

SICODRAMA Y TERCERA EDAD: Bases neurocognitivas implicadas en el proceso terapéutico



**Andrés Rivero
Fernández**

Licenciado en Psicología por la Universidad de Sevilla, psicólogo sanitario, máster en Psicología Clínica y director de Sicodrama y Sicodanza, formado en la Escuela Concha Mercader.

andresriveropsicologia@gmail.com

RESUMEN

La metodología sicodramática ha sido aplicada a multitud de contextos y poblaciones. Sin embargo, las experiencias terapéuticas con la población mayor son escasas. El presente artículo nace con el objetivo de dar a conocer los distintos perfiles cognitivos que existen en esta población, y cómo este sustrato neural influye en los procesos cognitivos que se ponen en marcha en una sesión de sicodrama.

ABSTRACT

The psychodramatic methodology has been applied to many situations and populations. That being said, therapeutic experiences with elderly people are scarce. This article aims at showing the different cognitive profiles in this population, and how this neural substrate influences the cognitive processes needed in a psychodrama session.

PALABRAS

CLAVE:

sicodrama, psicodrama, demencia, tercera edad, perfil cognitivo, cortical, subcortical.

KEY WORDS:

Psychodrama, dementia, elderly, cognitive profile, cortical, subcortical.

1. Envejecimiento normal y demencia.

La vejez es la última etapa evolutiva en la vida del ser humano. Se extiende desde los 65 años hasta la muerte. Según el Instituto Nacional de Estadística, la esperanza media de vida en el año 2019 era de 80,9 años para los hombres y 86,2 años para las mujeres.

En líneas generales, los procesos cognitivos sufren una merma con la edad, sin llegar a niveles de deterioro grave como ocurre en las demencias. Esto es debido a cambios en el sistema nervioso central (en adelante, SNC), que son progresivos y se inician desde el mismo momento del nacimiento (Vallejo Ruiloba, 2011).

Dichos cambios graduales a nivel cerebral son difíciles de predecir, pues hay grandes diferencias interindividuales y multitud de variables que ejercen su efecto en el estado cognitivo general. Por ejemplo, estudios de supervivencia (Finch & Tanazi, 1997) han comprobado que un 35% de la supervivencia en seres humanos es debida a factores genéticos, mientras que un 65% es explicada por factores ambientales. El presente trabajo ha explorado la influencia de tres variables ambientales (nivel socioeducativo, profesión y estimulación cotidiana) sobre el funcionamiento cognitivo de personas mayores. Concretamente, cómo las diferencias en estas variables hacen necesaria una adaptación técnica en la intervención sicodramática.

Ambas fuentes de influencia, genética y ambiente son mediadoras de la llamada reserva cognitiva, que es “habilidad del cerebro para tolerar mejor los efectos de la patología asociada a la demencia, es decir, para soportar mayor cantidad de neuropatología antes de llegar al umbral donde la sintomatología clínica comienza a manifestarse.” (González et al., 2013). Dicho de otro modo, la reserva cognitiva es una protección ante patógenos cerebrales, que dificulta la aparición de síntomas. Por tanto, es una variable determinante a la hora de padecer algún tipo de demencia, pero no independiente, puesto que depende de factores genéticos y ambientales.

Los deterioros más significativos que se dan en el envejecimiento normal son en los siguientes procesos cognitivos: memoria a corto plazo; potencial de aprendizaje; atención (velocidad viso-motriz y memoria de trabajo); pensamiento abstracto; lenguaje (comprensivo y expresivo); funciones ejecutivas.

Sin embargo, este perfil evolutivo de capacidades mermadas no es universal. Existen toda una serie de variables que modulan el funcionamiento cognitivo. El presente trabajo desarrolla la influencia de tres de ellas. Como se verá más adelante, las poblaciones provenían de contextos sociales muy diferentes, dando lugar a variaciones en factores ambientales determinantes para el desarrollo de la reserva cognitiva: nivel socioeducativo, profesión y estimulación cotidiana recibida.

Al tener en cuenta el nivel educativo, se ha encontrado que una mayor escolarización durante la vida se asocia a menores déficits cognitivos en la vejez. La estimulación que supone la educación favorece la conectividad y el crecimiento de diversos circuitos neurales (González et al., 2013).

La profesión llevada a cabo en la adultez también es un factor a tener en cuenta. Profesiones que exigen un manejo de razonamiento, matemáticas y lenguaje están vinculadas con un mayor mantenimiento de los procesos cognitivos. Por otro lado, aquellas personas que ejercieron profesiones manuales tienen mayor probabilidad de presentar mayores deterioros en los procesos anteriormente señalados.

