

# PSICOSOMÁTICA Y PSICODRAMA BIPERSONAL: LA DEPRESIÓN ESENCIAL FRENTE AL DESEO DE VIDA

## PSYCHOSOMATIC AND PSYCHODRAMA: ESSENTIAL DEPRESSION AGAINST DESIRE OF LIFE

Vega Candelas García<sup>1</sup>

### Resumen

El presente trabajo es una aproximación al mundo de la psicósomática del adulto, en el cual se plantea un modo de intervención, enmarcado dentro del ámbito del Psicodrama Bipersonal Constructivista, donde se resalta la importancia de reparar las heridas vinculares primarias desde la relación de seguridad del vínculo terapéutico, potenciando así el deseo de vida frente a la desvitalización de la depresión esencial.

**Palabras clave:** *psicósomática, vínculo terapéutico, psicodrama, depresión esencial.*

### Abstract

The current article is an approach to the adult psychosomatic world. It shows a methodology to intervene, framed in the bi-personal psychodrama. It highlights how key is to create a secure therapeutic bond to repair the primary bond wounds, promoting this way the wish of life versus the lack of it, which appears in the so called essential depression

**Key Words:** *psychosomatic, psychodrama, essential depression, therapeutic bond.*

---

<sup>1</sup> Psicóloga. Miembro Titular de la Escuela de Psicoterapia y Psicodrama. Psicodramatista. Máster en terapia de pareja y familia por la UPCO. Experto en medicina psicósomática y psicología de la salud. Miembro Fundador de la Asociación para el estudio de la Psicoterapia y Psicodrama (AEPP).

## Introducción

Es de sobra conocido por los profesionales de la salud que el tratamiento psicológico llevado a cabo con pacientes psicosomáticos adultos, es largo y costoso por las peculiaridades propias de su personalidad, definidas y descritas por Marty y sus compañeros del IPSO (1990, p. 35-42). Él define como algunos de sus rasgos característicos los siguientes elementos:

- El establecimiento de “relaciones blancas”, esto es carentes de afectividad, planas, lo que dificulta una verdadera comunicación. La calidad de los afectos y de los vínculos establecidos por el paciente con el entorno, es muy pobre.
- Pensamiento operatorio: su mundo interno es “deficitario” en contenidos mentales tratando de vivir en la calma y en la rutina; están hiperadaptados a las normas y siempre cumplen con el deber. Enumeran aspectos somáticos y concretos de su biografía sin ninguna vinculación afectiva; no sueñan, no tienen fantasías, no expresan conflictos, no tienen proyectos; No parece que tengan deseos. Esta baja calidad de las representaciones mentales, dificulta la asociación de ideas y el conocimiento sobre sí mismos (déficit de mentalización), produciéndose un fallo esencial en la adquisición del pensamiento lógico, -formal y simbólico (Sánchez, 2009, p. 44). A menor tolerancia al dolor mental, más probable será el dolor corporal. La respuesta de somatización de los órganos será por tanto un intento de descargar las tensiones internas o externas del sujeto que su aparato psíquico no es capaz de representar, pero para los autores del IPSO, no va a tener ningún tipo de significado simbólico, sólo es evacuatorio. En muchos casos se puede encontrar un suceso externo traumatizante, a partir del cual y ante la incapacidad del aparato psíquico del sujeto de elaborarlo, se iniciará la desorganización psicosomática.

La idea del suceso traumatizante como desencadenante del desbordamiento somático, no es exclusiva de los autores de la IPSO; autores como Rof Carballo (en Martínez,

2008, p. 28), Kutter (1996, p. 47), Bekei (1996, p. 133), D'Alvia y Maladasky (1996, p. 185), Rallo (1991, p. 23) también la sostienen.

- Depresión esencial o sin objeto: es una depresión blanca, asintomática, presentándose como un déficit de energía vital, sin dolor psíquico asociado, que parece estar vinculada con un fracaso en el vínculo primario. Estos pacientes sostienen su autoestima en la eficacia de sus actividades, a las que se dedican de una manera infatigable a lo largo de todo el día. Marty (1990, p. 40), asegura que “el instinto de muerte es señor y dueño de la depresión esencial. El tiempo vivido en la depresión esencial, es cada vez más nefasto para los sujetos”.

Otra de los rasgos propios de estos pacientes fue acuñado por Nemiah y Sifneos (1972) en relación al constructo definido como alexitimia, que se caracteriza por una dificultad para identificar y describir emociones, sentimientos y afectos tanto de sí mismo como de los demás, así como para diferenciar los sentimientos de las sensaciones corporales que acompañan a la activación emocional.

