

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo: **ANDREA PAULETTE VALLEJO NEACATO**, con CC. 172314998-3, autora del trabajo de graduación intitulado: **“INTERVENCIÓN PSICODRAMÁTICA PARA DESARROLLAR ESPONTANEIDAD Y CREATIVIDAD EN PERSONAS CON DEPENDENCIA A SUSTANCIAS”**. Estudio desde el enfoque psicosocial en un grupo de pacientes varones del CETAD Quito durante el periodo abril-junio del 2018., previa a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGA CLÍNICA**, en la Facultad de **Psicología**.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, enero 2019



ANDREA PAULETTE VALLEJO NEACATO
CC. 172314998-3

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICÓLOGA
CLÍNICA

“INTERVENCIÓN PSICODRAMÁTICA PARA DESARROLLAR
ESPONTANEIDAD Y CREATIVIDAD EN PERSONAS CON DEPENDENCIA A
SUSTANCIAS”

Estudio desde el enfoque psicosocial en un grupo de pacientes varones del CETAD
quito durante el periodo abril-junio del 2018

ANDREA PAULETTE VALLEJO NEACATO

DIRECTOR: ERNESTO FLORES SIERRA

QUITO, 2018

AGRADECIMIENTOS

Deseo expresar mi agradecimiento a Ernesto Flores, tutor de esta disertación, por su apoyo y tiempo brindado. A mi familia y amigos por su amor y sustento constante durante toda la carrera. Y, al CETAD Quito que abrió sus puertas para la realización de este estudio, al equipo interdisciplinario y a los pacientes de la institución que me brindaron su apoyo y sus historias de vida sin reservas.

TABLA DE CONTENIDOS

Resumen

Introducción

1. El Psicodrama desde la perspectiva de Jacob L. Moreno
 - 1.1. Historia
 - 1.2. Definición
 - 1.3. Sesión de Psicodrama
 - 1.3.1. Contextos
 - 1.3.2. Instrumentos
 - 1.3.3. Etapas
 - 1.4. Conceptos
 - 1.4.1. Catarsis
 - 1.4.2. Tele
 - 1.4.3. Espontaneidad
 - 1.4.4. Creatividad
 - 1.4.5. Matriz de Identidad
 - 1.4.6. Rol
 - 1.5. Técnicas
 - 1.6. Psicodrama para dependencia a sustancias

2. Dependencia a sustancias
 - 2.1. Concepto de dependencia a sustancias
 - 2.2. Criterios diagnósticos
 - 2.3. Comunidad terapéutica CETAD
 - 2.4. Concepto de dependencia a sustancias desde el Psicodrama

3. Estudio de la intervención psicodramática en personas con dependencia a sustancias
 - 3.1. Metodología
 - 3.2. Resultados

Conclusiones

Recomendaciones

Bibliografía

RESUMEN

La presente disertación abordará de manera teórica-práctica la intervención psicodramática para mejorar la espontaneidad y la creatividad en personas con dependencia a sustancias. Para lo cual se describirá la dependencia a sustancias desde un enfoque que abarca las dimensiones físicas, psíquicas y sociales que intervienen en el desarrollo y establecimiento de la dependencia. Además, se detallará el funcionamiento de los Centros Especializados para el Tratamiento de Alcohol y Otras Drogas establecidos por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Por otra parte, se describirá la historia del autor del Psicodrama y los eventos que ocurrieron para su surgimiento y su difusión en América del Sur. Se dará una aproximación a la definición de este como método y enfoque teórico. Por último, se realizará un estudio de la intervención psicodramática mediante el análisis de las sesiones semanales establecidas con personas con dependencia a sustancias en el CETAD Quito durante Abril-Junio del 2018.

Palabras claves: Psicodrama, Dependencia de sustancias, Espontaneidad, Creatividad

INTRODUCCIÓN

El Psicodrama amplía la posibilidad de potenciar la espontaneidad y la creatividad del paciente con el fin de disminuir la repetición de conductas culturales y desarrollar recursos personales. Además, permite comprender las connotaciones psicosociales que ocurren en la complejidad del sujeto, especialmente ante la dependencia. En el Centro Especializado de Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas del Ministerio de Salud de Quito (CETAD) se utiliza el Psicodrama como una de las herramientas para terapia grupal, es por ello que se requiere prestar atención al alcance que este tiene sobre temas específicos tratados en las diferentes fases del tratamiento. Los resultados específicos obtenidos de esta disertación serán útiles al CETAD como evaluación de las herramientas en el tratamiento de terapia grupal y permitirá analizar la necesidad de mejorar o fortalecer el uso de Psicodrama con esta población.

En referencia al Plan Nacional del Buen Vivir (2013), esta investigación aportará al cumplimiento del Objetivo 3, es decir a mejorar la calidad de vida de la población ecuatoriana, específicamente de las personas en tratamiento por dependencia de sustancias. Calidad de vida es entendida desde la OMS como "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes" (Platas, 2012, s.p), lo cual incluye la salud física, estado psicológico, nivel de independencia, y relaciones sociales; las mismas que se ven coartadas por el consumo. En el apartado 3 en el artículo 358 establece el Sistema Nacional de Salud "el desarrollo, protección y recuperación de capacidades y potencialidades bajo los principios de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional, incluyendo los servicios de promoción, prevención y atención integral" (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2013, p. 59) para lo cual se establecerán sesiones semanales con un grupo de varones de diversas edades en tratamiento residencial por dependencia a sustancias en el CETAD Quito. Las sesiones se estructurarán a partir de los lineamientos establecidos por J. Moreno en cuanto a teoría, proceso, y técnica. Desde la perspectiva moreniana, la enfermedad se establece cuando la persona no tiene estimulación de la espontaneidad y se torna dependiente. Por lo tanto, al entenderlas como funciones inherentes al ser humano, la liberación y el desarrollo de estas, potencian en la persona el surgimiento de recursos psicosociales que le permitan afrontar la vida de

manera adaptada. Dicha intervención no tiene como fin el curar la dependencia, mejorar la adherencia al tratamiento ni reducir específicamente sus malestares relacionados a la abstinencia. De igual manera, se excluye las terapias individuales, los pacientes en proceso ambulatorio, o pertenecientes a otros grupos del CETAD.

El objetivo general es analizar la intervención psicodramática para el desarrollo de espontaneidad y creatividad en personas con dependencia a sustancias. Y como objetivos específicos: describir la dependencia a sustancias y el contexto del CETAD, explicar el Psicodrama y sus técnicas, y, realizar un estudio de la intervención psicodramática con pacientes del CETAD Quito. La hipótesis establece que la intervención psicodramática mejora la espontaneidad y la creatividad en personas con dependencia a sustancias. La metodología que se utilizará será cualitativa en la cual se resalten los procesos subjetivos. Para lo cual se utilizará recolección de datos, su análisis y sistematización mediante observación participante y diario de campo.

En cuanto a los capítulos, en el primero se detallará la historia del surgimiento y la difusión del Psicodrama en América Latina. Se realizará una aproximación a la definición de éste como método y enfoque teórico; y, se explicará el uso de técnicas psicodramáticas específicas para las características de la dependencia. En el segundo capítulo se describirá la dependencia a sustancias desde una visión biopsicosocial, desde los manuales de diagnóstico: DSM y CIE 10, y desde el Psicodrama. Además, se contextualizará la población con la que se trabajará mediante la descripción del CETAD en los documentos provistos por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador. En el tercer capítulo se detallará el estudio de la intervención psicodramática en personas con dependencia a sustancias mediante la metodología utilizada, y la descripción de cada sesión de Psicodrama. Por último, se realizará de los resultados un análisis general y un análisis por cada participante.

1. EL PSICODRAMA DESDE LA PERSPECTIVA DE JACOB L. MORENO

El propósito de este capítulo es explicar el surgimiento del Psicodrama a partir de una breve reseña en cuanto a la historia del autor y de las situaciones que contribuyeron a su creación. Así mismo, en cuanto a la difusión en América Latina, primordialmente su movimiento en Argentina y su llegada al Ecuador. Posterior al esbozo histórico, se proveerá de una aproximación a la definición de Psicodrama como método y enfoque teórico. Para lo cual se incluirá la descripción de los elementos, el proceso y la estructura de las sesiones, así como las técnicas propias de este modelo psicoterapéutico. Dentro de la teoría se tomará como base a la espontaneidad y la creatividad como factores inherentes al ser humano y la necesidad de su potenciamiento. Por último, se explicará el uso del Psicodrama en cuanto a características propias de la dependencia a sustancias. Lo cual será explicado y descrito principalmente desde los lineamientos generales de su creador, Jacob Levy Moreno, y la visión del modelo de la Escuela Argentina de la mano de Jaime Rojas-Bermúdez.

1.1 Historia

Jacob Levy Moreno (1892-1974) es rumano de nacimiento pero de procedencia judía. Realizó su educación formal como médico psiquiatra en Viena (Schutzenberger, 1970). Su vida ocurre en una Europa marcada por la oposición al racionalismo que los había tornado inhumanos. Moreno afirmaba que la sociedad enferma. Que las personas enfermas, producto de la cultura y de la sociedad, dejan de ser reconocidas y se les niega el derecho a expresarse (Castanedo et al., 2000). En contraposición, Moreno (1892) creía en el ser humano y en su potencial creador. Por lo que propone un enfoque terapéutico con una visión distinta que busca:

Declarar normal lo patológico y proporcionar a todas las formas de comportamiento patológico un mundo sui generis (...) proporcionar a todas las formas de existencia subjetiva (...) un lugar en que puedan realizarse y acaso transformarse, (...) abrir el camino una comunidad terapéutica en la que (...) encontrarían un mejor tratamiento y una comprensión más profunda, contribuyendo así a su total productividad (p.191).

Esta visión humana y holística del ser humano fue plasmada en su accionar. Trabajó principalmente con grupos marginales, y de muy diversas procedencias y condiciones. Entre

ellos: prisioneros, prostitutas, niños y comunidades (Simonetti, Maiolino, y Severino, 2015). Esto provocó la creación de un espacio dónde se permitiera la libre expresión a aquellos vistos como enfermos (Castanedo et al., 2000).

En Viena surge la creación del Psicoanálisis y después la del Psicodrama, desde la crítica hacia esta teoría. Moreno consideraba que su accionar tomaba como punto de partida dónde Freud dejó las cosas. En una conversación lo afirma al decirle: “Usted ve a la gente en el ambiente artificial de su consultorio, yo la veo en la calle y en su casa, en su entorno natural. Usted analiza sus sueños. Yo trato de darles el valor a soñar nuevamente” (Moreno, 1892, p.27). Rojas-Bermúdez (1984) detalla que Moreno vio las limitaciones que podía llegar a tener la palabra al aislarla del contexto más amplio en el que se encuentra el ser humano: el de los actos. Además, creía necesario el trabajo en unidad, ya que solos o disgregados la humanidad no subsistiría. Sin embargo, no con una concepción en masa. Sino más bien desde los grupos pequeños, desde la parte del mundo que cada uno ocupa, con un método, con espontaneidad y con creatividad (Moreno, 1892).

Jacob L. Moreno durante su vida desarrolló varios conceptos relacionados al Psicodrama: teatro espontáneo, sociodrama, sociometría y terapia de grupo (Birmingham Institute for Psychodrama, 2007). Desde su gusto por el teatro, ve en el poner en escena un potencial sanador, y lo transforma de clásico a espontáneo, y de espontáneo a terapéutico (Moreno, 1892). El teatro espontáneo surge en un parque de Viena con niños de escasos recursos. Cada uno con diferentes idiomas e historias. Durante 1908 a 1911 Moreno les otorga un espacio que les posibilita contar su historia y crear para expresarse de manera espontánea. Posteriormente, en 1913-1914, trabajó con prostitutas para el establecimiento de una asociación que luchara por sus derechos. Notó en ellas que el apoyo mutuo tenía un efecto terapéutico (Schutzenberger, 1970). De allí emerge la idea y nace la terapia de grupo entendida como un encuentro interpersonal. Blatner (2005) describe el encuentro desde la concepción moreniana como “tomar consciencia de la propia individualidad, y aceptar la individualidad de los demás. Conocer y alentar la excepcionalidad del otro (genera un) compromiso interpersonal más profundo” (p.65), es decir, el ver al otro y relacionarse de manera más adecuada y verdadera permite que la espontaneidad fluya, permitiendo también abrirse hacia la creatividad de otros. Creando un encuentro, una interacción, que amplía la propia visión y genera transformación. Al igual que los demás conceptos, la concepción de la sociometría está ligada a la experiencia de Moreno, en 1917, en un campo de refugiados

de Tirol, cuando intenta mejorar el estilo de vida de las personas; a través de otorgarles el poder de decisión, de elegir qué tarea realizar, con quién compartir habitación, etc. (Schutzenberger, 1970; Zubiría y Bustos, 2006).

En el año de 1923, Moreno confiere el descubrimiento del efecto terapéutico de la dramatización, y de la primera sesión psicodramática al caso Bárbara: una actriz de su teatro se enamora y se casa con un asistente (Jorge) (Zubiría y Bustos, 2006). Jorge se queja con Moreno sobre ella diciendo que en casa es enojona y agresiva, no como la dulce actriz. Moreno decide hacer que, en escena, ella actúe roles diferentes a lo habitual. Interpreta papeles como: una prostituta que tiene una pelea y es asesinada. En escena aflora su agresión mediante juego de roles. Después de un tiempo Jorge le cuenta a Moreno que ella y su relación han mejorado (Moreno, 1892). Por medio de este caso se observa el valor sanador y terapéutico que tiene el poner en escena. En contraste con este caso, Moreno (1892) menciona que la primera sesión oficial de Psicodrama fue el 1 de abril de 1921 cuando el teatro estaba repleto pero no había elenco ni obra a presentar. Solo había un sofá rojo similar al trono de un rey. Debido a los conflictos políticos en la Viena posguerra, Moreno le propone a los asistentes subir a escena para ser el rey, y sin guion proponer lo que quisieran. Con lo cual Moreno buscaba otorgar un espacio donde el pueblo pueda elaborar lo que ocurre personal y socialmente (Schutzenberger, 1970).

En 1925 Moreno migra a Nueva York, Estados Unidos. Cinco años después de su llegada establece la clínica psiquiátrica Beacon Hospital, y se casa con Zerka Toeman, quien tras la muerte de Moreno continúa la enseñanza del Psicodrama (Birmingham Institute for Psychodrama, 2007). En 1932 realiza la publicación del primer libro de Psicodrama. Además, consolida la sociometría mediante la investigación de las relaciones interpersonales, y el efecto de la afinidad en la productividad y adaptación, en su trabajo con una comunidad de jóvenes delincuentes. En 1936 construye el primer teatro terapéutico para Psicodrama en Beacon, el cual fue construido con forma circular y de tres pisos que incluía una galería (Schutzenberger, 1970). En 1940 fundó el American Society of Group Psychotherapy and Psychodrama. Moreno sistematizó el método psicodramático a cinco instrumentos y tres etapas a partir de las sesiones de Psicodrama público, donde cada cosa que surge: tema, protagonista, público, es única a esa sesión (Rojas-Bermúdez, 1984). Los instrumentos son: director, protagonista, auditorio, yo auxiliar, y escenario. Las tres etapas

son: caldeamiento, dramatización y compartir. Su obra aportó ideas y técnicas para otros enfoques de terapia (Birmingham Institute for Psychodrama, 2007).

Por medio del movimiento psicodramático en Buenos Aires, este es difundido por América Latina. Siendo además el primer país del continente en crear una Asociación de Psicodrama y Psicoterapia de Grupo para dar una educación especializada como posgrado (Rojas-Bermúdez, 1984). Santiago Jácome Ordóñez (s.f), co-fundador y ex-presidente de la Asociación de Psicodrama y Sociometría del Ecuador, escribe que en 1990, llega a Ecuador la Dra. Esly Regina Carvalho, Psicodramatista certificada por la Federación Brasileña (FEBRAP). Ella abrió la “Plaza del Encuentro”, un centro donde se instruyó a los primeros Psicodramatistas ecuatorianos acorde a los parámetros de la FEBRAP.

