cercanías) afectivas que las unen con el mismo.

Luego, el paciente puede indicar a cada una la postura, gesto o expresión corporal que considere representativa de las características de ella y de la relación.

Además, puede solicitarse al paciente, mediante la inversión de roles, que represente a cada uno de los integrantes de ese átomo social.

Esta técnica:

- Permite la expresión y visualización de los vínculos significativos, sus características únicas y sus dificultades, problemas y conflictos.
- Sirve como calentamiento para un psicodrama sobre el conflicto que surja.

(44) *(Sociodrama) Para lograr la disposición necesaria (“calentamiento”) para abordar temas personales del cliente.*

Además de los objetivos señalados en el punto anterior, el sociodrama es una técnica de calentamiento para la realización de un psicodrama surgido del mismo.

## BIBLIOGRAFÍA

- Bandura, A. (1977a) *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1977b) Self-Efficiency: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. En: *Psychological Review*, 1977, 84: 191-215. Citado por: Bandura, A. (1977a).
- Beck, A., Freeman, A. y otros. (1990) *Terapia Cognitiva de los Trastornos de Personalidad*. Barcelona(1995): Editorial Paidós.
- Blatner, H.A. (1973). *Psicodrama. Cómo Utilizarlo y Dirigirlo*. México(1980): Editorial Pax.
- Blatner, A. (1994). Tele. En: Holmes, P., Karp, M. & Watson, M. (eds.) (1994). *Psychodrama since Moreno. Innovations in Theory and Practice*. New York: Routledge.



- Blatner, A. (1996) . *Acting-in. Practical Applications of Psychodramatic Methods* . (3° edición). New York: Springer Publishing Company.
- Blatner, A. & Blatner, A. (1988) . *Foundations of Psychodrama. History, Theory, & Practice*. (Third Edition) . New York: Springer Publishing Company.
- Bruner, J. (1986) *Realidad Mental y Mundos Posibles. Barcelona* (1996): Editorial Gedisa.
- Carlson-Sabelli, L., Sabelli, H. & Hale, A. (1994) . *Sociometry and Sociodynamics* . En: Holmes, P., Karp, M. & Watson, M. (eds.) (1994) . *Psychodrama since Moreno*. Innovations in Theory and Practice . New York: Routledge.
- Ellis, A., Sichel, J., Yeager, R., Di Mattia, D. & Di Giuseppe, R. (1989) *Rational Emotive Couples Therapy* . New York: Pergamon Press.
- Emunah, R. (1994) *Acting for Real. Drama Therapy Process, Technique and Performance* . Levittown, PA: Brunner/Mazel.
- Gonçalves, O. (2002) *Psicoterapia Cognitiva Narrativa*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Karp, M., Holmes, P. & Tavon, K.B. (eds.) (1998) . *The Handbook of Psychodrama* London: Routledge.
- Landy, R. (1993) *Persona and Performance. The Meaning of Role in Drama Therapy, and Everyday Life*. New York: The Guilford Press.
- Mahoney, M. (1974) . *Cognition and Behavior Modification* . Cambridge, Mass.: Ballinger. Citado en: Bandura, A. (1977a, p.190)
- Marineau, R. (1989) . *Jacob Levy Moreno* . London: Routledge.
- Moreno, J.L. (1946) . *Psychodrama. First Volume*. (Cuarta edición: 1972) . Ambler, PA (1985): Beacon House.-
- Moreno, J.L. (1959a) . *Psychodrama. Second Volume* . Beacon, NY (1975): Beacon House.
- Moreno, J.L. (1959b) *Psicoterapia de Grupo y Psicodrama*. México(1966): Fondo de Cultura Económica.
- Moreno, J.L. (1964) *Introduction to the Third Edition* . En: Moreno, J. L. (1946).
- Moreno, J.L. (1969) *Psychodrama. Third Volume* . Beacon, NY (1975): Beacon House.
- Moreno, Z.T. (1994) *Foreword* En: Holmes, P., Karp, M. & Watson, M. (eds.) (1994) . *Psychodrama since Moreno*. Innovations in Theory and Practice . New York: Routledge.
- Moreno, Z.T. (1965). *Psychodramatic Rules, Techniques and Adjunctive Methods*. En: *Group Psychotherapy, Vol. XVIII, n° 1-2*. Reproducido en: Moreno, J.L. (1969) *Psychodrama. Third Volume*. Beacon, NY (1975): Beacon House.
- Moreno, Z.T. (1968) *The Seminal Mind of J.L. Moreno and His Influence Upon the Present Generation*. En: *International Journal of Sociometry and Sociatry, Vol V, No.3-4*. Reproducido en: Moreno, J.L. (1969) *Psychodrama. Third Volume*. Beacon, NY (1975): Beacon House.
- Moreno, Z.T. (1998) . *Preface*. En: Karp, M., Holmes, P. & Tavon, K.B. (eds.) (1998) . *The Handbook of Psychodrama*. London: Routledge.
- Nardi, Thomas (1979) *El Uso del Psicodrama en la R.E.T*. En: Ellis, Albert & Grieger, Russell. *Manual de Terapia Racional-Emotiva*. Vol.2. Bilbao (1990): Editorial Desclée de Brouwer.
- Pickering, K. (1997) *Drama Improvised. A Source Book for Teachers and Therapists* . New York: Theatre Arts Books.
- Safran, J. (1998) *Widening the Scope of Cognitive Therapy*. The Therapeutic Relationship, Emotion, and the Process of Change. Northvale, NJ: Jason Aronson Inc.
- Safran, J. & Segal, Z. (1990) *Interpersonal Process in Cognitive Therapy* . Northvale, NJ (1996): Jason Aronson Inc.
- Walen, S., Di Giuseppe, R. & Dryden, W. (1980 - 1992). *A Practitioners Guide to Rational Emotive Therapy*. New York: Oxford University Press.
- White, M. & Epston, D. (1990) *Medios Narrativos para Fines Terapéuticos*. Barcelona (1993): Paidós.
- Yalom, I. (1975) *Teoría y Práctica de la Psicoterapia de Grupo*. Mexico (1986): Fondo de Cultura Económica.

## BIBLIOTECA UNITREC

La Biblioteca Virtual **UNITREC** ofrece acceso libre y gratuito a los miembros de **ALAMOC**. También ofrece el acceso a todas las personas interesadas que se hayan afiliado individualmente o colectivamente a esta biblioteca.

Inicialmente los textos se han seleccionado en base a su importancia en el campo de la psicología y las psicoterapias, especialmente dentro de los paradigmas: cognitivo, comportamental y sistémico, sin descartar otras propuestas basadas en la evidencia y otras experiencias exitosas.

**AFILIACIÓN:**  
**www.unitrec.org**



COGNICIÓN Y  
COMPORTAMIENTO

Web:  
[www.alamoc-web.org](http://www.alamoc-web.org)