Junto con esto, habría que añadir, que los síntomas psicosomáticos aparecen en lo que se define como “brotos cíclicos”, de manera impredecible, llegándose a considerar dentro de la medicina científica, como enfermedades crónicas que hace que los propios pacientes alberguen pocas esperanzas de cambio, entendiéndose que la cronificación es un elemento de mal pronóstico y de mala calidad de vida para ellos. La desorganización somática puede desencadenar, en los casos graves, enfermedades irreversibles y letales.

### **Propuesta de trabajo**

La propuesta de este trabajo es acercarnos al proceso de intervención psicoterapéutico en pacientes aquejados con sintomatología psicosomática, dentro de un modelo psicodramático bipersonal constructivista, que va dirigido a rematizar las carencias básicas de estos sujetos en sus relaciones primarias ya que permite acceder al fondo depresivo y repararlo (Herranz, 1999,

p. 30). Parafraseando a Sándor Ferenczi en su conferencia de 1931 en Viena, en el homenaje al setenta y cinco aniversario de Freud “si el paciente tiene un trauma vincular primario, en el fondo sigue siendo un niño y la función del terapeuta estará centrada en realizar un maternaje vincular a lo largo del proceso terapéutico” (Villamarzo, 2002, p. 46), lo que va a permitir acompañar al paciente en el manejo y reconocimiento de las emociones, no expresadas y sustituidas con los síntomas físicos, así como la elaboración de nuevas estrategias relacionales sin la necesidad de las lesiones orgánicas. Desde esta posición, el maternaje de Ferenczi, intentaría dar una nueva solución o respuesta emocional directa, a los viejos conflictos. (Villamarzo, 2002, p. 45).

La psicoterapia psicodramática bipersonal no se centra en los síntomas, entendiendo que estos se originaron en un lugar, en un tiempo y en una red vincular significativa para el paciente. Será constructivista en el sentido expresado por Neimeyer (2013, p. 29) de “ayudar al paciente, no tanto en enseñarle como únicas, las habilidades de enfrentamiento más adecuadas, sino como una forma de intervenir en el significado de su mundo interior”, presentándole nuevas posibilidades de acción, que le permita construir una imagen de sí mismo y de su realidad diferente. Dadas las características descritas anteriormente de estos pacientes, y teniendo en cuenta las limitaciones sobre su espontaneidad y su deseo, el terapeuta, deberá ser más directivo y activo, que en el encuadre original psicodramático y presentarles varias respuestas alternativas a los conflictos planteados, respetando la elección que sobre ellas haga el paciente. Como dice Herranz (2004, p. 60), “la técnica del psicodrama es sencilla, lo difícil es adaptar la técnica a las necesidades de cada paciente, y eso requiere mucho esfuerzo y mucho tiempo de formación”.

El proceso terapéutico, se realiza, en un encuadre diádico de “psicodrama bipersonal” (terapeuta paciente, en el que no intervienen roles auxiliares). En este setting terapéutico al terapeuta le corresponde la función de sostén y de guía, siendo productor, director, analista y terapeuta, y en el que el paciente desempeñará la función protagonista, actuando su mundo

interno a través de la puesta en acción de las escenas a trabajar. El terapeuta además realizará una función metabólica, dónde se presta a sí mismo para digerir el mundo afectivo, oculto y ajeno al paciente. Las sesiones tienen una periodicidad semanal.

### **Circunstancias del paciente que favorecen el proceso terapéutico**

Los pacientes psicósomáticos, no suelen llegar a la consulta del psicólogo por propia decisión, sino después de un largo y complejo periplo médico, que en algunos casos puede ser de años, lo que les llevará por diferentes especialidades hasta acabar siendo derivados a salud mental; esto hace que vengan a sesión con cierta educada irritación, cansados, pero también hasta cierto punto agradecidos de que alguien les atienda, les escuche y esté dispuesto a trabajar con ellos. Saben que “lo suyo es complicado y lento”, por lo que cualquier pequeño cambio que se logre en psicoterapia va ser muy valorado y les transmitirá esperanza para el cambio. La paciencia y la poca prisa que ellos manifiestan es uno de nuestros mejores aliados puesto que la realidad es que los avances logrados vendrán después de mucho esfuerzo

### **Circunstancias del paciente que dificultan el proceso terapéutico**

Estos pacientes tienen dificultad para establecer con el terapeuta, al igual que en todas sus relaciones vitales, un vínculo afectivo, lo que hará que, aunque hiperpuntuales con las sesiones y colaboradores al máximo en darnos la información solicitada, el vínculo terapéutico es complicado de construir. (Entendiendo por ello un lugar de encuentro, protector y que permitirá rematizar las heridas primarias del paciente).