Con respecto a la tercera variable tenida en cuenta, estimulación cotidiana recibida, su efecto ha sido relacionado con un mejor estatus cognitivo general. Esto sucede tanto en periodos estimulantes de la adultez como de la vejez (Labra Pérez & Menor, 2014). La estimulación diaria posee un efecto potenciador de la función cognitiva, pues favorece el desarrollo de nuevas vías neurales.

El presente trabajo se completó con una tercera población, esta sí con diagnóstico de demencia. En este caso, el deterioro cognitivo

llega a niveles patológicos, haciendo necesaria la adaptación técnica durante el proceso terapéutico.

Si bien, actualmente, con la nueva edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-5 (APA, 2014), la categoría diagnóstica pasa a llamarse “Trastorno neurocognitivo mayor” (en adelante, TNC mayor).

Los criterios que deben cumplirse para su diagnóstico, según el citado manual, son:

A. Evidencias de un declive cognitivo significativo comparado con el nivel previo de rendimiento en uno o más dominios cognitivos (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social) basadas en:

1. Preocupación en el propio individuo, en un informante que le conoce o en el clínico, porque ha habido un declive significativo en una función cognitiva, y

2. Un deterioro sustancial del rendimiento cognitivo, preferentemente documentado por un test neuropsicológico estandarizado o, en su defecto, por otra evaluación clínica cuantitativa.

B. Los déficits cognitivos interfieren con la autonomía del individuo en las actividades cotidianas (es decir, por lo menos necesita asistencia con las actividades instrumentales complejas de la vida diaria, como pagar facturas o cumplir los tratamientos).

C. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un delirium.

D. Los déficits cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

Debido a que el TNC mayor es un cuadro de síntomas que se debe a una causa médica, debe especificarse la misma cuando se realiza el diagnóstico. En función de la localización de esta enfermedad médica, las demencias se pueden categorizar en corticales (la neuropatología se encuentra en regiones del

neocórtex, p.e. Alzheimer) o en subcorticales (las lesiones están en estructuras subcorticales, p.e. Parkinson).

Este artículo se centra en el trabajo con demencias corticales: cómo afecta esta condición en el método sicodramático de la escuela de Rojas-Bermúdez y cómo se aplica teniendo en cuenta la sintomatología.

2. Procesos Neurológicos

Los distintos procesos que lleva a cabo el ser humano, y que le permiten ser y estar en el mundo, se realizan gracias a una serie de engranajes y circuitos cerebrales. Este sustrato biológico posibilita al individuo relacionarse con el medio, captando sus elementos y ejecutando las respectivas respuestas.

Para abordar el estudio y comprensión de estos complejos sistemas, se puede acceder a ellos desde dos análisis distintos: funcional y estructural.

El abordaje *funcional* ha sido históricamente el que más atención científica ha obtenido. Pone el foco en el papel que cumplen las vías dentro del comportamiento humano. Diversos autores se han servido de él para exponer cómo funciona el sistema nervioso, dando lugar a la clasificación clásica (Carlson, 2005): vías sensitivas (de los órganos de los sentidos y propioceptivas: equilibrio y postura), vías motoras (de movimientos voluntarios, propioceptivos y relativas al aprendizaje de nuevas habilidades motoras) y las encargadas de las funciones integradoras (habilidades ejecutivas, memoria y emoción). Es decir, existe una diferenciación funcional en las distintas zonas del encéfalo, de modo que dependiendo de qué zonas sean activadas por un estímulo, estaremos *percibiendo* (viendo, tocando, oyendo...), *actuando* (respuestas motoras) o *pensando, sintiendo, decidiendo* (funciones integradoras) etc.

La segunda aproximación al estudio del funcionamiento del sistema nervioso es de naturaleza *estructural*: existen componentes subcorticales (zonas profundas) y otros

corticales (más superficiales), que aportan a los procesos anteriores cualidades distintas. El procesamiento subcortical se caracteriza por ser implícito y automático, no siendo consciente la persona de sus productos hasta que esta información llega a áreas corticales. Es decir, supone lo *consciente* (cortical) vs. lo *inconsciente* (subcortical).

Esta “disociación” también se da desde un punto de vista evolutivo, onto y filogenético: lo subcortical es lo más antiguo, y lo que se encarga de las conductas típicas de la especie (ingesta, lucha, apareamiento, emociones). Lo cortical aparece posteriormente, y supone una modulación cultural de estos patrones de conducta.

El desarrollo de la corteza cerebral acontece ligado a lo ambiental, a las interacciones de la persona con su contexto sociocultural. Estas interacciones están regidas por una serie de esquemas y normas sociales, que dictan qué se puede y qué no se puede hacer en distintas situaciones. Es decir, lo cortical aporta una adaptación de los procesos subcorticales al ambiente, filtrando lo que es adecuado y lo que no (p.e. la intimidad del apareamiento humano, la inhibición de expresiones emocionales en ciertos contextos, etc.).