1.2 Definición

El Psicodrama surge del gusto personal del autor por la psicología, la filosofía, la sociología y el teatro (Álvarez, 2002). El término Psicodrama se remonta al vocablo griego *psyché* que significa alma, y a *drama* que quiere decir acción o cosa hecha (Schutzenberger, 1970), lo cual quiere decir que Psicodrama es “la psique en acción” (Moreno, 1892, p.35). Es una vía para practicar la vida sin importar las equivocaciones y exteriorizar en escena el drama interno. Moreno ofrece una mirada total y psicosocial de la persona, viéndola como director, actor y observador de su vida, lo cual implementa en los instrumentos necesarios para el Psicodrama (Karp, Holme, y Bradshaw, 1998).

Moreno en el año 1961 (en Forselledo, 2008) menciona que el Psicodrama representa el punto de cambio entre el tratamiento de la persona aislada y de manera verbal, hacia el tratamiento de la persona en grupo y a través de la acción. No saca a la persona de su entorno, ni la desvincula. Por el contrario, le otorga mayor importancia a los vínculos y a la comunicación más compleja. Al reconocer la importancia y darle un lugar al cuerpo, ubica a la palabra en “un contexto más amplio, como lo es el de los actos. Así el individuo se hace cargo de lo que dice y responde con su hacer” (Rojas-Bermúdez, 1984, p. XVII), lo cual incrementa el compromiso con el proceso terapéutico.

Karp et al. (1998) refieren que Moreno lo define como: un método científico para explorar la verdad del alma a través de un método dramático. Zerka Toeman Moreno (en Karp et. al, 1998) añade que el Psicodrama, al igual que el arte, requiere que la persona suspenda

momentáneamente el pensamiento crítico para que el corazón pueda hablar. El sobre utilizar el razonamiento actúa como una barrera que impide cumplir con el objetivo de: obtener una visión distinta de los problemas, mejorar el afrontamiento a cuestiones nuevas, y practicar roles de la vida diaria (Schutzenberger, 1970). Además, ocurre en *el aquí y ahora*, poniendo en escena el pasado, el presente y el futuro (Simonetti et al., 2015). De esta manera el dramatizar provee un espacio que le permite al sujeto hacer y deshacer en escena cuantas veces sea necesario para esclarecer y comprender las situaciones. Lo cual tiene efectos potencialmente sanadores como la catarsis (Forselledo, 2008).

Tiene como base la teoría de los roles, el núcleo del yo, la sociometría y resalta la importancia de la espontaneidad y la creatividad mediante el uso del cuerpo, de la acción y de la interacción con el otro (Rojas-Bermúdez, 1984). El Psicodrama es principalmente grupal pues su creador afirmaba que el ser humano se enferma en la sociedad y se cura en los grupos (Moreno, 1892; Álvarez, 2002). Como terapia grupal genera en sus participantes esperanza, hace consciente al sujeto de que sus problemas son compartidos con otros y encuentra en ellos apoyo, también aumenta el interés en los demás descentrándolo de su ego, potencia las habilidades sociales, moldea la conducta hacia patrones más adecuados, y fortalece el yo del individuo (Blatner, 2005). El Psicodrama es efectivo dentro del contexto clínico porque provee de un abanico más amplio de respuestas para solucionar conflictos y potenciar la espontaneidad innata, lo cual será integrado a la vida del sujeto y lo utilizará en la cotidianidad. Blatner (2005) lo describe diciendo que “si la gente aprende a enfrentar problemas en forma creativa y con una amplia variedad de habilidades, se sentirá más segura de sí misma y asumirá la responsabilidad de resolver sus problemas sociales y personales” (p.122). En resumen, el Psicodrama es un enfoque de intervención centrado en la persona y su necesidad de sanar en grupo, a través del uso del cuerpo y la palabra, mediante la puesta en escena de situaciones tomadas de la vida cotidiana.

1.3 Sesión de Psicodrama

1.3.1 Contextos

Jacob L. Moreno propone que el ser humano es un ser social. Su interacción con otros está teñida de varios matices estableciendo normas que lo limitan. Esto da lugar a la estructura social: “la red social que lo contiene y a la que está ligado indisolublemente” (Rojas-

Bermúdez, 1984, p.4). Castanedo et al. (2000) añaden que algunas de estas normas y conservas propias de la cultura han provocado la coartación de la espontaneidad innata del ser humano y la creatividad. Moreno conceptualiza tres contextos: social, grupal y dramático. Rojas-Bermúdez (1984) y Álvarez (2002) indican que en las sesiones de Psicodrama, es necesario diferenciar y marcar la entrada y la salida de un contexto al otro. Especialmente del contexto dramático hacia el contexto grupal y al social. Sin embargo, los tres contextos están relacionados pues los roles sociales son reproducidos en lo grupal, y dramatizados en escena. Por lo tanto, lo que se logra hacer en escena se podrá hacer en el contexto social (Rojas-Bermúdez, 1984).

Contexto Social

Jaime Rojas-Bermúdez (1984) señala que la realidad social es denominada por Moreno como contexto social o llamada también extragrupo. Esta es una estructura que funciona mediante el establecimiento de “leyes y normas sociales que demandan del individuo que lo integra determinadas conductas y compromisos” (p.5). Es este contexto el que enferma al sujeto, y es a donde regresa después de cada encuentro terapéutico. Es de allí de donde la persona toma el material, propio de su perspectiva, y lo cuenta en terapia, o más bien, lo pone en escena (Moreno, 1892).

Contexto Grupal

Rojas-Bermúdez (1984) describe que Moreno establece que el contexto grupal es el grupo en sí. El cual está conformado por el terapeuta y los pacientes, incluyendo sus interacciones. Cada grupo tiene un contexto particular. Su constitución es única, como cada individuo que lo integra, y todo aquello que los conforma; por ejemplo, costumbres, normas y leyes. Cada miembro de este debe comprometerse totalmente y, hacerse cargo de lo que hace y dice con y hacia los demás. El contexto grupal se espera que sea distinto al contexto social, y sea un espacio que otorga mayor libertad, mayor tolerancia y mayor comprensión a sus miembros (Moreno, 1892).

Contexto Dramático

El contexto dramático es lo que ocurre dentro de escena. Rojas-Bermúdez (1984) afirma que el objetivo de este contexto es “proveerle al paciente un ámbito especial dentro del cual se

sienta lo suficientemente seguro y protegido como para poder volcar, a través de los roles jugados, sus más ocultos sentimientos y sus actos más temidos” (p.6). Es el tipo de interacción y el obrar del grupo, donde la persona se permite recobrar y magnificar las vivencias para expresarlas en el presente, donde no se le otorgue un juicio de valor de patologización. Es allí donde se desarrolla la creatividad y la espontaneidad (Castanedo et al., 2000). Es allí donde se vive *el como si*: donde se juegan un sin número de roles, donde se crean o recrean escenas, donde no existe uno sino todos los tiempos y los espacios (Moreno, 1892). Ya que es la producción de la persona, está cargada de significados que no deben ser pasados por alto. Es donde se hace posible transformar y transformarse (Rojas-Bermúdez, 1984).

1.3.2 Instrumentos

El Psicodrama consta de un escenario como espacio multi-dimensional donde se vive *el como si* con un actor o protagonista que propone una escena tomada de su mundo interno, el yo-auxiliar que tiene una doble función hacia el protagonista y el director, el auditorio que actúa como caja de resonancia y es sanado vicariamente, y el director que es productor, guía y analista (Karp et al., 1998), lo cual se describirá a continuación.

Protagonista

Schutzenberger (1970) menciona que el término protagonista proviene de *protos* que significa primero, y *agón* que quiere decir combate o héroe. Tiene su origen en el antiguo teatro griego donde el actor concursaba para conseguir el rol principal. En Psicodrama, el protagonista es el sujeto que proporciona el tema para dramatizar. Además, tiene la función de actor; es decir, representar los dramas y los roles pertenecientes a su historia, estos pueden ser reales o imaginarios (Castanedo et al., 2000). Schutzenberger (1970) añade que Moreno afirmaba que al estar “suficientemente animado para tomar a su cargo esta función, le resulta bastante fácil darse cuenta de su vida interior, (...) debe obrar libremente, según su humor, por lo que necesita libertad de expresión, es decir, espontaneidad” (p.118), y que el director debe recomendar al paciente que se permita ser sí mismo. Dentro del Psicodrama grupal, es el grupo quién selecciona al protagonista. Pueden surgir variaciones como el seleccionar a varias personas como protagonistas o elegir un tema general (Rojas-Bermúdez, 1984).

Yo-auxiliar

Como se mencionó anteriormente, Moreno (1892) consideraba al hombre como social y que su supervivencia depende de un otro. La implementación de un yo-auxiliar en el Psicodrama, surge de la observación en torno a la relación madre-bebé, pues este necesita de la madre (cuidador) y a su vez ella es quién actúa de ego auxiliar en un comienzo. Desde Rojas-Bermúdez (1984) el yo-auxiliar es una extensión del propio yo, necesaria para vivir adecuadamente y debe ser provista por una persona sustituta. Para la Escuela Argentina, esta debe ser una persona que ha sido capacitada, con mayor espontaneidad y que posee los recursos técnicos necesarios para cumplir sus funciones. Sin embargo, para Moreno los yo o egos auxiliares eran personas del público que ayudaban con la representación de ciertos roles (Karp et al., 1998). El yo-auxiliar tiene como fin cumplir las siguientes funciones:

Como agente terapéutico dentro del contexto dramático actúa en dos fases. La primera es el momento de investigación. Debe lograr entablar un vínculo para proveer el rol complementario adecuado y clarificar el del protagonista. A pesar de que sigue la orden del director, puede expresar matices y formas dramáticas siguiendo su *tele*¹ (Rojas-Bermúdez, 1984). Lo cual provoca el apareamiento de los contenidos psíquicos del protagonista. En la segunda etapa, el director dirige su intervención hacia lo terapéutico, especialmente el reaprendizaje. Por lo tanto, el yo-auxiliar se debe remitir a cumplir lo que se le indica, de manera objetiva. En resumen, debe proporcionar respuestas espontáneas y ser consciente de sus propios contenidos para limitarlos, siendo responsable de sus actos y sus palabras, desde el rol (Moreno, 1892).

Rojas-Bermúdez (1984) explica la función de actor mencionando que Moreno plantea que el ser humano posee una habilidad histriónica innata. La cual es una expresión o forma de la espontaneidad, que se ejerce desde niños. Las personas mediante un gesto o una expresión dramatizan su Yo. Este crear “transforma la vida del hombre, alejándolo de la monotonía”(p.13). Como actor el yo-auxiliar brinda los roles necesarios para crear el ambiente adecuado y permitirle al protagonista concebir una respuesta distinta a lo planteado en escena (Castanedo et al., 2000). Por ello, es indispensable que la persona que asume el papel de ego auxiliar tenga espontaneidad y libertad para acompañar y ser adecuado en los roles (Moreno, 1892).

¹ Moreno (1995) define *tele* como un fenómeno de doble relación, y es utilizada para “designar el conjunto de procesos perceptivos que permiten al sujeto una valoración correcta de su mundo circundante” (Rojas-Bermúdez, 1984, p.63)

Por otra parte, dentro de su función como guía debe primero tener su propio proceso terapéutico como paciente de Psicodrama. Pues requiere desarrollar su percepción télica para identificarse emocionalmente y observar posibles discordancias del protagonista. El vínculo, el tele y la comunicación se ven incuestionablemente mejorados, a mayor tiempo y afecto. A esta cualidad del hombre Moreno la denomino *expansividad afectiva*: en números concretos (sociometría) es la “capacidad de afecto determinada” (Rojas-Bermúdez, 1984, p.12). Moreno aclara que toda respuesta dada en la dramatización por parte del yo-auxiliar es adecuada gracias a la percepción télica y a la espontaneidad. En los encuentros, el caldeamiento tiene como objetivo adecuar las condiciones para que aquello ocurra (Moreno, 1892). Por último, como observador, el yo-auxiliar involucra sus emociones y afectos con el grupo. Esto le permite analizar y comunicar desde su experiencia para aportar al análisis en la etapa de comentarios (Rojas-Bermúdez, 1984).

Auditorio

Rojas-Bermúdez en su libro *Qué es Psicodrama* (1984) describe que el auditorio está compuesto por los miembros (pacientes y yo-auxiliares) que no intervienen en la dramatización, y se ubican alrededor del escenario. Su función está direccionada con respecto a sí mismo y hacia el protagonista. Su presencia incrementa las respuestas que se pueden obtener del sujeto, al igual que su comportamiento durante la etapa de compartir. En una sesión de Psicodrama el auditorio siempre es paciente (Moreno, 1892) dado que al ser espectadores de lo dramatizado, cuando esto resuena en ellos ocurre un efecto terapéutico y se afianza la integración grupal. Además, ofrecen una variedad de perspectivas y reacciones que alimentan a los procesos psicodramáticos, y son catalizadores de *insights*. Por lo general está constituido por un número de cinco a quince personas (Karp et al., 1998). Dentro del grupo ocurre un *fenómeno de ocultamiento personal*: mientras más personas lo conforman, mayor es el compromiso afectivo personal. En grupos pequeños suele darse que al inicio los miembros son fríos y racionales pero progresivamente se vuelven más cálidos y vivenciales. Con respecto al protagonista, el público aporta apoyo y crítica en cuanto a lo dramatizado (Moreno, 1892).

Escenario

El escenario es el espacio en el que se crea el contexto dramático. Es el ambiente en dónde se pone en acción el Psicodrama. Allí se desarrollan sus tres etapas: caldeamiento,

dramatización y compartir. Además, es dónde se procura generar un lugar seguro, para el protagonista, en el cual todo es posible (Moreno, 1995). Es dónde se juegan roles, se plasman sueños y se transforman historias. Desde el modelo de la escuela argentina de Rojas-Bermúdez, es físicamente rectangular con el fondo hacia la pared y en los demás lados está el auditorio. Así mismo, algunos escenarios cuentan con un balcón para aumentar la lejanía física necesaria para algunos roles (Rojas-Bermúdez, 1984).

Director

El director tiene una gran responsabilidad. Es la persona que cumple la función de terapeuta, productor dramático y analista social (Moreno, 1892). Todo lo que hace está en relación a aumentar el grado de espontaneidad de los participantes, impulsar a los ego-auxiliares y promover en el auditorio una experiencia catártica (Castanedo et al., 2000). Es indispensable que tenga una formación sólida, y establezca un ambiente propicio y una relación terapéutica adecuada. Como productor caldea al grupo y ayuda al protagonista a poner en escena lo que desee. Debe contribuir a disminuir la tensión psíquica, para una visión más amplia y objetiva de la situación (Rojas-Bermúdez, 1984).

Moreno (1892) relata que cuando era niño al estar jugando a ser Dios, sentado en la silla más alta, los ángeles le cuestionan por qué no vuela, emula el batir de las alas, se cae, se rompe el brazo y no pueden continuar. Su experiencia le lleva a reconocer la necesidad de otros, de yo-auxiliares. Pues el director no puede protagonizar ni ser actor al mismo tiempo. Rojas-Bermúdez (1984) dice que dentro del Psicodrama, el Director y el(los) ego-auxiliar(es) se vinculan y se construye la denominada *Unidad Funcional*. Se elige al yo-auxiliar en base a su ética y moral, a quién se debe enseñar y hacer cumplir el secreto profesional. Se debe crear una relación de comunicación fluida, en la que se resuelvan los posibles conflictos. En la última fase de las sesiones actúa como analista social sobre las varias perspectivas y comentarios en cuanto a roles y vínculos.

Por otra parte, es el encargado de hacer el encuadre. Establece un ambiente adecuado, hace un contrato terapéutico que suscita compromiso y pauta la interacción con los pacientes. Se pacta la remuneración económica: monto, frecuencia y duración. De este monto un porcentaje es para el yo-auxiliar, según lo acordado. Por lo general, se lleva a cabo una sesión de dos horas por semana. Lo cual puede variar acorde a las necesidades del grupo. Como primer paso para establecer los grupos, se hace una selección de los participantes. Durante

el proceso debe controlar a los individuos y el grupo, hacer cambios, resolver conflictos, exponer los vínculos o cuestiones movilizadas. Dar de alta cuando corresponda y dar un cierre. La escuela argentina de Rojas-Bermúdez establece que el Director dentro de su formación requiere un título, tres años de seminarios teóricos-prácticos, terapia psicodramática de mínimo cien horas, y control de mínimo cincuenta horas (Rojas-Bermúdez, 1984).