Otro obstáculo de la intervención, vendrá de la mano de las representaciones mentales que son pobres y descargadas de vitalidad. Esto se traduce en que las sesiones se dedican a la descripción de los síntomas orgánicos. Es una queja concreta, separada, “escindida” de las emociones y del contexto en el que aparecen, reprimidos en los sueños, ajenos al deseo, al margen de los recuerdos del pasado y de las proyecciones e ilusiones del futuro. Es un mundo representacional anclado en la rigidez de la descripción del hacer sin reflexión ni introspección.

Si a lo largo de la intervención no conseguimos que el sujeto se descentre de los síntomas, lo que implica que incluyan algún aspecto de significado más complejo que la enumeración de la queja y la pasividad frente a ella, el proceso terapéutico no puede iniciarse. Sólo si la mirada del paciente se acerca a buscar en “su funcionamiento psíquico” y en “su modo de hacer” frente a los conflictos, sintiéndose al menos de forma parcial protagonista, el proceso terapéutico puede iniciarse.

### **Circunstancias del terapeuta a tener en cuenta en el tratamiento**

La filosofía que subyace a la psicoterapia psicodramática se denomina “Filosofía del Encuentro”, lo que, trasladado a la práctica clínica, supone una actitud de apertura del psicodramatista con el paciente, donde se propone un vínculo regenerador de sus vínculos originarios. Este tipo de personas pondrán a prueba la vitalidad del propio terapeuta y empobrecerá los movimientos hacia el cambio que surgen de la relación terapéutica. El déficit de vitalidad vendrá de la mano “del aburrimiento-”, que refleja el tedio vital del paciente expresado en un discurso monótono, sin agente de los sucesos, y dónde el cuerpo es el rector desconocido de nuestras vidas.

A su vez, tendrá que frenar su deseo de hacer intervenciones rápidas que desacrediten la importancia que el paciente otorga a los síntomas, haciéndolo de un modo inadecuado en el tiempo y en la forma. Pasar del síntoma al conflicto no resuelto, no consciente del paciente, es un proceso complejo. El paciente solo aceptará esta redireccionalidad y contextualización del síntoma, cuando empiece a intuir y aceptar la diferencia entre el síntoma y la identificación con él, y sólo será capaz de hacerlo cuando entienda que los síntomas físicos han sido el soporte de su identidad; las propias personas aquejadas de patología psicosomática suelen presentarse como “soy asmático, ulceroso, artrítico”. No podemos modificar todo un estilo de vida, una manera de narrarse a sí mismos, sin ofrecerles una alternativa a cambio, que genere algún beneficio. No hay que olvidar que si hubieran sabido o podido encontrar otra “puerta”

que les abriera la posibilidad de estar en la vida de una manera más funcional y adaptativa la habrían utilizado.

El terapeuta deberá hacer frente a su propia frustración, ante la dificultad de construir el vínculo terapéutico y ante las recaídas y aparición de las frecuentes quejas físicas y las recidivas de la enfermedad psicosomática que dificultarán o impedirán mantener la regularidad semanal de asistencia al tratamiento psicoterapéutico.

### **Objetivos del tratamiento**

Es conocida la idea de Kreissler con relación a la labor del terapeuta, de neurotizarse al paciente psicosomático. En esta frase del autor late la idea de neurosis como “enfermedad de la fantasía”, por lo que trabajar en la dirección de flexibilizar el pensamiento operatorio hacia la pseudonormalidad neurótica, permite el acercamiento al deseo, moviliza las emociones y libera la espontaneidad. Si en la depresión esencial el dueño y señor es el instinto de muerte o Thanatos, el Psicodrama que favorece el deseo vital y la espontaneidad, permitirá que vaya apareciendo el instinto de vida o Eros. Es por tanto, objetivo básico del tratamiento reparar el fondo depresivo esencial que subyace en la organización psicosomática. La relación terapéutica opera, generando una relación vincular que se podría denominar “maternaje terapeuta paciente”. Villamarzo define así la relación de maternaje propuesta por Ferenzci, a lo largo de su obra, padre por excelencia de dicho concepto, y que es compartida desde el psicodrama bipersonal. “Su actitud maternal, le indujo a recorrer regresivamente con el paciente el camino terapéutico hasta llegar a las huellas traumáticas infantiles, de la misma forma activa, en que lo haría una madre cariñosa con su propio hijo” (2002, p. 285).