Las estructuras corticales y subcorticales se conectan entre sí, aportando cada una de ellas características distintas a la experiencia del ser humano con el medio. Esta comunicación se realiza tanto en la recepción de estímulos sensitivos y su percepción, pasando por la integración de esta información con otra almacenada previamente, y culminando con la toma de decisiones para emitir respuestas motoras.

Un funcionamiento cognitivo sano implicaría distintas etapas (Tortora & Derrickson, 2018): percepción subcortical, percepción cortical, integración, motor cortical y motor subcortical. Es decir, una combinación entre lo funcional (sensorial-motor) y lo estructural (cortical-subcortical). De manera transversal, se encontrarían los procesos emocionales y de memoria,

que también se sustentan en la disociación subcortical – cortical.

Las primeras etapas de procesos perceptivos se dan a nivel subcortical. Los distintos receptores sensoriales detectan estímulos ambientales, y pasan esta información a estructuras subcorticales. La activación subcortical supone el primer y más elemental análisis del estímulo, y se conoce con el nombre de *sensación*. Estos procesos pasan desapercibidos para el individuo, hasta que el circuito alcanza zonas corticales. Se trata de procesos “ascendentes”, puesto que estos circuitos terminan en zonas de la corteza, donde tiene lugar la integración de las distintas variedades estimulares.

En este momento, es cuando se consigue la *percepción* global y consciente del estímulo, que permite su *identificación* y *reconocimiento*. Además de aportar la naturaleza consciente, el procesamiento cortical integra todas las variedades estimulares (tacto, olor, visión...), permitiendo la creación de imágenes mentales (hemisferio derecho) y la denominación verbal a través del lenguaje (hemisferio izquierdo).

Al contrario de lo que sucede con la percepción, los procesos motores tienen una naturaleza “descendente”: sus fases iniciales se dan en la corteza frontal, continuando hacia lo subcortical, y finalizando con la ejecución muscular de respuestas.

Por tanto, la parte consciente y cortical de lo motor se da en las primeras fases. Corresponde al sustrato biológico de las *funciones ejecutivas*: planificación de movimientos y de planes de acción: mantener, supervisar y corregir hasta alcanzar el fin diseñado previamente. Lo subcortical lleva a cabo la modulación más inconsciente de los procesos motores.

Como se enunció anteriormente, el paradigma subcortical-cortical se observa también en los procesos de memoria-aprendizaje y en el emocional. Estos dos procesos están muy ligados a los perceptivos: los estímulos percibidos desencadenan respuestas emocionales; y la memoria

interviene en las emociones y las respuestas motoras que se dan ante el estímulo.

Transversalmente a la percepción, se desencadenan respuestas emocionales determinadas por la naturaleza del estímulo que se percibe y por la relación previa entre este y la persona. Siguen una estructura similar a la expuesta anteriormente: procesamiento subcortical, inconsciente y automático, (sistema límbico). Cuando esta información neural llega a estructuras corticales (en este caso, de la zona prefrontal), es cuando la persona es consciente de esta emoción (lo que se denomina “*sentimiento*”) y puede ponerle palabras.

Esta doble naturaleza también se observa en los procesos de memoria y aprendizaje. Existen toda una serie de aprendizajes que no están sujetos a la voluntariedad ni a la consciencia de la persona (p.e. habilidades motoras como el conducir, o la evocación de recuerdos al percibir olor, etc.). En estos casos, también son áreas subcorticales las que los sustentan. Algunos de estos aprendizajes son de naturaleza consciente, como la evocación intencional de recuerdos autobiográficos o de conocimientos adquiridos previamente. Que sí que precisan de lo cortical, tanto en sus inicios como en su finalización (inicio consciente de esa recuperación y finalización lingüística en el hemisferio izquierdo (HI) o en imágenes mentales en el hemisferio derecho (HD).

Un reciente estudio de la Universidad de Buenos Aires (Moneta, 2008) establece dos tipos de procesamiento cognitivo: uno simbólico, relacionado con el lenguaje y las imágenes; y otro subsimbólico, relacionado con el cuerpo y la emoción. Además, ambos tienen correlatos neuronales distintos, en

función de las estructuras cerebrales que pone en juego. Como se detalla a continuación, esta diferenciación neuronal determina la consciencia (simbólico) o no consciencia (subsimbólico) de los procesos (ver cuadro a pie de página)

3. Neurociencia y sicodrama

A nivel técnico, estas zonas son de vital importancia en el proceso terapéutico sicodramático. Durante las dramatizaciones, el paciente se ve expuesto a multitud de estímulos (intervenciones del yo auxiliar, objetos intermediarios - intraintermediarios, música...) que no son azarosos, sino fruto de las hipótesis terapéuticas del director.