1.3.3 Etapas

La estructura de la sesión psicodramática consta de tres etapas: caldeamiento, dramatización y comentarios.

Caldeamiento

El caldeamiento o *warm-up* es la primera etapa de la sesión. Moreno (1892) lo define como un proceso de atemperación del soma, la psique, y lo social. Con el fin de mejorar progresivamente el flujo de espontaneidad y por lo tanto también de creatividad (Blatner, 2005). En otras palabras, el caldeamiento son las acciones realizadas para llevar al sujeto hacia el mejor estado posible, con un objetivo claro dentro del encuentro psicodramático. Rojas-Bermúdez (1984) añade que una de sus finalidades es disminuir la tensión psíquica. Por lo tanto, se aumenta progresivamente el involucramiento del movimiento corporal y de la mente para facilitar el flujo de la espontaneidad. El Director debe tener primero su caldeamiento. Esto le ayudará a estar activo y mejorar el desempeño en sus funciones. Después lo realiza con el grupo para generar cohesión y sentido de pertenencia (Castanedo et al., 2000). Rojas-Bermúdez (1984) describe los dos tipos planteados por Moreno: inespecífico y específico.

El caldeamiento inespecífico es todo lo que se hace para focalizar la atención de los participantes, reducir la tensión, y comienza con el primer contacto del Director y los participantes. En este se recoge información, de manera verbal, sobre las sesiones anteriores y sobre diversos temas (Rojas-Bermúdez, 1984). El director aplica sus conocimientos técnicos, observa y analiza los vínculos y la dinámica grupal. En este proceso emerge quién será el protagonista (Álvarez, 2002). Posteriormente se realiza el caldeamiento específico. Este va enfocado al protagonista y lo que se plasmará en la dramatización. El Director guía al protagonista a seleccionar y construir las escenas. Él toma parte de su mundo interno y lo

pone en el escenario. Es quién asigna los roles a representar. El caldeamiento específico ocurre mientras suceden las escenas, por lo tanto, el caldeamiento y la dramatización están interrelacionadas y se influyen mutuamente. Si el caldeamiento es adecuado, emerge una buena dramatización, y esta hace efectiva la terapia (Moreno, 1892).

Dramatización

Schutzenberger (1970) narra que la etapa de dramatización tiene su origen en el teatro griego. Ellos ofrecían a las personas una tragedia sobre los problemas de la ciudad para desatarse de aquello, es decir, generar un efecto terapéutico. Moreno instrumentó el teatro, una conserva cultural, para fines terapéuticos. La dramatización es el centro y la principal característica del Psicodrama. Moreno se remonta a la niñez como modelo acerca del jugar roles o personajes tomados de la vida cotidiana. Los niños, en toda época y cultura, juegan a ser otros de manera espontánea; allí también aprenden a relacionarse con otros. El juego de asumir el lugar del otro mejora la comprensión que uno puede tener de los demás (Castanedo et al., 2000).

Esta etapa comienza cuando el director se pone en contacto con el protagonista, realiza preguntas para obtener la escena apropiada, para así dramatizarla lo más fielmente (Rojas-Bermúdez, 1984). El protagonista da las características a los personajes; y, su compromiso y carga afectiva es progresiva, va en aumento mediante la interacción con los egos-auxiliares. La escena es vivida, por ellos y los observadores, como real (Moreno, 1892). En esta etapa “se juegan personajes y se movilizan emociones, en procura de la resolución del conflicto planteado por el Protagonista. No existe un guion a seguir, el libreto es la propia vida” (Rojas-Bermúdez, 1984, p.24). El enfoque no está en el protagonista, sino en la posibilidad de proporcionar un campo más flexible donde se pueda materializar el contenido en el escenario. Tampoco está centrado en la actuación, pues es solo la forma. Quien actúa aunque aparente ser otro, es siempre él mismo (Moreno, 1892).

Moreno dice que “toda primera vez, lleva a una segunda vez, y toda verdadera segunda vez es la liberación de la primera” (Schutzenberger, 1970, p.14), con esto se busca trabajar en *el aquí y ahora*, con la posibilidad de vivir el pasado como es vivido en el presente. Se juega desde *el como si* en distintos espacios, tiempos y distancias. En escena afloran y se concretan elementos, hechos y datos de una situación que son vividos en el *aquí y ahora*. Todo lo que no puede ser reemplazado por la palabra. Todo lo que aparece, ya sean chistes,

equivocaciones, actitudes, movimientos o correcciones al observarlos en su contexto toman mayor significado. Surgen detalles que pueden parecer irrelevantes pero con carga emocional grande para el protagonista; y, tiene la posibilidad de solucionar, cambiar, y desarrollar roles mediante la acción (Rojas-Bermúdez, 1984). Blatner (2005) resalta la importancia de lo que sucede en escena entendiéndola como una realidad suplementaria. En el campo de la mente, la fantasía plasmada como realidad son verdaderas en cuanto representan la verdad del mundo psíquico, y tienen mayor relevancia que la realidad objetiva; y eso es lo que debe ser trabajado aunque no se concrete en la realidad objetiva.

Compartir

La última etapa de la sesión es el compartir de análisis y de comentarios. Durante esta fase la atención se traslada al Auditorio. El público aporta con sus comentarios en cuanto a la dramatización, al protagonista, y a lo que resonó en ellos mismos. El protagonista vuelve al grupo y con ellos procesa lo ocurrido en la sesión. Los comentarios del auditorio y egos-auxiliares son como ecos de los problemas del protagonista (Schutzenberger, 1970). Se trabaja entonces sobre lo concreto, lo vivido en *el aquí y ahora* por todos, transformándolo en algo vivencial que involucra el afecto (Rojas-Bermúdez, 1984). Después de lo ocurrido durante el encuentro terapéutico, el protagonista reestablece su equilibrio emocional, con una nueva narrativa, y con mayor visión de sí mismo, y como efecto se espera que pueda reintegrarse de forma más adaptada al mundo (Álvarez, 2002). Además, es en el grupo donde el Protagonista encuentra apoyo. El grupo le facilita la concepción de que su problema no es único ni aislado, sino que es situación de ellos también (Castanedo et al., 2000). En el grupo debe sentirse la solidaridad y la resonancia de afectos. Cuando se logra establecer un espacio de encuentro con aceptación, con tolerancia y sin juicio, la eficacia terapéutica resulta como efecto de que cada participante se permita ser, sin reservas (Schutzenberger, 1970).

1.4 Conceptos

1.4.1 Catarsis

La palabra catarsis se origina del griego *katarós* que quiere decir puro. La catarsis es una “cumbre emocional con ruptura de resistencia (...) que produce una liberación del pasado y un cambio a partir del cual se hace posible una acción de reconstrucción, con abreacción y toma de consciencia” (Schutzenberger, 1970, p.23). Moreno (en Castanedo et al., 2000)

explica que en escena la persona exterioriza su mundo interno y atraviesa por un instante donde se despoja de sentimientos reprimidos, de estructuras y circunstancias perturbadoras, y se abre a la posibilidad de cambios en sus roles e historia.

Hay dos tipos de catarsis: de abreacción y de integración (Schutzenberger, 1970). Sin embargo, a toda abreacción debe seguirle la integración (Blatner, 2005). La catarsis de abreacción es definida desde la línea francesa de Psicodrama como “exteriorización en la acción” (Schutzenberger, 1970, p.117). Es un alivio parcial por la descarga emocional, pues algo contenido dentro del paciente es exteriorizado. No obstante, son solo manifestaciones superficiales. Mientras que la catarsis de integración es el resultado final de una serie de procesos. En esta sale el paciente de lo que le contenía, expresa su yo, y entra en contacto con los demás en la sesión psicodramática. A través de esta el paciente logra su mejoría. Por lo tanto, la emoción sirve como catalizador de la acción (Schutzenberger, 1970).

La catarsis dentro del Psicodrama es instrumentada para que el sujeto sea consciente de sus emociones y elabore lo que se encuentra entorno a ellas, e integrarlas a sí mismo durante la etapa de compartir. Por eso es importante que el director dirija el grupo a la creación de un espacio de apoyo. Este proceso ocurre de forma vicaria en el público y los egos-auxiliares. La escena cataliza la expresión de lo que se reprime a diario, ya sea agradable o de sufrimiento (Blatner, 2005). Moreno (1892) detalla que la catarsis ocurre en lo somático, lo mental, lo individual y lo grupal. Se da en lo somático mediante la limpieza de alguna parte del cuerpo. En la mente sucede en cuanto a la espontaneidad: al ser autor es creador y paciente del drama privado, al ser actor anima, y, al ser público co-experimenta lo vivido. Al integrarse estas cuatro áreas, ocurre una catarsis total. Es así que no ocurre en todas las sesiones, solo en ciertos momentos. Hay indicios en el ambiente como un silencio intenso y la atención centralizada en la escena. Rojas-Bermúdez (1984) describe que tras el momento catártico “se esperan palabras, actos, soluciones nunca hechas, creativas y espontáneas, siendo artífice de su propia curación” (p.53). En conclusión, la catarsis explicada desde Moreno, es un cambio de perspectiva, es la ruptura de estereotipos y el abrirse a un nuevo crecimiento. Surge como efecto de todo lo realizado en el encuentro (Rojas-Bermúdez, 1984).

1.4.2 Tele

Rojas-Bermúdez (1984) menciona que tele es un término utilizado por Moreno para “designar el conjunto de procesos perceptivos que permiten al sujeto una valoración correcta de su mundo circundante” (p.63). En la edición de 1995 de *Las Bases de la Psicoterapia* Moreno dice que tele es un fenómeno de doble relación, es decir, que sucede en las partes constituyentes en relación y “consiste en sentirse una persona dentro de la otra y viceversa” (p.21). Es la partícula más sencilla de sentimiento transferida desde una persona a otra (Moreno, 1892). La elección entre personas puede ser de rechazo o aceptación. Las cuales se conjugan entre sí. Por ejemplo, una persona puede rechazar a otra, mientras aquella es elegida positivamente (aceptación) por la otra (Moreno,1995).

Dentro de la evolución del ser humano, el primer indicio de tele es cuando el bebé comienza a dar respuestas de atracción o rechazo hacia estímulos. Esto marca las posteriores pautas de interacción. A medida que el bebé se va desarrollando, la percepción télica también (Moreno,1995). Durante la primera etapa de la matriz de identidad, el tele es indiferenciado, no distingue persona de cosa y realidad de fantasía. Al aumentar la capacidad de diferenciar, surge el tele para personas, para objetos, para lo real, y para lo imaginario. Este proceso termina al tener mejores condiciones de comunicación (Rojas-Bermúdez, 1984). Cuando el tele es objetivo, es decir, cuando se da sin interferencias de juicios o proyecciones, se percibe a la otra persona y los sentimientos hacia el otro de manera adecuada, permitiendo el desarrollo de un vínculo sano. Sin embargo, casi siempre existirán distorsiones en la percepción télica, a las cuales Moreno las asemeja con el concepto de transferencia de Freud. Blatner (2005) define la transferencia como el “traslado a una relación presente de expectativas basadas en experiencias pasadas con otras persona, y por lo tanto la distorsión de la relación inmediata” (p.182). En otras palabras, la transferencia son las deformaciones en la percepción del otro, y a su vez de la situación, por proyecciones (Rojas-Bermúdez, 1984). Es ver al otro con figuras proyectadas hacia un rol, y es motivo de las elecciones incorrectas, que bloquean el encuentro con el otro (Álvarez, 2002). Moreno establece que la terapia es posible si ocurre un encuentro y no la transferencia (Castanedo et al., 2000; Moreno, 1995).

1.4.3 Espontaneidad

Moreno (1892) dice que el término espontaneidad proviene del latín *sponte* que significa por libre voluntad. Es definida como la “capacidad de un organismo de adaptarse adecuadamente

a nuevas situaciones” (p.130), y de responder con acciones nuevas, no previsibles, como efecto de nuevas conexiones ocasionadas por la espontaneidad. Todos los seres humanos cuentan con una matriz espontánea. Blatner (2005) explica que esta capacidad mental es pensada como energía debido a que una persona al ser espontánea siente vitalidad. En Psicodrama se utiliza el caldeamiento para hacer que esta fluya puesto que no surge a voluntad y tampoco es almacenable. Se la posee en distintos grados, y es influida por el estado de ánimo, las limitaciones sociales y psicológicas (Blatner, 2005). Rojas-Bermúdez (1984) menciona que el restringir la espontaneidad es un determinante para la falta de conformidad de la persona con sí mismo y con la sociedad. La utilización y el desarrollo de espontaneidad promueve la adaptación voluntaria y adecuada del sujeto a su entorno, “sin imposiciones que cercenen su personalidad (...) sin que su adecuación signifique destrucción o pérdida de sus libertades sino, por el contrario, una mayor posibilidad de ejercerlas y desarrollarlas dentro de ese mismo medio” (p.59). Por lo tanto, es beneficioso para el sujeto y el medio.

Además, está relacionada con la libertad, siendo esta el conjunto de condiciones que permite que surja la espontaneidad. Moreno (1892) habla acerca de las personas y su cerebro como desabastecidos o con falta de capacidad para reaccionar ante lo inesperado. Esto está aún más presente dentro de una sociedad llena de representaciones, roles, y normas de acción rígidas que se centran en la inteligencia y la memoria, coartando la espontaneidad. Toda situación tiene una respuesta nueva; esta debe ser positiva, rápida, y en reacción al estímulo del momento, puede ser más o menos adecuada (Castanedo et al., 2000). Dentro de la sociedad, el individuo debe ser activo y receptivo a la obtención de la herencia social, en una continua interrelación. Lo cual tiene como base el tele y la espontaneidad. Se entiende a la relación interpersonal como el contacto de dos estados de espontaneidad, el proceso dentro de la persona opera siempre acorde al estado espontáneo de la otra persona (Rojas-Bermúdez, 1984).

Moreno describe cuatro tipos de espontaneidad: un impulso, una adquisición cultural, la creación de libre expresión de la personalidad, y la expresión de una respuesta adecuada a nuevas situaciones (Schutzenberger, 1970). La primera es la cualidad dramática, ésta es la activación de estereotipos socioculturales en la cual los sentimientos, acciones y expresiones verbales son repeticiones de lo vivido anteriormente. La segunda pertenece a la creatividad, al eliminar las repeticiones se puede generar nuevos organismos, formas de arte y estructuras

ambientales, tecnológicas y sociales. La tercera es la originalidad, es decir, el flujo libre de expresión y expresiones de la personalidad. En esta se realizan modificaciones añadiendo algo a la forma original de la conserva cultural. La última, es la respuesta adecuada a situaciones nuevas. Moreno dice que hay tres respuestas posibles a una situación: ninguna, una vieja respuesta ante una nueva situación, y una nueva respuesta a una situación nueva (Moreno, 1892). Por último, la espontaneidad no es impulsividad, pues esta no es una acción sin reflexión. Así mismo, una conducta adaptada cultural y socialmente, pero rígida y demasiado estructurada, no es espontánea. Para Moreno la espontaneidad origina a la creatividad; y, cuando la espontaneidad aumenta, la ansiedad decrece y la creatividad es posible (Schutzenberger, 1970).

En Psicodrama, la espontaneidad permite hacer lo oportuno en el momento necesario, de una manera adecuada, que posibilita la adaptación social pero sin el estancamiento en las conservas culturales. Esta respuesta debe ser propia y no separada de su origen ni de su contexto. Por lo tanto, el Psicodrama busca estimular la espontaneidad y ayudar a cambiar las conductas automatizadas que se repiten compulsivamente, a fin de poder desarrollar y potenciar roles (Álvarez, 2002). Para lograr aquello, el director debe saber escoger el momento, el sujeto, y el tema adecuado. Además, el ego-auxiliar actúa como uno de los catalizadores para que emerja y se potencie la espontaneidad del Protagonista (Schutzenberger, 1970). El Psicodrama potencia los niveles de espontaneidad; ya que, cuanto más se la práctica, es más fácil conseguirla (Blatner, 2005).