La restauración de lo depresivo, aumentará el deseo vital en su sentido más amplio “psicofísico”. Para ello será imprescindible acceder a las emociones y abordarlas en sesión, que aprenda a reconocerlas y a integrarlas como parte de sí mismo y de su vida.

Un segundo objetivo es trabajar en la dirección de que el paciente salga del déficit de singularidad en el que se esconde, dejando su identidad diluida en lo común y no en lo característico de sí mismo “alguien del montón, normal, corriente”. De tal modo que pueda darse cuenta de su propio valor y potenciar el aprecio y la estima por sí mismo, como individuo “único” y “particular”.

Co-construir con él un nuevo modo de narrarse así mismo, sin las etiquetas de los síntomas físicos utilizado hasta ahora, dándole un nuevo significado a su identidad y un nuevo modo de relacionarse con los demás.

El tercer objetivo pretende buscar y trabajar con el suceso traumático que pudo ser un factor concomitante en el desbordamiento somático; en la búsqueda del “trauma” está la idea de elaboración y reparación del duelo asociado.

El cuarto objetivo es parar el ciclo espiral de brotes recurrentes de síntomas somáticos. Esta recurrencia puede desencadenar una enfermedad crónica y o letal por desgaste de órganos. No está en manos del terapeuta curar órganos afectados, pero sí en la medida de lo posible disminuir la intensidad, la frecuencia de esos síntomas físicos concretos y evitar que aparezcan otros nuevos, en diferentes órganos.

### **Proceso de intervención**

Se divide el proceso terapéutico en tres momentos diferentes en función del objetivo prioritario:

- 1ª Fase. Donde el síntoma somático es el protagonista exclusivo del contenido de las sesiones.
- 2ª Fase. Donde se trabaja con la diada emoción- síntoma, buscando su conexión y la toma de conciencia de su conectividad.
- 3ª Fase. Donde se relaciona el síntoma con una “red vincular” y con los patrones relacionales en los que participa. Junto al reconocimiento de los modos de hacer y estar



en sus redes vinculares, se trata de generar alternativas y modificaciones en los roles que desempeña.

### **Fase 1ª**

Es fundamental que el terapeuta manifieste interés por escuchar toda su historia de síntomas, ingresos, brotes, periplo médico... que nos va a dar información relevante sobre cómo han ido construyendo su identidad como enfermos a lo largo del tiempo, sus dificultades de relación y las explicaciones que ellos mismos se han ido dando sobre dicha enfermedad.

Habrà que buscar entre todos los síntomas, el **que fue el primero en aparecer**, que con toda seguridad ha quedado olvidado por otro mucho más cercano en el tiempo. Ese síntoma original es el que nos remite al acontecimiento traumático que produjo el inicial desbordamiento somático, sin olvidar que es el vínculo primario el que hay que reparar, independientemente de la edad de aparición del síntoma.

No se puede acelerar esta etapa, y el poder saltar a la siguiente fase dependerá del ritmo de cada paciente; nos puede dar información de que están preparados para hacerlo que empiecen a hablar durante las sesiones de “estar cansados de estar enfermos”.

### **Fase 2ª**

Hay una parte informativa donde se explica que los sucesos diarios que no se saben manejar, correlacionan con síntomas de estrés y desencadenan emociones y pensamientos, aunque no se perciba la unión entre la situación y los procesos psíquicos desencadenados.

Este mundo cognitivo emocional no sucede al margen de nuestra fisiología; se producen cambios fisiológicos internos, de modo puntual, tales como aumento de acidez en el estómago, taquicardia, sudoración, diarreas, aumento del cortisol... Les contaremos que todas las emociones suelen ser elaboradas por el aparato psíquico a través del lenguaje, y la posterior conducta, pero si no se toma conciencia de ellas, su sistema mental se queda

atascado y se realizará una descarga evacuatoria no consciente de la emoción a través del cuerpo provocando un síntoma físico que puede llegar a cronificarse. Es imprescindible entonces, realizar un “entrenamiento en el reconocimiento e identificación de situaciones estresantes y de sus correspondientes emociones”.

El terapeuta va a hacer durante esta parte del proceso terapéutico una función metabolizadora de la emoción, como se hace en el trabajo de psicoterapia infantil: esto es, “te ayudo a poner un nombre e identificar lo que sientes y a manejarlo sin asustarte”.