El objetivo general que sigue la presentación de estimular en el escenario es la catarsis de integración por parte del paciente. Se refiere al proceso mediante el cual el paciente consigue una doble toma de consciencia: en el escenario, de manera vivencial y emocional; y en el auditorio, integrando lo experimentado mediante el lenguaje y lo intelectual. Al relacionarse con ellos a través del cuerpo, y siguiendo un procesamiento subsimbólico, se estimulan circuitos subcorticales, tanto perceptivos, emocionales y de memoria-aprendizaje. Si la hipótesis terapéutica es acertada, la activación de estos circuitos corresponde a la estimulación de huellas mnémicas (registros fisiológicos que contienen informaciones acerca de vivencias y emociones asociadas a ellas). En un primer momento, facilita la expresión emocional que se sintió esa primera vez, allanando el camino para, en etapas posteriores del proceso terapéutico, asociarlas con nuevas respuestas

	PROCESAMIENTO SIMBÓLICO	PROCESAMIENTO SUBSIMBÓLICO
Sustrato Neuronal	Neocórtex	Sistema límbico (subcortical)
Modo De Operar	Proceso Explícito-consciente	Proceso Implícito-inconsciente
Resultado	Lenguaje - Imágenes mentales	Emoción Cuerpo

emocionales (mediante la espontaneidad y la creatividad).

Para que la catarsis de integración se realice por completo, es necesario el paso de esta vivencia a zonas corticales. Por esta razón es necesaria una etapa de comentarios de naturaleza verbal, donde la persona integre lo vivido.

En este sentido, los pacientes con TNC cortical poseen singularidades en todos estos procesos fisiológicos (percepción, emoción y aprendizaje – memoria), que conllevan adaptaciones en el proceso sicoterapéutico sicodramático. En estos casos, los patógenos se encuentran en áreas corticales, afectando a la parte consciente de todos los procesos enunciados hasta ahora. Perciben, aprenden, recuerdan y sienten; si bien no pueden hacerlo de manera explícita a través del lenguaje ni de otras formas que impliquen la activación cortical. Hay que tener esto en cuenta para realizar un proceso terapéutico efectivo.

La implementación de técnicas debe ser motivada para estimular procesos subcorticales, implícitos y subsimbólicos, que son los que no se sustentan en áreas dañadas. Esto es, cuerpo y emoción.

También este “cambio de punto de vista” debe seguirse en la evaluación de su efectividad, pues no es posible observar

cambios atendiendo a procesos como el lenguaje, y el aprendizaje explícito.

Por este motivo, desde una perspectiva sicodramática, existe un beneficio terapéutico en pacientes con demencia cortical. Aunque lo trabajado emocionalmente en el escenario no finalice con la integración consciente y cortical, existe una complementación a nivel emocional y subcortical que permite llevar emociones a término, y facilitar la estabilidad emocional de la persona, disminuyendo episodios de agitación y deambulación, por ejemplo. No obstante, al carecer de la integración cortical, estos cambios son más momentáneos.

Conclusiones

Se concluye que el deterioro cognitivo cortical afecta a los procesos de socialización que se llevan a cabo a lo largo de la vida, y que son el correlato neural de las formas sociales. De este modo, se observan más formas naturales al hacerse patente el funcionamiento subcortical. En términos prácticos, esto conlleva una diferenciación más sutil de las etapas (caldeamiento, dramatización y comentarios).

No obstante, se necesitan más estudios e intervenciones con este tipo de población, para reforzar las conclusiones extraídas de este trabajo.

REFERENCIAS

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-DSM-5R (5.ª edición)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Carlson, N. R. (2005). *Fisiología de la conducta (8.ª edición)*. Madrid: Pearson.
- Finch, C. E., & Tanazi, R. E. (1997). The genetics of aging. *Science*, 278, 407-411.
- González, M. F., Facal, D., & Yaguas, D. (2013). Funcionamiento cognitivo en personas mayores e influencia de variables socioeducativas - Resultados del Estudio ELES. *Escritos de Psicología*, 6(3), 34-42.
- Labra Pérez, J. A., & Menor, J. (2014). Estimulación cotidiana y funcionamiento cognitivo: la importancia de la participación de personas mayores sanas en actividades cotidianas cognitivamente demandantes. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4(3), 309-319
- Moneta, M. E. (2008). Procesos afectivos, cognición y corporalidad. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 11, 136-143
- Tortora, G. J., & Derrickson, B. (2018). *Principios de Anatomía y Fisiología (15.ª edición)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Vallejo Ruiloba, J. (2011). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (7.ª edición)*. Barcelona: MASSON.