1.4.4 Creatividad

La matriz de la creatividad es la espontaneidad. El ser humano tiene “una especie de impulso vital que nos empuja a nacer (...) propicio a la creación y a estar haciéndose” (Schutzenberger, 1970, p.23). La creatividad siempre está ligada al acto de creación y al creador. Castanedo et al. (2000) relata que Moreno vivió en Europa después de la Primera Guerra Mundial, en una sociedad que deformó el proceso de la creatividad humana, consigo mismo y con la cultura. Además de su tendencia a dar valor al producto y no al proceso de su creación. Sin embargo, Moreno en su contracultura escribe *Las palabras del padre*:

Yo los creé a ustedes, ustedes tienen que seguir creando, crearse a sí mismos, tienen que trabajar para una forma final de humanidad, para la paz, porque hace falta creatividad y no puede haber creatividad si se matan los unos a los otros, (...) cada

uno tiene que comenzar por sí mismo, cada uno de nosotros con nuestros pequeños mundos, porque en esos pequeños mundos es donde hay espontaneidad (Rojas-Bermúdez, 1984, p. 248).

Moreno entendía al ser humano como creador, pero dentro de una sociedad que coarta su espontaneidad y su creatividad. Por ello, con la creación del Psicodrama buscaba ir en contra de aquello y suplir la necesidad de un espacio adecuado “para rescatar y fortalecer la espontaneidad y la libertad para la restauración de la creatividad” (Castanedo et al., 2000, p.131). Para lo cual se fomenta la creación de escenas, imágenes y esculturas como forma de expresión. Ahí es más importante el proceso en el que afloran contenidos del mundo interno, el análisis de los elementos, sobrantes y faltantes, en la creación son relevantes pues se observan los elementos no resueltos de los roles (Álvarez, 2002). Por último, Schutzenberger (1970) resalta la importancia del crear en los encuentros psicodramáticos pues “hacer un verdadero Psicodrama consiste en crear, en hacer nacer psicológicamente (...) es vivir nuestros sueños y nuestros fantasma, es viajar en el tiempo y en el espacio” (p. 24). Lo cual es importante en la vida del ser humano, pues se encuentra en una sociedad que le obliga a adaptarse, lo cual requiere menguar o renunciar a sus sueños y esperanzas. A pesar de ello, el ser humano posee un sinnúmero de posibilidades en todos los contextos, y es dotado de espontaneidad y creatividad para crear lo que desea (Schutzenberger, 1970).

1.4.5 Matriz de identidad

La matriz de identidad es donde surge el Yo del individuo a través de la interacción con su entorno socioemocional. El bebé requiere de un grupo social que supla sus necesidades fisiológicas, psicológicas y sociales. Al principio, la matriz está enlazada principalmente a lo fisiológico. A medida que va creciendo y desarrollándose, se liga a procesos psicológicos y sociales. El sistema familiar le provee del alimento físico, psíquico y social, le transmite la herencia cultural del grupo al que pertenece y le prepara para ser incorporado a la sociedad.

La matriz tiene dos fases. La primera es de identidad, en la cual el niño percibe a la madre como parte de sí hasta lograr la separación. La segunda es de utilización, aquí parte de la experiencia para la inversión de la identidad (Rojas-Bermúdez, 1985). Estas dos fases tienen 5 etapas. Moreno (1892) las expone como:

1. Identidad completa: la madre es parte del niño pues no la discrimina, la ve como una prolongación de sus necesidades debido a las limitaciones psicomotoras y cognitivas.
2. Diferenciación, por focalización de la atención: ahora que tiene la capacidad de discriminación, el niño centra su atención en la otra extraña parte de sí mismo.
3. Separación: el niño separa esta otra parte de la continuidad de su experiencia interna y la discrimina del resto de vivencias. De la separación surge la individualidad.
4. Comienzo de la inversión de roles: el niño es capaz de jugar el rol de la madre activamente.
5. Termina la inversión de roles: el niño juega el rol de su madre frente a otros dando paso del juego a la identidad social

Rojas-Bermúdez (1984) añade que Moreno relacionó el desarrollo de la imagen del mundo con la matriz de identidad con dos universos. En el primer universo, se engloba dos matrices de identidad. En la matriz de identidad total el niño no discrimina lo real de lo fantaseado, ni entre cosas y personas (Schutzenberger,1970). Aquí la dependencia es algo normal y necesario para su supervivencia. Incluso es beneficioso para el desarrollo del niño pues el vínculo primario será su pauta para la socialización posterior. Pueden ocurrir patologías que dificulten o no permitan el paso a las fases siguientes, fijándole a vínculos simbióticos. La indiferenciación, el aglutinamiento y la mezcla de fantasía y realidad, son la base para que se dé una grave dependencia en el futuro.

La dependencia de sustancias está muy relacionada con el tipo de trato de las personas más cercanas al bebé en esta etapa. La segunda matriz es de identidad diferenciada o de realidad total, el individuo es capaz de diferenciar entre objetos, personas, y cosas, pero todavía no distingue lo real de lo imaginario. Todo lo que imagina es real para él. La relación con otros es determinada por el egoísmo. Allí pueden convertirse en relaciones patológicas esclerotizadas, las cuales se repetirán a lo largo de la vida. Poniendo su propio interés como nexos con los otros. El acto adictivo es patológicamente narcisista, pues en su universo solo existe él (Álvarez, 2002). El segundo universo es caracterizado por la matriz familiar, en esta ya le es posible discriminar realidad de fantasía y reconocer al otro como tú (Rojas-Bermúdez, 1984).

1.4.6 Rol

El término rol es tomado del lenguaje del teatro. Los roles sociales son "unidades culturales de conducta, y por lo tanto poseen las características y las particularidades propias de la cultura en que se han estructurado" (Rojas Bermúdez, 1984, p.59). Cada persona tiene su repertorio de roles en tanto son la representación de los modelos observados en el transcurso de la infancia. Moreno considera que a lo largo de la vida uno vuelve a encontrar la misma manera de desempeñar un papel como lo hizo la primera vez pero en interacción con otra persona (Blatner, 2005). Por lo tanto, el rol jugado está más adaptado a la situación pasada y a su contexto que a la circunstancia presente.

Schutzenberger (1970) añade que la expresión del rol "se encuentra determinado en gran manera por el papel del otro. Yo tiendo a ser "como tu deseas que sea", "como tú me ves", o "como tú me dejas ser"" (p.13). Todos los roles sociales se establecen en relación con los tres roles psicosomáticos correspondientes al proceso de evolución durante los dos primeros años de vida. Los tres modelos primarios son: materno, paterno y fraterno. El materno tiene que ver con roles que satisfacen el apego y la sensación de ser amado por lo que se es. El paterno son los roles que satisfacen el sentirse valorado por lo que se hace y se comunica, y la aceptación de límites. El fraterno está relacionado con las situaciones competitivas y cooperativas. Existen tres tipos de roles fundamentales propuestos por Moreno, Rojas-Bermúdez (1984) lo explica como roles psicosomáticos, sociales y psicodramáticos.

Roles psicosomáticos

Pertenecen a la matriz de identidad total, son los componentes reales y de fantasía fundidos en los roles. Están relacionados a funciones fisiológicas indispensables. Son el vínculo entre el ambiente y el individuo. El rol psicosomático es el correspondiente psicológico a la estructuración de las vivencias cenestésicas y la incorporación de lo socioafectivo de las matrices de identidad. Estos delimitan tres áreas de representación psicológica: mente, cuerpo y ambiente.

Los roles y modelos que se generan son de ingeridor, defecador, de relación y de mingidor. El rol de ingeridor tiene que ver con los procesos de incorporación de contenidos desde afuera hacia adentro para lograr satisfacción, generado por una situación de dependencia extrema de la fuente nutriente. El rol de defecador tiene que ver con los procesos de creación, elaboración, expresión y comunicación de contenidos originales hacia un afuera que se necesita constante y aceptador. El modelo de relación con el ambiente tiene que ver con la

disminución de la omnipotencia, la ganancia de intimidad con los otros y la experiencia de poder afectarlos. El modelo de mingidor tiene que ver con la planificación, control de la voluntad, toma de decisiones y realización de acciones para satisfacer deseos internos.

Roles sociales

Los roles sociales corresponden a las funciones sociales en las que se desenvuelve el individuo y por intermedio de los cuales se relaciona con su ambiente. Se adquieren en la matriz de la identidad

Roles psicodramáticos

Los roles psicodramáticos expresan la dimensión psicológica del Yo y surgen de la actividad creadora del individuo.

Por otra parte, todo rol se compone de un denominador colectivo y de uno individual. En cada persona tiene un toque propio, el cual tiñe la expresión cultural. Los roles disfuncionales o patológicos son expresión de conflictos y deficiencias en las matrices de identidad donde el sujeto ha quedado fijado (Álvarez, 2002). El rechazo y la negación de los roles que se deben actuar genera una gran insatisfacción personal. Esto es debido a la incapacidad de modificar o desprenderse del rol y elegir o desarrollar uno más adecuado.

Por último, Moreno explica los procesos de asumir, jugar, o crear un rol como: *role taking* es asumir un papel como una conserva social con una forma rígida determinada por la sociedad, es desempeñar un rol ciñéndose a sus características. El segundo, *role playing* (jugar) es el proceso de aprendizaje de un rol, es representar un papel elegido, con el fin de explorar, experimentar, y desarrollar. Por último, *role creating* es crear e enriquecer un rol a través de modificarlo y producir libremente (Rojas-Bermúdez, 1984).

1.5 Técnicas

El término técnica proviene del griego *texum* que quiere decir arte. Rojas-Bermúdez (1984) lo define como: “el conjunto de procedimientos y recursos de un arte o ciencia, y la habilidad para implementarlos, conducentes al logro de un objetivo” (p.225). Es decir, son medios para potenciar el encuentro y tienen lugar en el ámbito físico del escenario (Moreno,1995). Las cuales son el reflejo de la interacción que se estructura en las etapas de desarrollo social del

niño (Castanedo et al., 2000). A menudo se improvisa y se realizan modificaciones sobre las técnicas básicas para enfrentarse a los requerimientos del grupo. Su base siempre es el jugar dentro del *como si* (Schutzenberger, 1970). Lo importante es saber elegir la adecuada según el nivel de comunicación del protagonista, de dificultades en determinada etapa de las matrices de identidad, de la estructura sociométrica del grupo y de las metas terapéuticas. La utilización de una determinada técnica debe seguir siempre el principio de no movilizar aquello que no se sea capaz de contener (Álvarez, 2002).

Soliloquio

La técnica del soliloquio es definida por Moreno (1892) como el acto de “reproducir sentimientos y pensamientos ocultos [que tuvo en la vida o ahora en la actuación] su valor reside en su veracidad. Su fin es la catarsis” (p.262). El protagonista al hablar en voz alta desde el rol, medita y realiza asociaciones en cuanto a la situación dramatizada. Es poner en palabras y exteriorizar pensamientos, fantasías y sentimientos. La producción verbal del sujeto es espontánea y directa. Además, siempre sucede posterior a la acción; y, es realizada por el protagonista o con su doble que le habla a él o por él (Schutzenberger, 1970). Cuando esto ocurre en medio de una conversación, el protagonista debe realizar alguna señal que se haya consensuado antes, para separar la interacción del soliloquio. Como por ejemplo, girar la cabeza hacia un lado. Se debe prestar atención al empleo en exceso de esto pues podría tratarse de una defensa, un quiebre de la esfera emocional y a no comprometerse con la dramatización (Rojas-Bermúdez, 1984).

Doblaje

Esta técnica consta en imitar lo que dice y hace el protagonista. El doblaje o doble es complicada por el grado de sintonía requerida pues tiene como objetivo revelar lo no expresado, lo cual podría producir catarsis de abreacción. El doble no debe ser invasivo ni sobreactuado. En momentos necesarios se puede hacer uso de varios dobles, especialmente para ambivalencias (Castanedo et al., 2000). La etapa de caldeamiento es muy importante para atemperar al yo-auxiliar y hacer que su intervención sea adecuada. Al hacer de doble expresa interrogantes con las que incita, modifica o afirma las respuestas del paciente. Además, exterioriza sentimientos y pensamientos reprimidos, los cuales son eludidos o no distinguidos (Schutzenberger, 1970).

La validez de la técnica depende de la capacidad télica del yo-auxiliar para identificarse y entender el problema y los mecanismos del protagonista. Para de esta manera completar y aclarar adecuadamente motivaciones y emociones. Es de cierta manera, una consciencia auxiliar. De igual forma, la aceptación o el rechazo del paciente hacia el doble determina la catarsis, y los problemas que puedan ocurrir. Físicamente, el doble se coloca a un lado del protagonista, intenta apropiarse de postura, actitud y afecto de la persona. Esto incluye la respiración. Al imitar aquello se facilita o se intensifica la identificación y por lo tanto la comunicación psíquica se da como si se crease un co-consciente y un co-inconsciente. Para asegurar que la intervención del yo-auxiliar sea adecuada, el director pregunta al protagonista si es así o no. Por último, se puede realizar una variación de doblaje a partir del grupo. En este los participantes, van expresándose por otra persona y la persona afirma o no lo dicho por los otros sobre él (Schutzenberger, 1970).

Espejo

La técnica del espejo se basa en representar al protagonista colocándose frente a él. Con el objetivo de que la persona pueda verse desde fuera y generar una reacción (Schutzenberger, 1970). Moreno (1892) lo explica diciendo que el “protagonista es un espectador, un observador que contempla el espejo psicológico y se ve a sí mismo” (p.97). El yo-auxiliar debe representarlo y ser lo más fiel posible en cuanto a conductas verbales y corporales. Moreno propone dos formas de hacerlo. La primera es improvisada, como pedido del director, se la realiza al terminar la escena y sin advertirle. En la segunda, durante la actuación se coloca al yo-auxiliar frente al paciente para que diga y haga lo mismo que él. Rojas-Bermúdez (1984) habla también sobre el espejo tecnológico: grabar la imagen y el sonido, y mostrarlo en ese momento a la persona. Este tiene mayor impacto y valor puesto que elimina la posibilidad de pensar que el yo-auxiliar exagera o no lo hace como es. Al igual que el espejo tradicional, su fin es llevar a la persona a ser consciente de sus errores y limitaciones en una determinada situación. Por último, Moreno menciona que se utiliza cuando la persona no logra representarse a sí mismo, pues sirve para fortalecer la autopercepción. Debe usarse adecuadamente considerando que las personas susceptibles o con características paranoides pueden verlo como una burla (Moreno, 1892).

Inversión de roles

La inversión de roles como técnica busca que la persona se ponga en el lugar del otro, sin fingir. Es personificar al otro en su postura, rol, y emociones. Es mirar desde adentro el mundo del otro y comparar con la visión externa que se tenía. En ese punto donde convergen las miradas ocurre el verdadero encuentro, una comprensión mutua (Schutzenberger, 1970). Moreno (1982) describe en un poema la filosofía del encuentro:

Un encuentro de a dos: ojo a ojo, cara a cara, y cuándo esté cerca arrancaré tus ojos
y los colocaré en el lugar de los míos y tú arrancarás mis ojos y los colocarás en el
lugar de los tuyos, entonces, yo te miraré con tus ojos y tú me mirarás con los míos
(p.20)

Además, es el momento donde la intervención del director con el protagonista puede generar más *insight*. Esta técnica se utiliza cuando el protagonista cuestiona al yo-auxiliar, al hacer inversión de rol, se hace que él mismo se haga cargo y responda. Le posibilita descubrir como el otro le percibe, como le ve y como le siente (Castanedo et al., 2000). Lo cual genera nuevas percepciones en cuanto a su comportamiento. También sirve al comienzo para conseguir la información necesaria (Álvarez, 2002). Durante la etapa de dramatización, el director es el encargado de señalar la inversión de rol.