Para ello construimos con ellos un listado de emociones básicas tanto positivas como negativas y les explicamos su correlato físico más habitual Ej. Rabia-dolor de estómago, tristeza-llanto, ansiedad-diarrea, alegría-sonrisa... Las emociones pueden no identificarse, pero sí van a tener la manifestación física visible y a través de ella se puede acceder a una información sobre su mundo interno. Una vez que cogen práctica en esto se añade otro escalón, consistente en identificar la emoción relacionándola con una situación concreta. ej. “Ahora te vas a fijar en qué situación de tu día a día aparece esta emoción siempre prestando atención a los síntomas físicos”; el objetivo es que le sirva para poner en relación “su cuerpo” y “su contexto vital”.

En el transcurso de las sesiones, aparecerá una situación que de manera repetitiva (no podemos obviar que estos pacientes son monótonos y reiterativos en su vida y en sus relaciones) el sujeto identifique como generadora de la misma emoción negativa. Habremos encontrado la primera escena de su mundo interno que va a servir para iniciar el trabajo desde el psicodrama en la siguiente sesión.

El trabajo psicodramático bipersonal tiene cuatro momentos bien diferenciados y que deben mantenerse:

- **Caldeamiento inespecífico:** Preparación o disposición emocional entre paciente y terapeuta que nos permita acercarnos a las situaciones que les conflictúan (Herranz, 1999, p.59). Aunque lo habitual es esperar a que el paciente tome la palabra y plantee

algún tema a trabajar, en este caso concreto, el terapeuta deberá ser más activo y facilitar la búsqueda de la situación concreta para dramatizar.

- **Caldeamiento específico:** Preparación para abordar un conflicto concreto y focalizado. Incluye la descripción del lugar donde ocurre la situación que él ha identificado a lo largo de las semanas previas; los personajes que aparecen se van a ir colocando en el espacio dramático, y por último se colocará al propio paciente dentro del mismo espacio y a su emoción, como si fuese un elemento externo que se puede tocar (**concretización de la emoción**). Para ayudarlo a trabajar con ella recurrimos a una pequeña entrevista guiada (**entrevista al personaje**) que puede incluir preguntas como estas: de qué color te la imaginas, cómo es su forma, su tamaño, con qué parte física de tu cuerpo la asocias, desde cuándo piensas que lleva acompañándote en tu vida en situaciones parecidas a esta...
- **Dramatización:** En este momento del tratamiento, los personajes que el sujeto ha colocado en la situación quedan en un segundo lugar; esto es colocados en la escena, pero sin enfrentarse a ellos porque ya sabemos que de momento no sabe dar ninguna respuesta diferente a la habitual. Sólo se trabajará con la emoción y con el paciente, para lo que yo prefiero recurrir a la técnica psicodramática por excelencia, que es el **cambio de roles**; al ser y sentirse emoción, el sujeto aprende a no temerla tanto, y comprende que forma parte de él mismo, no es algo extraño y que puede frenar su intensidad con estrategias variadas como acercarse o alejarse de la escena temida. Con esto pretendemos devolverle el poder sobre sus síntomas.
- **Compartir:** salimos del espacio psicodramático y hablamos de lo que ha pasado en la dramatización; no es esperable que realicen complejas elaboraciones sobre lo vivido dado la particularidad de su personalidad, por eso el terapeuta puede hacer **de espejo de las emociones** y reflejarle algunos de los sentimientos que ha percibido en el transcurso de la escena (Herranz, 1999), siempre en el camino de ayudarlo a

metabolizarlas; no hay que olvidar que tampoco saben reconocer las emociones de los demás y este procedimiento les devuelve una información diferente al verse reflejado en otro. Ej: "Sentí tu valentía al hablar con la rabia".

### ***Fase 3ª***

Es en este momento del proceso terapéutico, donde se va a trabajar con las relaciones vinculares que él ha identificado como importantes en sesiones anteriores y que le conflictúan. Es aquí, donde el terapeuta le irá presentando alternativas posibles de respuestas ante esos conflictos y le invitará a elegir sobre lo que desea o no hacer y cómo llevarlo a cabo, casi como en un entrenamiento de roles. Se deberá insistir en que se va a respetar siempre su deseo puesto que la terapia es y debe ser un lugar protector.

El proceso sería el siguiente:

- Aparece la respuesta habitual del paciente.
- Se le pregunta lo que siente y si no sabe, el terapeuta puede hacer uso de la técnica del doble. A través de la cual verbaliza el sentimiento percibido, pero no expresado por el paciente.
- Facilitar la asociación entre la descarga somática y la aparición de dicha emoción.
- Se le presentan varias alternativas diferentes de respuestas posibles y se le invita a elegir una o varias de ellas. En este momento, puede ocurrir lo siguiente:
  - 1-que el paciente no desee ninguna,
  - 2- que la desee, pero no quiera llevarla a cabo,
  - 3-que la acepte y la ponga en práctica, realizando un ensayo de esa respuesta novedosa.
- Al paciente se le invita a que, en lo sucesivo, se permita reconocer y generar sus respuestas del modo más espontáneo que desee y le sea posible. Ese poner en práctica

lo deseado se sostiene en que el paciente ha hecho suya la posibilidad de emitir respuestas más espontáneas y se ha dado el derecho a hacer lo que desea. Los conflictos que tiene que abordar se encontrarán con otros modos de abordaje y resolución.

### **Caso Clínico**

El caso clínico que se presenta a continuación es de una paciente de 26 años, a la que se atendió en psicodrama bipersonal a lo largo de 3 años. Acude a consulta por padecer un cuadro de colon irritable en estado avanzado de cronificación muy incapacitante. El primer brote lo tuvo a la edad de 18 años, momento que coincide con el inicio de su vida universitaria. Recuerda que sobre los 10 años estuvo varias veces en urgencias por presentar cuadros “gástricos extraños”, que los médicos no supieron diagnosticar con claridad y que achacaron a cuestiones víricas. La intensidad elevada y la alta frecuencia de aparición del síntoma, varias veces a lo largo del día, le incapacitan para hacer su vida con normalidad. No puede estar sentada en el trabajo más de una hora, no puede montar en transporte público en trayectos largos ya que debe salir y buscar un aseo, lo que le obliga a organizarse con mucho tiempo por la mañana. No puede ir a eventos sociales, ni a sitios al aire libre o lugares donde no haya un acceso rápido a los servicios. El dolor en el abdomen es intenso y le cuesta conciliar el sueño debido al meteorismo acusado y los espasmos constantes. Ha pasado por varias evaluaciones médicas, para descartar enfermedades como el Crohn, el cáncer de colon... Y es el médico especialista de digestivo quién le sugiere que acuda a tratamiento psicológico, finalmente su diagnóstico fue de colon irritable.

### ***Fase 1ª***

“Soy una chica normal, corriente, del montón y hago cosas normales a mi edad. No entiendo por qué pasa esto; me han dicho que lo que tengo no es de origen físico sino de los nervios y yo no entiendo a que se refieren. A mí me duele la tripa todo el rato y eso que cuido mucho la

alimentación y hago deporte. Llevo muchos años así y esto es increíble. Hago todo lo que me dicen los médicos, todas las pruebas que han sugerido sin protestar, pero no mejoro nada, cada vez de hecho estoy peor. Al principio me daba “alguna crisis” de modo esporádico, imagino que por alguna bacteria o virus que debí coger, pero poco a poco se ha ido extendiendo y ahora mismo estoy liada todo el día con lo mismo. Mis padres me dicen que es porque hago cosas sin parar, pero yo solo hago lo que todo el mundo hace normalmente. Yo lo que quiero es que me arreglen este problema y ahora van y me mandan a terapia porque no saben qué más hacer conmigo”.

### **Fase 2ª**

- Terapeuta: “Vas a ir anotando a lo largo de toda la semana, en qué momentos te duele la tripa y tienes que salir urgentemente al aseo. Tienes que escribir dónde estás y qué estás haciendo”
- Paciente: “Siempre me pasa por las mañanas, cuando me levanto estoy peor, cuando voy en el metro de camino al trabajo, si tengo alguna reunión importante, cuando mis compañeros me piden que acabe tareas con mucha urgencia y cuando mi jefe me grita”.
- Terapeuta: “Parece que está relacionado con momentos de estrés, y podemos explorar si debajo de ello puedes sentir el miedo y la rabia”. Proponemos una dramatización con un fin exploratorio. “Describe el lugar donde ocurre esto, (**escenario**) qué personajes están presentes en la reunión, dónde estás tú y dónde y cómo puedes situar la rabia y el miedo en esta escena. Vamos a hacer una entrevista a la rabia y al miedo (**técnica de concretización**), como si tuvieran voz, para averiguar qué tratan de decirnos y desde cuándo, cómo son de grandes de 0 a 10 estas emociones (intensidad), y si siempre son así de grandes o hay momentos en los que te parecen más pequeños, de qué color te

los imaginas, desde cuando están en tu vida, puedes acercarte o alejarte de ellos hasta colocarte en una distancia que te sea cómoda para trabajar.