Silla Vacía

Esta técnica sirve como test proyectivo psicodramático. Consiste en colocar una silla vacía en el centro del escenario. Se da la consigna a las personas de que por algunos minutos imaginen un personaje, real o ficticio, sentado allí y hablen con él. Luego, el director les pide que comenten lo que sintieron (Rojas-Bermúdez, 1894).

Objetos Intermediarios

En el Psicodrama se recurre al uso de objeto como títeres, máscaras y telas, para ayudar a mejorar la comunicación. Por ejemplo, los títeres sirven para simbolizar escenas que serían complicado actuar con egos-auxiliares. Otro ejemplo, es el uso de máscaras para investigar personajes internos y estructuras defensiva por medio del doblaje (Álvarez, 2002).

1.6 Psicodrama para dependencia a sustancias

Lawton, K. (1999) del Departamento de Salud Mental de Estados Unidos menciona que en un inicio Sharon Wegscheider-Cruse integró exitosamente el Psicodrama para sanar problemas relacionados con la familia en personas con dependencia a sustancias. Las técnicas propias de éste enfoque ayudan a que el grupo logre auto-conocimiento y elabore sus vínculos de forma más rápida. Además, permite el reaprendizaje y ampliación de habilidades, conductas, y empatía. Lo realizado en escena es registrado por la mente como vivido y como parte de su historia, volviéndose accesible para usos futuros. Así mismo, acercan a la persona con su parte cognitiva y emocional y a las diferentes circunstancias vinculadas al consumo (Álvarez, 2002). Sin embargo, esta intervención puede generar mucha ansiedad y vergüenza en la persona a tal punto de llevarlo a consumir o abandonar el tratamiento. Por eso, debe realizarse con la mayor responsabilidad, formación y supervisión (Lawton, 1999).

El Psicodrama permite que se elabore sobre los agentes socioambientales que fomentan la conducta de dependencia. Pues permite evidenciar que la falta de interés en la educación (aprendizaje), las contradicciones, la falta de límites, la carencia de padres, los problemas de identificación, los valores egocéntricos, la fragmentación del tiempo, la pobreza de los vínculos, la ponderación del placer y la saciedad de consumir, facilitan el abuso desde edades tempranas. Dentro de los rasgos que los caracterizan: el sentimiento de grandiosidad es trabajado eficazmente con técnicas de confrontación interna y con el uso del doble múltiple. También se puede usar las técnicas de espejo y doble para mostrar el miedo y la vergüenza detrás de los roles compensatorios, mediante los que se vincula con otros (Álvarez, 2002). Además, la utilización del cuerpo trae a consciencia las razones del rol compensatorio, favorece el manejo de la frustración y crea en escena el otro que querría ser (Palacios, s.f).

Para el manejo de la agresividad y la pasividad se puede usar una escena paralela, donde se confronte la dificultad y el miedo a aceptar responsabilidades en relación con un sistema familiar incomprensible y un mundo social que no ampara. Por otra parte, se pueden usar escenas simbólicas de encapsulamiento para hacer consciente la propensión a alejarse de la realidad. El aislarse funciona como mecanismo en contra del dolor, las emociones, la frustración; y, es reusarse a recibir ayuda. De esta manera se potencia la espontaneidad y disminuye la rigidez y el aislamiento, al hacerse consciente de su parte cognitiva, afectiva y comportamental. Las técnicas activas permiten la rematrización de su identidad y de la fragmentación de su personalidad por el consumo. Es necesario detener la dramatización

ante el titubeo relacionado a la frustración en las relaciones. Se deben indicar los momentos en que el deseo de consumir aumenta, y para ello se buscan roles alternativos (Álvarez, 2002). Los problemas con los vínculos juegan un papel importante en la instauración de la dependencia como en el proceso de tratamiento. De esto se deriva la validez y la necesidad de mejorar habilidades sociales, asertividad, y comunicación interpersonal verbal y no verbal. Para lo cual el Psicodrama es muy útil pues mediante el uso de técnicas y la puesta en escena de la vida, la persona amplía su repertorio de conductas y mejora la toma de decisiones posibilitando una mejor adaptación (Forselledo, 2008).

Dentro del tratamiento con internación, en la fase de acogida, es útil el empleo de técnicas de confrontación y de shock para disminuir la resistencia del sujeto a enfrentarse de forma realista con su situación. Así también para aminorar la tendencia a romper las normas, estas son elaboradas en el espacio dramático. Cuando ocurre una trasgresión se puede indagar con inversión de roles para entender la hostilidad inconsciente existente en el vínculo (Palacios, s.f). En las primeras fases, deben propiciarse las escenas que expongan la tendencia a manipular la realidad, llevar al sujeto a asumir honestamente sus sentimientos, y ya no contar su historia desde la victimización. Por otra parte, se puede utilizar o crear máscaras para el desenmascaramiento yoico y desmontar las defensas de ocultamiento o refugio en lo imaginario. De esta manera podrá evidenciarse el miedo, la fragilidad, y los posibles factores para abandonar el tratamiento. Para la adherencia al tratamiento los rituales son importantes para desarrollar y fortalecer el sentido de pertenencia, solidaridad e identificación en el grupo (Forselledo, 2008). Por último, el análisis de las motivaciones en los roles mitiga la racionalización utilizada como excusa para seguir consumiendo. En el proceso de tratamiento durante la etapa de reinserción son útiles las técnicas de aprendizaje de roles para fortalecer los nuevos papeles desarrollados o por desarrollar, en los distintos ámbitos como el trabajo, las relaciones, etc. Es necesario la incorporación de los propios límites y la modulación de las expectativas; para lo cual, se emplea la confrontación, especialmente ante indicios de retroceso a roles compensatorios (Álvarez, 2002).

2. DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS

En el presente capítulo se describirá la dependencia a sustancias desde una mirada biopsicosocial. Se tomará como referencia los criterios establecidos por los manuales de diagnóstico: DSM establecido por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría y el CIE 10 de la Organización Mundial de la Salud. Además, se ampliará el concepto acerca de la dependencia con la visión desde el Psicodrama. Por último, para contextualizar la población con la que se trabajará se describirá Centros Especializados en el Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas (CETAD) desde el Ministerio de Salud Pública (2015) en su *Modelo de atención integral residencial para el consumo problemático de alcohol y otras drogas, en establecimientos de salud de tercer nivel del Ministerio de Salud Pública, Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios, Proyecto Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones*.

2.1 Concepto de dependencia a sustancias

Pedro Lorenzo Fernández (1998/2009) en el libro *Drogodependencias* menciona que durante muchos siglos, el consumo de sustancias estuvo relacionado a lo mágico-religioso. Estaba vinculado a determinadas circunstancias, como por ejemplo a la guerra; y, era accesible solo para algunos, dependiendo de su rango social y/o eclesial. Es así que alrededor del consumo de sustancias confluyen varios factores, entre ellos la cultura y la política. Actualmente, en diversos países existen sustancias que son consideradas ilegales y conllevan una penalidad. Mientras otras son aceptadas socialmente y, su producción, venta y consumo son legales e inclusive se promueven publicitariamente, como el alcohol y el tabaco. Peruga (2002) en *El consumo de sustancias adictivas en las Américas* menciona, al igual que Fernández, que desde hace muchos años en América Latina ciertas sustancias, como la hoja de coca, se han consumido pero sin llegar a ser un problema de salud pública. Sin embargo, en el 2002, las cifras en el continente manifiestan que un cuarto de las muertes anuales están relacionados con la dependencia a sustancias.

Al hablar de consumo de sustancias es necesario partir por la definición de dichas sustancias, denominadas también como drogas. El concepto de droga fue definido por la Organización

Mundial de la Salud (OMS) en 1969 como: toda sustancia que al ser consumida es capaz de alterar una o más funciones de un ser vivo. Posteriormente, en 1982 se especifica la droga de abuso como: una sustancia, no utilizada como medicina, que es administrada por la persona, y modifica las funciones psíquicas en cuanto percepción, estado anímico, consciencia y conducta (Fernández, 1998/2009). En una definición más detallada, la OMS establece que droga es:

la sustancia, química o natural, que introducida en un organismo vivo por cualquier vía, ya sea esta por inhalación, ingestión, intramuscular, endovenosa, es capaz de actuar en el sistema nervioso central provocando una alteración física y psicológica, la experiencia de nuevas sensaciones o la modificación de un estado psíquico, es decir, capaz de cambiar la percepción y el comportamiento de las personas (Callejo y Calvo, 2015, p.16)

En otras palabras, se puede definir droga como aquellas sustancias que al ser ingeridas alteran las funciones psíquicas y físicas de la persona. Callejo y Calvo (2015), desde un enfoque ocupacional, resaltan los efectos nocivos en el funcionamiento en la vida cotidiana debido a que se puede generar que se desarticulen las actividades de ocio, y productividad. Resultando en el deterioro y la incapacidad de mantener hábitos y rutinas. Además tiene repercusiones negativas a nivel familiar, laboral, y personal. Las cuales afectan a la sociedad pues está relacionado con vagabundeo, actos delictivos, y abandono de responsabilidades laborales y familiares (Fernández, 1998/2009).

Tipos de sustancias

Dentro de las clasificaciones básicas, las sustancias son categorizadas en cuanto al efecto psicopatológico predominante que generan. Estas pueden ser: depresoras, estimulantes, y alucinógenas. Las sustancias depresoras son aquellas que retardan las funciones del sistema nervioso y lentifican las funciones somáticas. Por el contrario, las estimulantes aumentan la actividad del sistema nervioso y aceleran las funciones corporales. Por último, las drogas alucinógenas tienen como efecto alterar el estado de consciencia, la percepción y generar alucinaciones. Por otra parte, debe tomarse en consideración el tipo de vía por el cual es administrada la sustancia, pues está ligada con la velocidad con la que se establece la

dependencia: aumenta el potencial adictivo cuando la forma de administración causa efectos gratificantes inmediatos y breves (Fernández, 1998/2009).

Peruga (2002) detalla que en América del Sur, las sustancias más consumidas son la nicotina, el alcohol, y la marihuana. El tabaco es la sustancia de consumo que más muertes evitables causa a nivel mundial. Se estima que un millón de personas mueren cada año a razón de este. En cuanto a los consumidores, dos tercios, empezaron antes de los 18 años, y más de la mitad no logró dejar de consumir. En cuanto al alcohol, se tiene una referencia en cuanto al consumo de producción legal. Sin embargo, en muchos países la clandestina es mucho más grande. En Ecuador el consumo y producción ilegal triplica a la legal. Así mismo, la marihuana es la droga ilegal de mayor consumo en el mundo y en el continente americano por cerca de 45 millones de personas. Por otra parte, en Quito, una de las sustancias más consumidas es la base de cocaína. Los países vecinos Colombia, Perú y Bolivia producen casi la totalidad mundial de la hoja de coca y sus derivados. Por último, la producción y el tráfico de drogas es en muchos países el mayor ingreso de su economía. A pesar de ello, el ambiente en el que se realiza y añadiendo el consumo, son factores que incrementan la pobreza y la marginación, siendo generadores de violencia, enfermedades y muerte.

Patrón de consumo

El consumo de sustancias puede ocurrir en determinados patrones. Este puede ser: experimental, ocasional, abuso y habitual. El consumo experimental ocurre en un tiempo limitado, donde se prueba una o varias veces pero no se continúa la administración. Es ocasional cuando el consumo es esporádico y no se han generado problemas, pero existe un potencial adictivo (Callejo y Calvo, 2015). El tercer patrón es de abuso y es explicado por el Real Colegio de Psiquiatras Británico como “cualquier consumo de droga que dañe o amenace dañar, la salud física, mental o el bienestar social de un individuo, de diversos individuos o de la sociedad en general” (Fernández, 1998/2009, p.34), es inadecuado por la cantidad, la frecuencia y/o la finalidad de consumo. Por último, el patrón habitual es cuando el consumo es a diario y se convierte en prioridad (Callejo y Calvo, 2015). La vida está regida por el tiempo utilizado para pensar, buscar y administrarse las sustancias, para disminuir su malestar psíquico, físico, y social (Fernández, 1998/2009).

Definición de dependencia de sustancias

Es explicada por Arnold Washton y Joan Zweben (2008) en el libro *Tratamiento de problemas de alcohol y otras drogas en la práctica terapéutica* como un trastorno producido y condicionado por diversos factores que interactúan a diferentes niveles en cada persona. Los factores biológicos, como edad, sexo y genes definen las variantes individuales de los efectos generados. Los factores psicológicos son los elementos psíquicos de emoción, cognición y conducta que se ven alterados y que aumentan o disminuyen los efectos. Desde 1970 la dependencia a sustancias es pensada “como una auténtica epidemia y como uno de los más graves problemas socio-sanitarios, debido al coste que representa en términos de vidas, comorbilidad con patologías somáticas y psiquiátricas, delitos contra la sociedad, descenso de la productividad laboral, conflictos familiares” (Fernández, 1998/2009, p.2). Por lo tanto, dentro de los factores sociales el nivel socioeconómico y los grupos sociales condicionan el consumo, ya sea por la existencia de dependencia a sustancias o incluso por las prohibiciones.

La OMS (en Callejo y Calvo, 2015) define la dependencia a sustancias como “una enfermedad física y psicoemocional, (...) es una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación causada principalmente por la satisfacción, o evitación del malestar que la ausencia de esta causa a la persona” (p.17). Se puede decir entonces, que el consumo problemático de determinadas sustancias genera una dependencia cuando lleva a la persona a continuar el consumo para conseguir el efecto que esta produce o por eludir los efectos de no hacerlo (Callejo y Calvo, 2015). Así mismo, Washton y Zweben (2008) reiteran la necesidad de distinguir entre dependencia como respuesta fisiológica normal y la dependencia a sustancias que conlleva un deterioro de la vida del sujeto.

Tipos de dependencia.

Se la clasifica como física y psicológica, y en la actualidad se añade un tercer tipo: la dependencia social. Los tres tipos son complementarios e interactúan en una misma persona, y convergen en la conducta final del dependiente de obtener y consumir droga (Fernández, 1998/2009).

Dependencia física

Este “es un estado caracterizado por la necesidad de mantener niveles determinados de una droga en el organismo, desarrollándose un vínculo droga-organismo” (Fernández,

1998/2009, p.9). Sus características básicas son la tolerancia y el síndrome de abstinencia agudo, como fenómenos biológicos de consecuencia natural al consumo de una sustancia (Fernández, 1998/2009).

Tolerancia.

Es descrita por Callejo y Calvo (2015) como un fenómeno en el cual el consumidor requiere administrarse progresivamente dosis mayores para obtener los efectos deseados. Fernández (1998/2009) detalla que el aumento de la dosis se da debido a la reducción paulatina del efecto después de consumir reiteradamente la misma cantidad. Este mecanismo está relacionado con las características químicas de la sustancia y los efectos bioquímicos que tienen en la persona. Se puede clasificar la tolerancia en invertida y cruzada. La tolerancia invertida ocurre con sustancias que ocasionan iguales efectos o incluso más fuertes con la administración de una cantidad menor, debido al aglutinamiento en el tejido o a la falta de metabolización. Mientras que la tolerancia cruzada se da cuando el consumidor siendo tolerante a determinada sustancia también lo es a otra cuya acción es semejante.

Síndrome de abstinencia.

Callejo y Calvo (2015) describen este síndrome como “el conjunto de signos y síntomas fisiológicos u orgánicos, psicológicos o cognitivos que se ponen de manifiesto cuando se deja de consumir una o varias drogas y provocan comportamientos y desempeños desadaptativos” (p.23). Dichas manifestaciones son el efecto opuesto del que genera la sustancia, es decir, “son manifestaciones de rebote de los sistemas fisiológicos alterados por ella” (Fernández, 1998/2009, p.10). Las características químicas de la sustancia determinan que si esta se elimina rápidamente, el síndrome se manifiesta rápida e intensamente.

Compulsión.

Ocurre cuando la persona se administra dosis más grandes o durante más tiempo del planeado (Callejo y Calvo, 2015). Se puede también dar un fenómeno de sensibilización, la cual es entendida como la producción de un efecto mayor después de una administración discontinuada de la sustancia (Fernández, 1998/2009).

Dependencia psicológica

La dependencia psicológica entendido *craving* es “el deseo irresistible de repetir la administración de una droga para: obtener la vivencia de sus efectos agradables (placenteros y/o evasivos) y/o evitar el malestar que siente con su ausencia” (Fernández, 1998/2009, p.10). Dentro de los enfoques de la Psicología, el conductismo operante especifica que el consumo es una conducta que se continua por los resultados. La sustancia produce efectos gratificantes, percibidos como recompensa y actúan como reforzadores positivos. De igual manera, la ausencia de esta genera efectos aversivos que son vividos como refuerzos negativos. La persona tiene como respuesta, ante ambos casos, el administrarse la o las sustancias por los efectos placenteros que puede obtener, es decir la recompensa.

En la dependencia, su comportamiento se centra en buscar, conseguir, y consumir la sustancia. Sin embargo, dentro de los cuadros clínicos de dependencia, ambos refuerzos llegan a no diferenciarse. Por lo tanto, y como se mencionó anteriormente, la dependencia de sustancias tiene varios factores que influyen para que se instaure, al igual que los detalles individuales de cada consumo, y la dificultad de controlar o dejar de consumir. Es así que la dependencia física y psicológica son igual de destructivas. Con la diferencia de que la dependencia psicológica es el detonador de continuar consumiendo y por ello es la más difícil de superar (Fernández, 1998/2009).

Dependencia social

Por último, ésta se encuentra ligada al consumo como manifestación para la pertenencia a determinado grupo social. Si la persona deja de consumir, puede generar graves crisis de relación capaces de sostener a la persona en el consumo para mantener la estabilidad social (Fernández, 1998/2009).

2.2 Criterios diagnósticos

Los sistemas de clasificación internacionales de trastornos en cuanto a salud mental son establecidos por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS desarrolló *La Clasificación Internacional y Estadística de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud* (CIE), y en su sexta edición aparece por primera vez el capítulo de trastornos mentales. En respuesta a este, la OMS publica en

1952 *El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM). El CIE-10 tiene una visión orientativa, mientras que el DSM es de carácter más normativo. No obstante, el fin de ambos es proporcionar criterios diagnósticos que mejoren la práctica clínica (Gutierrez et al., s.f). En el Ecuador, al igual que en otros países, el Ministerio de Salud Pública ha optado por regirse según la Organización Mundial de la Salud por medio del CIE en su décima edición. Por lo tanto, se tomarán referencias de ambos manuales en cuanto a la dependencia de sustancias, pero mayormente del CIE-10.

Asociación Americana de Psiquiatría.

La Asociación Americana de Psiquiatría considera a la dependencia de sustancias como “un patrón desadaptativo de consumo que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos” (Fernández, 1998/2009, p. 15). Esta discapacidad clínica significativa y angustia debe presentarse por más de 12 meses, y cumplir por lo menos con 3 de los 7 indicadores, descritos por Washton y Zweben (2008) como:

1. Consumir cantidades mayores por tiempos más largos de lo esperado
2. Deseo constante o esfuerzos infructuosos para controlar o dejar de consumir
3. Dedicar mucho tiempo adquiriendo, consumiendo, o recuperándose
4. Reducir o renunciar a actividades por consumir
5. Seguir consumiendo a pesar de los problemas como consecuencia del consumo
6. Tolerancia
7. Síndrome de abstinencia

En el DSM-5 bajo la categoría de *Substance use disorder*, se utiliza la medida de leve a severo, para el abuso y la dependencia de sustancias. Además, el trastorno es diferenciado por la sustancia consumida, dentro de un marco de criterios generales. Se incluyó el “drug craving” y se eliminó “problemas con las fuerzas de la ley” que pierde su validez internacional debido a parámetros en cada cultura (APA, 2013).

Organización Mundial de la Salud.

La OMS (1992) en el CIE-10, en los códigos F10 a F19, clasifica los *Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de*: alcohol, opioides, cannabinoides, sedantes o hipnóticos, cocaína, otros estimulantes, alucinógenos, disolventes volátiles, múltiples drogas o de otras sustancias psicotrópicas. Además, detalla los siguientes síndromes y trastornos relacionados a estos:

F1x.0 Intoxicación aguda

es un estado consecutivo a la administración o asimilación de sustancias psicotrópicas. La cual ocasiona alteraciones a nivel de consciencia, cognición, percepción, estado afectivo, comportamiento o de otras funciones físicas y psíquicas. Puede tener alguna de las siguientes complicaciones: traumatismo y lesión corporal, otra complicación médica, delirium, distorsiones de la percepción, coma, convulsiones, intoxicación patológica (p.99-p.100)

F1x.1 Consumo perjudicial

Es cuando el consumo causa efectos dañinos en la salud física o mental (p.101)

F1x.2 Síndrome de dependencia

Es el “conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas, en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere máxima prioridad para el individuo” (p.103). La persona presenta el deseo de consumir, y en los doce últimos meses han estado presentes tres o más de los criterios siguientes:

- deseo intenso o compulsión a consumir
- disminución de la capacidad para controlar la dosis, y, el comienzo y/o termino de consumo
- síntomas somáticos, cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese
- tolerancia
- abandono progresivo de otras fuentes de placer a causa del consumo, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos

- persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, como daños hepáticos, estado de ánimo depresivo o deterioro cognitivo secundario (p.105).

F1x.3 Síndrome de abstinencia

Es el conjunto de síntomas, a diferentes modos y niveles de gravedad, que se genera cuando hay una abstinencia absoluta y relativa de una determinada sustancia, tras un consumo reiterado. Puede complicarse con convulsiones. Los síntomas varían según la sustancia consumida. Los trastornos psicológicos como ansiedad, depresión, y de sueño son rasgos frecuentes. Los cuales desaparecen generalmente cuando se consume de nuevo (p.105).

F1x.4 Síndrome de abstinencia con delirium

Este trastorno presenta síntomas prodrómicos típicos: insomnio, temblores, y miedo. A veces el comienzo está precedido por convulsiones de abstinencia. La triada clásica de síntomas consiste en obnubilaciones de la conciencia y estado confusional, alucinaciones e ilusiones vividas en cualquier modalidad sensorial y temblor intenso. Pueden aparecer también ideas delirantes, agitación, insomnio, inversión del ciclo sueño-vigilia y síntomas de excitación del sistema nervioso vegetativo (p.107)

F1x.5 Trastorno psicótico

Está caracterizado por alucinaciones vívidas, falsos reconocimientos, ideas delirantes (a menudo paranoide o de persecución), trastornos psicomotores (excitación, estupor), y estados emocionales anormales, que va desde el miedo intenso al éxtasis, aunque con un cierto grado de obnubilación de la conciencia, que no llega al grado de un estado confusional grave (p.107). Incluye alucinosis alcohólica, celotipia alcohólica, paranoia alcohólica, psicosis alcohólica sin especificación (p.108). El trastorno psicótico puede ser de tipo esquizofreniforme, con predominio de ideas delirantes, con predominio de alucinaciones, con predominio de síntomas polimorfos, depresivos, o maníacos, y trastorno psicótico mixto (p.109).

F1x.6 Síndrome amnésico

Es un síndrome donde el sujeto presenta un deterioro notable y persistente de la memoria para hechos recientes y la memoria remota se afecta en algunas ocasiones, mientras que está conservada la capacidad de evocar recuerdos inmediatos. También suelen estar presentes trastorno del sentido del tiempo, con dificultades para ordenar cronológicamente acontecimientos del pasado y una disminución de la capacidad para aprender nuevas cosas. No siempre presenta confabulaciones (p.109).

F1x.7 Trastorno psicótico residual y de comienzo tardío inducido por alcohol o por sustancias psicótropas

Son estados en los cuales ciertos trastornos cognoscitivos, afectivos, de la personalidad o del comportamiento, debido al consumo de alcohol u otras sustancias psicótropas, persisten más allá del tiempo de actuación de la sustancia (p.110)

F1x. 8 Otros trastornos mentales o del comportamiento

Son otros trastornos en los cuales el consumo puede identificarse como responsable directo, pero no tiene pautas suficientes para incluirse en los otros (p.112)

F1x.9 Trastorno mental o del comportamiento sin especificación (p.112)

2.3 Comunidad terapéutica CETAD

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador implementó Centros especializados en el tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (CETAD), en respuesta a la necesidad de atención desde el sistema público para proveer a la población servicios de prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, e inclusión social. Su consolidación tiene como base La Constitución de la República del Ecuador de 2008, que en su artículo 364 dice:

las adicciones son un problema de salud pública. Al Estado le corresponderá desarrollar programas coordinados de información, promoción, prevención y control del consumo de alcohol, tabaco y sustancias estupefacientes y psicotrópicas; así como ofrecer tratamiento y rehabilitación a los consumidores ocasionales, habituales

y problemáticos. En ningún caso, se permitirá su criminalización, ni se vulnerarán sus derechos constitucionales (Ministerio de Salud Pública, 2015, p.3)

El Ministerio de Salud Pública (2015) establece que el CETAD ofrece un programa terapéutico residencial que entiende la dependencia a sustancias como un trastorno que implica factores biopsicosociales y requiere una intervención integral. El tratamiento está dirigido a personas con diagnóstico F10 a F19 (excluye F17) subcategorías .1, .2. Además, existen criterios de inclusión en cuanto a tiempo, frecuencia, cantidad y tipo de sustancia. Estos son evaluados por parte del equipo interdisciplinario. Se establecen tres factores importantes dentro de lo social, lo individual, y lo familiar; y, se deben cumplir al menos 3 de los siguientes ítems. Dentro de los factores sociales, está el desempleo, incapacidad laboral, deterioro de hábitos sociales, y conducta inapropiada. Los factores individuales son: falta de cuidado e higiene propia, aislamiento, pérdida de autoestima, dependencia económica, fracaso escolar y/o laboral. Los factores familiares incluye la ausencia, rechazo y/o conflictividad familiar, desestructuración familiar y otros problemas clínicamente considerables en el núcleo familiar de convivencia. Por otra parte, los criterios de exclusión son: “retraso mental, trastornos orgánicos, situación psicopatológica no estabilizado, y conductas agresivas” (p.2).

Debido a que el tratamiento tiene un enfoque multidisciplinario y se pretende dignificar a la persona, el Centro cuenta con profesionales de medicina general, terapia ocupacional, psiquiatría, psicología clínica, trabajo social, auxiliar de enfermería, nutricionista, bioquímico farmacéutico y operadores terapéuticos. Los mismos que se rigen bajo el modelo de gestión elaborado por el Ministerio de Salud Pública. Dentro del cual se establece que el área de psicología implemente espacios de terapia psicológica individual, grupal y familiar. El proceso terapéutico individual consta de evaluación y diagnóstico, identificar las problemáticas relacionadas con el consumo, elaborar un plan terapéutico integral e individualizado, promover el desarrollo de habilidades, aptitudes y destrezas en cada usuario que permita la posterior reinserción social, educativa y/o laboral. Por último, evaluar y dar seguimiento de los pacientes una vez concluido el proceso terapéutico residencial. De igual manera, el espacio de psicoterapia grupal busca favorecer la catarsis, el desarrollo de habilidades sociales y de protección frente a factores de riesgo, y, se promueve la cohesión, el sentido de pertenencia, la identificación y la empatía hacia los demás y hacia el programa terapéutico. Por último, la terapia familiar se considera importante pues la familia es

entendida como un medio de apoyo psicosocial que aporta significativamente al desarrollo y al tratamientos del trastorno (Ministerio de Salud Pública, 2015).

El Ministerio ha determinado el tratamiento desde el enfoque cognitivo conductual. El cual establece que: “los estímulos desencadenantes del consumo se sitúan en el sujeto, en su sistema de creencias, lo que explica la frecuente concurrencia de adicción” (Ministerio de Salud Pública, 2015, p.29). También se toma en consideración el enfoque humanista pues permite al individuo la posibilidad de ser responsable de sus propias elecciones, estructurar su individualidad, y, descubrir y desarrollar sus potencialidades. Dentro del cual se utiliza el enfoque y las técnicas del Psicodrama de Moreno.

En el CETAD se estima que la duración del tratamiento residencial sea de 6 meses. El cual varía según la evolución individual y el criterio del equipo técnico. Se trabaja dentro de un contexto de contención y evitación de situaciones de riesgo. Es un espacio con delimitaciones y normativas planteadas para el desarrollo de autocontrol y responsabilidad, acompañados por el equipo técnico. Por lo tanto, se busca reestructurar los patrones de pensamientos, actitudes y conductas mediante la realización de actividades que tienen como fin el desarrollo de fortalezas, habilidades e identificación de emociones y factores de riesgo para el consumo (Ministerio de Salud Pública, 2015).

El tratamiento se divide en dos etapas. La primera etapa es de modalidad residencial. Se inicia con la fase de desintoxicación. Allí se estabiliza al paciente, se trata cualquier complicación médica para restaurar el equilibrio fisiológico de la persona. De ahí se realiza un proceso de evaluación integral por parte del equipo técnico, se establece un diagnóstico para determinar un tratamiento adecuado. En la fase de adaptación, motivación e inicio del proceso terapéutico, el paciente es integrado a la Comunidad lo cual incluye la progresiva otorgación de responsabilidades y equilibrio emocional. Por último, en la fase de integración, afianzamiento y esclarecimiento busca que el paciente tenga un papel activo en su proceso (Ministerio de Salud Pública, 2015).

La segunda fase es denominada: ambulatoria de seguimiento. Es un proceso importante ya que el sujeto debe enfrentar la realidad por fuera de la Comunidad, con el riesgo de posibles recaídas. Por ello se busca que la reinserción sea paulatina y con mayores herramientas personales para desempeñarse socialmente. La reinserción educativa pone al paciente en un proceso de readaptación y nivelación académica. Además, es necesario el desarrollo de

profesiones u oficios para la inserción laboral. En cuanto a la familia, este aspecto es más complicado pues la dependencia a sustancias degenera los vínculos. Se busca la reestructuración familiar donde el paciente pueda incluirse y contar con una red social de soporte, lo cual incluye la familia extendida si no es posible con su familia nuclear. Es así que al cumplir las etapas anteriores, se realiza un consenso del equipo técnico y el paciente para decidir su egreso si se han cumplido las metas terapéuticas. Si es aprobada la finalización de su tratamiento, se procede al acompañamiento y la asistencia a grupos terapéuticos que sostienen a la persona para que no recaiga y se consolide lo trabajado durante el periodo residencial (Ministerio de Salud Pública, 2015).

2.4 Concepto de dependencia desde el Psicodrama

Pablo Álvarez Valcarce (2002), psiquiatra y psicodramatista alumno de Rojas-Bermúdez, explica que desde la teoría psicodramática se entiende la dependencia a sustancias como una compensación de la persona, en busca de ser otro mediante los distintos efectos generados por cada sustancia. Dentro de la teoría de roles, en el rol psicósomático de defecador, la dependencia es entendida como un acto compensatorio. La persona padece al ser incapaz de expresar o elaborar sus ideas o emociones. Busca del otro su aprobación y teme su rechazo. En este rol la persona tiende a confundir lo que piensa con lo que percibe del ambiente; utiliza su soma, sus sensaciones, para comprender lo que piensa y lo que pasa fuera. Mediante el consumo de sustancias logra sentirse y verse con un sentido de omnipotencia, con lo cual compensa su disminuida capacidad de defensa. La sustancia se torna en un recurso que actúa como mecanismo de defensa contra la frustración que produce lo real y el sufrimiento que esto conlleva.

Además, puede entenderse a la dependencia como efecto de la falta o vacíos en distintas áreas dentro de la sociedad y de la familia, por ejemplo en cuanto a la pertenencia, el placer, y la afectividad. Palacios (s.f) y Álvarez (2002), desde su experiencia clínica y psicodramática, mencionan que dentro de las sesiones de Psicodrama surgen repetidamente escenas de vacíos afectivos en la relación con figuras maternas y de sistemas de comunicación cercenados que no permiten el establecimiento de una confianza básica en uno mismo y en los otros. De ahí que la persona dependiente sea egocéntrica, y fantasea con

someter y usar a los demás. Pero al mismo tiempo experimenta intensos sentimientos de desvalorización. Siendo la mistificación una característica general, en ellos la mentira y la manipulación llegan a niveles de alteración en los que no diferencian la verdad de la mentira, lo real de lo fantaseado, e incluso la necesidad del deseo.