- Paciente: Se le pide a la paciente que juegue el rol de la rabia y a que a partir de ese momento hable como si fuera la rabia (**cambio de roles**).
  - “No sé desde cuando llevo en su vida, tal vez desde siempre, pero sé que cuando está en el trabajo es probable que aparezca muy grande porque le duele mucha la tripa; no sé el color, tal vez negra, me cuesta imaginármela, cuando aparezco le hago que le duela la tripa mucho y tiene que ir al baño constantemente, no sé qué más decir, esto es muy raro”. (Le cuesta mantenerse en el rol, habla desde el rol y desde ella).
- Terapeuta: “¿Podría ser entonces que cuanto mayor es el dolor de tripa más grande sea la intensidad de la rabia? Mira a ver, si puedes pensar desde el papel de la rabia qué querrías decir en vez de mostrarlo a través del dolor físico”.
- Paciente: “No sé, me cuesta pensar sobre esto. Tal vez, que me presiona mucho el jefe y los compañeros, que a veces me hablan en un tono poco educado y a veces me gritan y yo me siento rara, pero no digo nada, me preocupa no hacer mi trabajo bien. Es lo más importante para mí, hacer las cosas bien”.
- Terapeuta: “Bueno, tal vez en algún momento que puedas o quieras podemos hacer algo diferente a estar callada que parece que te hace sentir enfadada y quizás permitirte no tener que hacer todo perfecto. Tal vez reconocer que tienes enfado es un paso previo a todo esto y a lo mejor no es necesario que aparezca el cólico”.

### **Fase 3ª**

- Terapeuta: “Describe cuál es la situación donde aparece la rabia en relación a tu jefe.  
Dónde estáis físicamente (se construye el espacio en el escenario imaginario del

psicodrama), quien más está presente, qué te dice y qué haces tú en esa situación. Vamos a traer también el personaje del “dolor de tripa” y la emoción de la rabia, que hemos visto que correlaciona con el dolor físico”.

- Paciente: Haciendo un cambio de roles como jefe dice: “ese trabajo no está bien hecho, lo tienes que repetir parece mentira, tienes que acabarlo para hoy”.
- Terapeuta: “Cambia el rol con el dolor de tripa y mira a ver qué podría decir. Ahora cambia el rol con la rabia y pon en voz alta su discurso interno y silente. Mira a ver si te apetece intentar hacer algo distinto a estar callada. A mí, se me ocurre que puedes tratar de decirle al jefe que “te molesta que te grite o que trabajas más tranquila si no te grita”. Te gustaría ensayarlo...”
- Paciente: “No sé si quiero intentar decirle eso, si tú quieres que lo haga pues vale, pero de momento no me sale”.
- Terapeuta. “Bueno no pasa nada, por lo menos vas viendo que no hace falta estar siempre callada, que en la medida en que vayas queriendo o pudiendo hacer otra cosa, te lo vayas permitiendo”.

### **A modo de conclusión**

A lo largo del tratamiento la paciente fue relacionando los síntomas físicos con su dificultad para manejar las situaciones de rabia, reconociendo que su rabia callada le llevaba a establecer relaciones de sumisión con figuras de poder. El miedo a la agresividad del otro y a la suya propia, estaba presente en diferentes áreas de su vida tanto en lo personal como en lo laboral que la incapacitaban para poner límites. A lo largo del tratamiento mostró que a los 10 años había sufrido en repetidas ocasiones abusos sexuales por parte de un primo mayor que ella. Fue en esta etapa de su vida cuando los episodios gástricos de diagnóstico impreciso y quizás de naturaleza vírica se desencadenaron. La agresión recibida, y la rabia asociada permanecieron ocultas en el silencio de las palabras y en la denuncia de los órganos.



La psicoterapia puso el foco en la elaboración de la situación traumática y la elaboración del duelo. Nos acercamos al trauma desde sus propias defensas, la distancia emocional que venía del uso de la tercera persona, lo que permitía que su narración pudiera escucharse como la descripción de un narrador de la situación transmitida. La disociación afectiva fue remitiendo en la medida en que el miedo al recuerdo traumático fue disminuyendo y la actitud de silente indefensión se fue transformando en la de agente de protección y seguridad frente al peligro externo, concreto y real.