De igual manera, es un trastorno ligado con la repetición de pautas de comportamiento esclerotizadas, en vínculos y en roles. Lo cual genera un déficit en el campo de las habilidades sociales, de la asertividad y de la solución de problemas. Para aquello, el tratamiento en una comunidad terapéutica es beneficioso pues provee una red social nueva a la cual puede insertarse y se le permita reestructurarse. Además, aporta a la persona en ser más consciente del rol compensatorios que juega frente a otros (Álvarez, 2002). Su mejoría está ligada con el poder encontrar y desarrollar roles con los que se sienta perteneciente y que es elegido y valorado sin recurrir a la sustancia como vínculo. Por último, la dependencia implica la pérdida del control propio que el sujeto tiene de sí. Lo cual genera que su personalidad se disgregue, que se torne inconexo e incoherente. A su vez, la falta de sinceridad y la desconfianza generada como protección entorpece el proceso de relaciones interpersonales y la relación terapéutica. Por último, una de las consecuencias de la mistificación en el tratamiento es la deserción prematura por considerarse como curado (Palacios, s.f).

3. ESTUDIO DE LA INTERVENCIÓN PSICODRAMÁTICA EN PERSONAS CON DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS

En el presente capítulo se explicará la metodología utilizada, y se detallará cada encuentro psicodramático que se llevó a cabo con la población conformada por un grupo de pacientes varones de diversas edades, en tratamiento residencial en el CETAD Quito. Además, se proveerá de un análisis general sobre los resultados y por participante.

3.1 Metodología

El presente trabajo de disertación parte de la hipótesis de que la intervención psicodramática mejora la espontaneidad y la creatividad en personas con dependencia a sustancias. Por lo

tanto, la intervención no tiene como fin el curar la dependencia, mejorar la adherencia al tratamiento ni reducir específicamente los malestares relacionados a la abstinencia. Para la operacionalización de la investigación se estableció como variable independiente la intervención psicodramática y como variable dependiente la espontaneidad y la creatividad. Para los cuales se tienen los siguientes indicadores: de la variable independiente es caldeamiento, dramatización, compartir; y de la variable dependiente son respuestas adaptativas en escena, cohesión del grupo, insights dramáticos, expresión libre, creación de esculturas, roles y escenas.

HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADORES	TÉCNICAS
La intervención psicodramática mejora la espontaneidad y la creatividad en personas con dependencia a sustancias	Independiente: intervención psicodramática	Caldeamiento Dramatización Compartir	Observación participante Diario de campo
	Dependiente: Espontaneidad Creatividad	Respuestas adaptativas en escena. Cohesión del grupo. Insights dramáticos. Expresión libre. Creación de esculturas, roles y escenas.	Observación participante

Elaborado por: Vallejo Andrea, 2018.

La metodología utilizada es cualitativa, Erickson (1986) (en Quesedo,2002) dijo: “La investigación cualitativa pretende acceder al significado de las acciones desde la perspectiva del actor” (p. 8), en la que se resalta el aspecto humano, los procesos subjetivos. Además, permite la producción de datos descriptivos en cuanto a la conducta observable y las palabras habladas o escritas de la persona. Lo cual es anudado a la teoría, puesto que esta es necesaria para la integración y la interpretación de los datos (Quesedo, 2002). Por lo tanto, se buscará la implementación de un espacio específico, dentro de un marco terapéutico, donde los sujetos con dependencia a sustancias, mediante los lineamientos del Psicodrama puedan poner en acción y palabra su historia, pasada, presente y futura en “el aquí y el ahora”, permitiéndose explorar y reescribir aquello que sostiene su dependencia.

De acuerdo con la metodología, las técnicas para la recolección de datos, el análisis y la sistematización se utilizó: observación y diario de campo. La observación es también

participante debido al grado de involucramiento que el investigador toma al ser director de las sesiones, se lo puede considerar como “parte del mundo que estudia” ya que interactúa con los otros en un espacio temporal determinado; mediante lo cual se obtiene y se produce información y datos dentro de un “proceso reflexivo entre los sujetos estudiados y el sujeto cognoscente” (Ameigeiras, p.125). La observación participante es artificial ya que el observador (director) es un agente externo a la comunidad terapéutica. Para el diario de campo se detallará lo relevante de lo ocurrido, lo observado y lo sentido, dentro de las sesiones, acorde a la propuesta de Ameigneiras de identificación de categorías, codificación de datos, y desarrollos analíticos mediante notas.

Por último, el muestreo es por conveniencia ya que la población seleccionada es accesible debido al trabajo realizado por una de las psicólogas del CETAD Quito en el que utiliza técnicas psicodramáticas para terapia grupal. Dentro de los criterios de inclusión se requerirá que sean varones en tratamiento por dependencia a sustancias dentro del Centro. No pueden ser pacientes ambulatorios debido a que se requiere una asistencia recurrente a las sesiones para el proceso terapéutico, y tampoco pueden ser mujeres debido a la ley que rige esta comunidad terapéutica de tipo residencial.

3.2 Resultados

El CETAD Quito está ubicado en el Hospital Gonzalo González, en el sector La Vicentina. Tiene capacidad para 50 usuarios (pacientes). Actualmente hay 42 pacientes residenciales. El ingreso es restringido y monitoreado por guardias que permanecen de continuo en la puerta. Cuentan con un grupo en WhatsApp para informar al equipo multidisciplinario de usuarios que quieren salir, familiares que quieren ingresar o dejar cosas para los usuarios. Por medio del cual se agiliza la comunicación pues el establecimiento se encuentra un tanto alejado de la guardianía. El espacio asignado para el Centro tiene un comedor, un auditorio, y cuartos distribuidos en dos alas. Hay un espacio para terapia ocupacional donde realizan manualidades, tareas, investigaciones, y cuentan con una computadora con internet. Además, hay una cocina para que aprendan a cocinar, y algunos pacientes realizan ventas de almuerzos o refrigerios para generar ingresos para proyectos. También tienen oficinas y consultorios para trabajo social, terapia ocupacional, medicina, y actualmente hay seis psicólogos clínicos. Dentro de las actividades diarias hay espacios de recreación en la que

juegan ping-pong, fútbol, gimnasio, y tienen un huerto para producir cosechas que deben cuidar.

Previamente a la realización de las sesiones, durante un mes se llevó a cabo un periodo de reconocimiento de la institución y de los pacientes para el establecimiento de rapport. Sin embargo, durante ese periodo de tiempo algunos pacientes fueron dados de alta, abandonaron el tratamiento o iniciaron su proceso terapéutico residencial; por lo tanto se optó por establecer un grupo abierto para la realización de Psicodrama.

Las sesiones se realizaron dos veces por semana, lunes y miércoles, en el tiempo de terapia focal en la cual cada psicólogo trabaja con todos sus pacientes asignados. El horario fue de 3:45 a 5:00 aproximadamente, variando según lo trabajado y las actividades de la institución. Se otorgó un marco de 5 minutos antes de cerrar la puerta, luego de lo cual ya no podían entrar. Se inició el Lunes 16 de abril del 2018 y se tomó en cuenta las primeras 12 sesiones para el estudio. Se suspendieron en varias ocasiones debido a que los pacientes se encontraban en actividades fuera del Centro, por feriados a nivel nacional, y por consumo dentro de la institución, entre ellos uno de los participantes de las sesiones.

Al llegar a la institución, durante el trayecto desde la entrada hasta el espacio designado, se encontraban varios pacientes conversando entre sí, o acompañados de sus familiares. Todos se mostraban atentos y saludaban cordialmente, especialmente con los participantes de Psicodrama. Varios de ellos llegaban muy puntuales y se sentaban afuera de la puerta a esperar mientras conversaban entre sí. El espacio donde se realizaron los encuentros es un cuarto, con piso de fomi y almohadones. Para cada sesión la instrucción fue: dejar los zapatos en el estante de afuera antes de ingresar. A continuación se dará el detalle sobre las doce sesiones realizadas. Las cuales están divididas en las tres etapas del encuentro psicodramático y un análisis de cada una.

Código	Sexo	Edad
Codirectora	Femenino	51
B	Masculino	29
C	Masculino	23
Co	Masculino	25
G	Masculino	24
J	Masculino	24

Ja	Masculino	26
Jr	Masculino	40
L	Masculino	25
M	Masculino	53
Ma	Masculino	50
P	Masculino	35

Elaborado por: Vallejo, A. 2018

Sesión 1: Presentación y conocimiento del grupo

Caldeamiento

Entraron y se sentaron en el piso, arrimados a la pared. Codirectora les dijo que se coloquen en círculo, lo hicieron de inmediato. Para iniciar la sesión se les explicó el horario, el recurso del uso del cuerpo, la dramatización y la libertad que permite este espacio. Se trabajó sobre las expectativas de la intervención terapéutica mediante la realización del ejercicio: completar la frase. Se les entregó un papel y esfero para responder a la pregunta de ¿qué se necesita en este espacio? Cada uno leyó en voz alta sus respuestas. Jr inició voluntariamente y con entusiasmo diciendo: “que no falten”. Luego fueron en orden hacia la izquierda. Mencionaron que en el espacio se requiere: honestidad, sinceridad (J), apoyo (P), tomarlo en serio, puntualidad (Ja), confidencialidad (C) “no hacer chiste de lo que se diga aquí”.

Se les pidió que dejen a un lado las cosas que les estorben. A continuación se les dio la consigna de ponerse de pie en un lugar del aula, cerrar los ojos y empezar a mover el cuello. Mientras lo hacían unos movían otras partes más del cuerpo y otros entre abrían los ojos. Fue necesario repetir durante toda la actividad que mantengan los ojos cerrados. El movimiento fue bajando desde la cabeza por el cuerpo hasta las puntas de los pies. La siguiente consigna fue caminar en el espacio al ritmo de los aplausos, de muy lento a rápido. P puso mucha energía en la actividad. La mayoría o todos caminaban con la cabeza agachada, encorvados. Después, un número iba ligado a una acción: 1 saltar, 2 recoger, 3 estatuas, 4 decir O. Equivocarse les causaba risa. Mientras seguían caminando la consigna fue saludarse con distintas partes del cuerpo. Para el siguiente ejercicio, cada uno debía tomar un papel que tenía escrito vaca o pato. Con los ojos cerrados, haciendo el sonido de su animal, debían buscar su grupo. L fue el último en encontrarles.

Dramatización

Cada grupo tenía que hacer una estatua del animal, pero sin hablar. En ambos grupos surgió alguien que lideró para armar la estatua y posteriormente para moverse juntos.

Compartir

Se realizan comentarios sobre cómo se sintieron durante la sesión y qué piensan al respecto. L comentó que se sentía feo el no poder ver pero, debía confiar en los otros sentidos. J, mencionó el sentir que se comprendían en el grupo aún sin palabras, y crear la estatua (vaca) fue fácil porque estaban conectados. Para P (pato) fue fácil porque alguien dirigió. Ja mencionó sentirse solo, pero en calma, mientras buscaba su grupo. Para Jr también “es más fácil con otros” (apoyo). Además, dijeron sentir angustia y miedo por la falta de control. La codirectora les pide que lo relacionen con la vida de consumo o de ahora. Manifiestan que J: mi familia decía “muu” y yo iba para otro lado. M: la droga era estar con ceguera, en oscuridad. Jr: los ojos cerrados era estar en tinieblas. Para concluir cada uno dice *qué me llevo, qué dejo o qué voy a dar al grupo*: apoyo, todo, experiencias, alegría, amargura. Se ven expectantes, comprometidos al trabajo. Jr añadió: me gustó mucho los juegos y esta terapia, es diferente.

Análisis

Durante los primeros ejercicios (caminar en el espacio) se evidenció mucha rigidez por parte de la mayoría de participantes del grupo. Lo cual se debe posiblemente a una configuración distinta a lo que ellos acostumbran a realizar en terapia grupal. Así mismo, la clase de ejercicios y técnicas utilizadas son novedosas para ellos. Mediante la vivencia y observación de la sesión se evidencia de mejor manera la dinámica interna del grupo. Por último, se buscó establecer la creación de un ambiente en el que puedan expresarse libremente, dentro de un marco de límites preestablecidos.

Sesión 2: La iniciación en el consumo

Caldeamiento

Se les pregunta sobre su semana. Se les pide que se pongan de pie, frente a su cojín piensen y dejen lo positivo y negativo de estos días; y lo saquen (colocan los almohadones en la

esquina). Se les da la consigna de que comiencen a caminar en distintas direcciones. Esto genera comentarios y risas. Se les pide hacerlo en silencio, y presten atención a su postura, como una marioneta, con un hilo que los jala para arriba. Ahora cuando se cruzan con alguien deben decir algo que hacen bien. Después algo que hacen mal. Y de manera resumida compartan su inicio en el consumo. Todos sentados en círculo, se pide un voluntario para trabajar su historia sobre el inicio de consumo. J se ofrece rápidamente. Relata su historia, se asigna roles, con entrevista de rol, y se procede a escenificar.

Dramatización

La codirectora comienza a dirigir: asignar roles a los compañeros, inversión de roles, espejo, doble, y concretizar la voluntad, el afecto y la consciencia. La escena es que a los 11 años, un vecino (mayor a él) le encargaba droga para que no le descubran a él. J acepta. No le cuenta a nadie. Su madre ve TV, “no pregunta, no le importa, no le cuida, no le protegió”. Por curiosidad prueba y empieza a consumir. Hace modificaciones a la escena, añade afecto a la madre y voluntad así mismo. Con su voluntad saca al amigo de escena y no acepta guardar la droga. Codirectora sigue trayendo al amigo a escena y no hay cambio en la madre. J dice que hubiera querido consciencia en el amigo de que él “era solo un niño”. Se arrepiente de no haber tenido voluntad y razón de decir no. Anhela la protección y el cuidado de la madre. Al final habla con la madre, quién lo abraza, con voluntad y afecto. Su rostro muestra felicidad, nostalgia.

Los roles fueron asignados por el Protagonista: C es voluntad, L es afecto, M es el amigo, Co es la madre, P es él, y la consciencia es la almohada.

Compartir

Se realizan comentarios sobre el trabajo realizado con el protagonista y cómo se identifican con él. J dice sentir frustración y decisión. Los demás dicen identificación. L dice estar callado porque pensaba y lo asociaba con su historia. Para finalizar dicen una palabra de lo que se llevan hoy: fuerza, apoyo, decisión.

Análisis

En menor o mayor grado, durante la sesión, se propuso correlacionar las frustraciones y los conflictos con la aparición de la sustancia. Además, se busca mejorar los niveles de objetividad y autocrítica, e incrementar el sentido de realidad de la persona. Se observa que

les resulta difícil reconocer y poner en palabras sus emociones, de proponer y actuar en el cambio que quisieran. Otorgan con facilidad la culpa o responsabilidad a otros. C muestra poca espontaneidad y creatividad. M habla mucho y se desvía de la conversación. Co es asertivo con lo que dice. L es callado. P es quién más participa, entiende y es acertado en su hacer y sus palabras. Tal vez es el resultado del proceso de tratamiento en el Centro pues, del grupo, es quién más tiempo lleva ahí.

Sesión 3: El tiempo, el futuro y los proyectos de vida

Ja fue dado de alta tras la finalización de su tratamiento. M abandonó el proceso terapéutico del CETAD. Co no asistió por visita familiar.

Caldeamiento

El caldeamiento físico consistió en mover progresivamente las partes del cuerpo. Después, sin hablar, debían mover sus manos, ir juntándose, e interactuar. Se sentaron en círculo en el piso. Con las cartas asociativas OH se habló del uso del tiempo, de personas significativas, de la droga, y de la proyección al futuro. La mayoría inició el consumo por la pareja o fue sostenido por ella. Las personas significativas para ellos son sus familiares (hermano, pareja, madre, terapeuta). Se proyectan a un futuro sin consumo. Comparando dicen que dan un mejor uso al tiempo ahora. Algunos se sostienen en la fe, la esperanza, la ganas de retomar o iniciar caminos cristianos. Se les solicita caminar viendo las cartas de los demás y elegir las que más les gusta, en las que se relacionan. Todos eligieron sus mismas cartas. J propone agrupar las cartas y hacer una sola historia. Entre todos armaron seis agrupaciones de tarjetas: caminos, pasado, futuro, familia, esperanza, cambio.