Poco a poco desarrolló diferentes estrategias de enfrentamiento ante las situaciones diarias que la conflictuaban, siendo capaz de irse cuidando del daño que le habían venido generando. Al principio fueron sugeridas por la terapeuta, que fue poniendo voz al mundo interno de la paciente, con la pretensión de que le sirviera de puente que mediara entre este y su queja somática. Poco a poco y con la lentitud que requiere el proceso de integración de la conducta y la emoción a las situaciones vitales, fue capaz de hacerlo de modo autónomo, sin recurrir como única opción a la somatización. De hecho, los cólicos fueron disminuyendo de modo progresivo a lo largo del primer año de tratamiento, aunque no llegaron a desaparecer por completo. Al finalizar el proceso de terapia aparecían en momentos de mucho estrés sobre todo laboral, de modo puntual, y la duración y la intensidad eran bajas. La paciente fue siendo capaz de reflexionar sobre el suceso que podía haber desencadenado la reaparición del síntoma, y dejó de vivirlo como algo ajeno a su mundo psíquico. A veces utilizaba expresiones como “sé que algo me inquieta, aunque no me entero bien, porque me ha dado un cólico esta semana”. “O no sé qué me puede estar preocupando porque me duele la tripa desde hace varios días”. En su discurso verbal aparecieron palabras como “siento tristeza, desearía hacer, me gustaría...”. Fue surgiendo el deseo por iniciar actividades diferentes, de ocio, viajar, descansar... y pasó a reconocerse y definirse en una nueva identidad “una mujer emprendedora, que decidió continuar su desarrollo profesional en el extranjero,” dándose por finalizado el proceso terapéutico.

Si tuviéramos que concluir de manera sucinta qué pasó en el proceso terapéutico, creo que sin dejar que el deseo de la terapeuta inundara el espacio de cambio, como explícitamente se ha mostrado en el trabajo presentado, la terapeuta ofrece sus sentimientos en palabras (técnica del doble), ofrece sus recursos para pelear por la vida cuando brinda sus estrategias para enfrentarse a los problemas cotidianos. Esta es nuestra posición teórica, una posición de compromiso existencial, evitando la neutralidad que podría convertirse en sesiones de inactividad. Por eso esta actitud terapéutica la consideramos un elemento necesario para dotar de vida al devastado mundo psíquico que deja en los pacientes psicosomáticos el uso del pensamiento operatorio.

El deseo de vida que se fue construyendo en común a través de ese tercero que constituyó el lazo terapéutico, dio “derecho” a la rabia defensiva y se pudo decir adiós a la tristeza. El silencio se fue sustituyendo por múltiples palabras que culminaron en una: “disfrutar”. Disfrutar de estar en la vida, de ser y de reconocerse en su propio valor como ser humano.

### **Bibliografía**

- Bekei, M. (1996). Enfoque psicosomático de la areata infantil. En Bekei, M. compiladora. (1996) *Lecturas de lo Psicosomático. pp 133-141*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- D’Alvia, R. y Maladesky, A. (1996). Modelos de abordaje en Psicosomática. En Bekei, M. Compiladora (1996) *Lecturas de lo Psicosomático, pp 184-196*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- F-Villamarzo, P. (2002). *Sándor Ferenczi: La cuestión de las variaciones técnicas en psicoterapia psicoanalítica*. Biblioteca Oskar Phister. Salamanca: Universa Terra
- Herranz, T. (1999). *Psicoterapia psicodramática individual*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Herranz, T. (2004). *Psicodrama clínico. Teoría y Técnica*. Biblioteca Oskar Phister. Madrid: Ediciones Ciencias Sociales.

- Kutter, P. (1996). El conflicto básico de la psicopatosis y sus implicaciones terapéuticas. *En* Bekei, M. compiladora (1996). *Lecturas de lo Psicosomático*. pp 41-58. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Martínez, F. (2008). *Juan Rof Carballo y la medicina psicosomática. Entre la Teoría de J. R. Carballo y la praxis de A. Fernández Cruz*. Madrid: Ediciones Diaz de Santos.
- Marty, P. (1995). *La psicosomática del adulto*. Argentina: Amorrortu Editores.
- Neimeyer, R. (2013). *Psicoterapia constructivista, Rasgos distintivos*. Colección Biblioteca de Psicología, Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Rallo, J. (1991). Factores psíquicos del asma bronquial. *Revista de psicoterapia y psicoanálisis*, núm. 18/19, 17-29. Octubre 1991a.
- Sánchez, T. (2009). *Qué es la psicosomática. Del silencio de las emociones a la enfermedad*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Sifneos, P. (1996). Alexithymia: past and present. *The American Journal of Psychiatry*, 153, 137-42.