Dramatización

Se realizó el *rol play* de las diferentes agrupaciones. La consigna fue caminar, en el rol, y decir lo que quisieran al grupo. La segunda vez cambiaron de roles, y en la tercera, podían estar más de una persona por rol. Lo cual ocurrió en el rol de pasado y familia. Posteriormente, la consigna fue asumir el rol de sí mismo pero de acá a 5 años. Mientras caminaban, se reencontraban con los demás. Hicieron una escultura grupal (en círculo, dados las manos, en puño, hacia el cielo). Respirar profundamente, mirar a quienes están a su alrededor, sentir, y guardar aquello en su memoria.

Compartir

Durante el compartir, debían decir una palabra de lo que se llevaban hoy. El común denominador fue: esperanza.

Análisis

En esta sesión se pretende mejorar la capacidad adaptativa, incrementar el aprendizaje desde la propia experiencia, y mejorar la capacidad de concretizar. Lo cual sucedió y se vivenció como un efecto de tele², de sentirse como uno solo con el grupo. Observo que la pertenencia, cercanía, e identificación con el grupo es mayor; se se da una situación de apoyo, de comprensión sobre la vivencia de los otros partiendo de las similitudes de sus historias.

Sesión 4: Imagen que tengo de mí mismo vs. la imagen ideal

No estuvo P y C porque tuvieron una entrevista en la radio, y, L tuvo permiso médico.

Caldeamiento

Se empieza el caldeamiento con preguntas acerca de su día y su semana. La primera consigna fue respirar profunda y controladamente, ir moviendo las partes del cuerpo que se iban mencionando. Se realizó un ejercicio de espejos. Jr con G y J con C. Uno debía ser el espejo e imitar los movimientos del otro. Jr y G demuestran menos compromiso con la actividad, su interacción es más rigidez que espontaneidad. Mientras que J es el más espontáneo y creativo del grupo. Cambio la consigna a un circuito de distorsiones: agrandar, en reversa, y otros. C va aumentando progresivamente su compromiso, sus movimientos son más marcados y más creativos.

Dramatización

Se pidió un voluntario. J se ofrece. Se le da la consigna de pensar en: “podrías ser cualquier cosa o animal, pero no persona ¿Qué es lo que nunca serías?”. Se le solicita que trate de representar con su propio cuerpo ese objeto o animal como si fuera una estatua, para que uno de sus compañeros lo imite. Además, soliloquio por parte del protagonista: qué siente y piensa ese objeto o animal. Luego la segunda consigna: "En esa nueva existencia futura, ¿qué es lo que más te gustaría llegar a ser, sin ser persona?". Por último, una tercera consigna:

² Como se mencionó en el capítulo dos, Moreno (1995) define tele como “el conjunto de procesos perceptivos que permiten al sujeto una valoración correcta de su mundo circundante” (Rojas-Bermúdez, 1984,p.63)

"Si hoy fueras una cosa o animal, ¿Qué serías?". J elige la babosa y pide a Jr asumir ese rol. Él lo hace muy comprometido, se acuesta con la barriga al piso y se retuerce como babosa. En la segunda consiga dice fénix y escoge a G para representarlo. Para la tercera pregunta dice caballo, C lo representa. Se realiza el mismo ejercicio con un segundo voluntario. C, primero dice un ratón y le designa a Jr. Segundo dice oso y familia: G (él-oso), Jr (osa), J (oso bebé). Por último, elige un águila y a J para representarlo.

Compartir

Durante los comentarios a Jr se le pregunta cómo se siente al haber sacado una carta de ratas la anterior sesión y hoy representar a una. Con un tono negativo, de derrota, dice que tiene sueños con esos animales, y no sabe por qué, ni por qué le eligen para esos papeles (rata y babosa). C le dice a Jr que lo eligió porque "así te veo, siempre agachado la cabeza". Jr se pone a la defensiva, no escucha lo que le dicen sus compañeros. No se continúa con aquello, sino que se pasa a otro de los participantes. Los demás expresan el deseo de resurgir, luchar, y no volver a consumir.

Análisis

Se considera que hay mayor *insight*³ dramático y mejor capacidad de autopercepción para aumentar el sentido de realidad de los participantes. Además, mediante la utilización de elementos simbólicos se puede evitar, en mayor o menor grado, las defensas vinculadas a la identificación con personajes humanos. Esta actividad permite dramatizar en "el aquí y ahora"⁴ el vivir lo que rechaza y la búsqueda interminable lo que desea.

Sesión 5: Estados afectivos negativos

Caldeamiento

Se les pide tomar asiento en el piso y contar al grupo sobre su fin de semana. J, C y P dicen que muy bien por el programa del día de la madre del sábado. C cantó y los demás participaron en el mimo, títeres, etc. Pasaron bien. Es una sorpresa que Jr entre muy animoso, moviéndose entre caminar y saltar. La consigna es ponerse de pie y caminar según la emoción que sienten. Se percibe que no se conectan con el ejercicio. Excepto J, quién

³ *Insight* dramático es entendido como "toma de conciencia o descubrimiento de un nuevo aspecto producido por la acción dramática" (Castanedo et al., 2000)

⁴ Aquí y ahora es "el lugar y el momento en que está ocurriendo una acción" (Castanedo et al., 2000).

manifiesta conexión con la alegría. Se cambia la consigna a: representar la emoción opuesta, les cuesta, ninguno lo logra. Sentados en círculo, en el piso, se les pide que piensen y compartan situaciones actuales en las que se sientan tristes o ansiosos. La mayoría menciona tristeza al extrañar a su familia (madre, hijos, esposa). C dice que al escuchar música triste. P: “por el pie no puedo ser pulga, y ansiedad de no saber cómo está mi familia”.

Dramatización

P es voluntario. Se inicia con teatro espontáneo, narrando una escena de cuando se siente triste. En la mañana es cuando más piensa y extraña a su familia. P se pone a llorar, la directora pone la mano en su hombro, se le da un tiempo y se arma la escena. Está él en su cama, despierta, piensa y extraña. Pregunto quién más está ahí. Añade amigos del CETAD que son de apoyo para él. J es él, Ja son amigos. Relata con mucho detalle cómo se siente y se va entre pasado-futuro. Se decide cambiar a Psicodrama.

En la primera escena se explora el pasado. Cuando él estaba en su casa, no les hacía caso, no pasaban tiempo juntos. Se hace inversión de rol con hijo menor (C). Lloro y dice que hubiera querido tiempo con él para jugar, comer, etc.

En la segunda escena, en su presente despierta, solo, extrañando, pensando. Se da ánimo para seguir, por ellos.

En la tercer escena se ve en el futuro despertando en la cama con la esposa (Ja), el hijo menor (C), y los hijos (G y J) en otro cuarto. Les despierta, hacen el desayuno y planean actividades juntos. Se ríen, están felices.

Compartir

Todos sentados en el piso, hablan sobre cómo se identificaron con sus propias vidas. Ja les dice que en su experiencia, en el CETAD, para luchar con la soledad le servía estar con los otros, molestar, compartir. Jr menciona que se va con más animo después de la sesión “aunque no hice nada hoy”, pues no fue elegido para ningún rol.

Análisis

Se observa que J es cada vez más espontáneo y creativo dentro de lo actoral. La mayoría tiene una idealización del futuro, de estar con sus seres queridos juntos y sin problemas. Se logró que reconozcan estados de ansiedad y angustia, las situaciones desencadenantes de

tales estados, y mejorar la capacidad de comunicarlos de manera verbal y no verbal. Además, se promovió en ello la búsqueda de alternativas para enfrentar esos estados.

Sesión 6: El valor de las drogas

Caldeamiento

La consigna es mover las partes del cuerpo. Luego según la parte del cuerpo que menciono, esta es la que dirige el movimiento. La siguiente consigna es caminar siendo un animal, el que podía tener sonido o no. Después, ser el animal contrario al que eligieron.

Dramatización

Se realiza un sociodrama. Toma lugar en un barrio, en el que posteriormente entra la droga. J es doctor, Jr es profesor, L es padre, P es tendero, C es hijo, G es droga. Cada uno adopta un espacio y una postura que represente su papel. De uno en uno se hace entrevista de rol. Después entra la droga y va convenciendo a cada uno, ofreciendo cosas positivas. Con aquello se vuelve a cada personaje y con soliloquio entender qué y cómo cambió con la droga.

La escena cambia cuando hay un accidente, y ellos deben ayudar a la persona (Cr). L se queda arrimado a la pared y no hace ni dice nada. Los demás intentan ayudar, moviéndole, hablando incoherencias entre ellos, pero no logran ayudarlo. Esta escena se vuelve a repetir pero con ellos en estado de sobriedad.

Comentarios

Al comienzo dicen que no hay beneficios, que la droga es mala. Sin embargo, logran reconocer y expresar los beneficios que obtenían durante el efecto: tranquilidad, felicidad, dinero (estafar), poder, amigos, quietud (consumir solo Jr). Además, se identificaron con escenas de su vida en inicio de consumo, o situaciones de accidentes. Codirectora les dice: no usar máscara ni negación, tenía un beneficio momentáneo o ilusorio, pero era lo que buscaban: sentir felicidad, amigos. G y P: “ahora me hace caer en cuenta. Los problemas que desencadenaba”. Para finalizar, cada uno decía en una palabra “de hoy me llevo”: paz, aprendizaje, tranquilidad.

Jr se sentó con piernas hacia el pecho, en movimiento pendular, retraído, haciendo muy poco contacto visual. L estuvo bastante callado, en el rol no hace, no acciona; menciona sentir estar como en shock. C no habla mucho pero lo q dice o hace es adecuado, en el rol le faltó mayor creatividad o quizá la consigna no fue clara.

Análisis

Durante el *rol-play* de animales, se permiten expresarse de forma más libres, con mayor creatividad y espontaneidad. Jr se compromete haciendo sonidos y movimientos, metiéndose en el papel. En momentos se ríen de él pero continua. P usa recurso físicos, es creativo y expresivo. Lograron reconocer los intentos adaptativos que encierra el consumo y los cambios que se producen mientras duran sus efectos.

Sesión 7: Los límites en la vida

Hay dos pacientes nuevos: Ma y B.

L está en la pared derecha acostado. Los demás en la izquierda Ma, P, Jr, C, B. J entra al último, se sienta cerca a la puerta. La codirectora habla de la salida de G del CETAD por incumplimiento de normas.

Caldeamiento

Se explica la modalidad de las sesiones a los nuevos participantes. La primera consigna es mover distintas partes del cuerpo, con los ojos cerrados. B los abre, y se repite la consigna cada vez y los cierra. Se les solicita caminar en círculos, e ir diciendo en voz alta distintas palabras en asociación libre a “no”. Luego, mientras caminaban en el espacio debían decir “no” en distintos tonos y en distintas emociones. Se les pide que se ubiquen en dos grupos y propongan situaciones donde haya límites y reglas. Ellos dicen un partido de fútbol y en el auditorio del Centro.

Dramatización

Dramatizan una escena por cada situación. Después deben elegir una, cada grupo vota por sí mismo, pero un equipo tenía más miembros entonces se desarrolla la escena en el auditorio del CETAD durante una asamblea. J es psicólogo, L es pasante, y los demás son pacientes. Recrean la escena, con la consigna de romper las reglas y límites. P lo hace, un poco. Los

demás no. Jr y B se " duermen". Se les repite varias veces que pueden hacer lo q sea, lo que quisieran. L les bota los cojines a los demás, ante esto solo se ríen.

La siguiente consigna es crear e imponer una regla. P crea la regla de hacer silencio. Les dice por favor silencio, pero no le hacen caso. Lo repite un par de veces y se da por vencido. Luego J propone: no salir del aula. Se crea un círculo con cojines como referencia de dónde no salirse. Todos se salen menos Jr. J les ofrece fruta si le hacen caso, y todos entran. B propone: no hablar a la vez que otra persona. Pero no trata de que la cumplan, solo se ríe. Dice un par de veces "hagan silencio" y termina.

Compartir

Se sientan en círculo y comentan que es difícil "incumplir" o "hacer cualquier cosa" cuando no hay prohibición. Acuerdan en que no hacen caso porque se confían, les gusta acercarse al límite. Además, hablan sobre esconder las cosas pues si no se enteran, todo está bien. J habla de límites con el grupo del Centro pues en ciertos "juegos" él no está de acuerdo: "no dejarse tocar ni jugar ciertas cosas". P lo relacionó con el limitar el contacto con su familia para decir no a la droga (tratamiento). Se concluye que es útil como muestra de respeto, y para no generar caos.

Análisis

El objetivo de la sesión fue reconocer el valor funcional y adaptativo de los límites, la importancia del "no", y ensayar formas para establecer límites. Les cuesta aún entender la diferencia del espacio psicodramático respecto a otras terapias. Además, su espontaneidad y creatividad se vio coartada, quizá por el cambio de composición del grupo, por los problemas en la "casa" y la premura de cumplir las normas para no ser sancionados.

Sesión 8: comunicación no verbal

Caldeamiento

Todos sentados en el piso, se les pregunta sobre su semana. Se les pide que se pongan de pie y caminen en el espacio, que se fijen en mirar detalles del salón, de las cosas que quizá no se percataron antes. Que piensen en su villano preferido y sus detalles: la forma, estatura, color, poderes, etc. Y lo representen con su cuerpo, a forma de estatua. La consigna es que

no pueden hablar, deben usar otros recursos para comunicarse. Retoman el movimiento desde el personaje con la consigna de interactuar con los otros.

Dramatización

La escena gira en torno a un presidente secuestrado por un grupo de villanos y el otro grupo intenta rescatarlo. Se dividen en dos (secuestradores) y en cuatro (rescatistas). Los cuatro logran llevarse al presidente (almohada) y se enfrentan con los otros. Se potencia el contacto visual y la comunicación no verbal. Sin embargo, después de unos minutos se tornan muy agresivos físicamente: le pusieron de cabeza a L, y Jr le pateaba, C usaba su fuerza para que no se acerquen.

Compartir

Analizan el cambio de bandos, en el que el bueno se vuelve malo. Lo asocian con el comportamiento que tenían para consumir, en el que engañar o robar estaba justificado por la necesidad de consumir.

Análisis

La agresividad es un reflejo de su manera de relacionarse con los otros que sucedía alrededor del consumo y como desfogue del mal día o emociones no elaboradas. A Ma le cuesta regirse por la consigna de no hablar.

Sesión 9: Manipulación

Caldeamiento

Durante el caldeo se arman parejas en la que uno es marioneta y el otro titiritero. En el comienzo se les dificulta pensar cómo mover al otro y qué hacer. Sin embargo, progresivamente va mejorando. Luego, cambian de roles y el titiritero se convierte en marioneta. Después se sientan en el suelo y con las cartas SAGA, se les pide que tomen tres. La primera carta son ellos, el protagonista, la segunda es cualquier personaje, y la tercera es el antagonista. Con ello cada uno crea una mini historia. Jr es al que más le cuesta crear, y Ma no logra comprender las consignas. Cada uno comparte su historia. Se les pide que se unan en dos grupos y dramatizen una historia.

Dramatización

El primer grupo, P, J, B, y C, dramatizan a reyes que tenían un reino bueno y próspero pero un brujo quiere hacerles daño. Un cuervo le avisa al rey, y él manda a matar al brujo. En el segundo grupo, Ja, Ma, Jr, L, la escena fue de una mujer, que su esposo le era infiel, y manda una bruja y un dos-cabezas a matarle. Y le manda una nota a la esposa contándole que mató al amante.

Compartir

Comentan sobre ser marionetas de las emociones, las drogas, y las personas. Pero también ellos eran titiriteros porque son o eran manipuladores de otros. Ja dice como ejemplo el manipular a la tía para que le de plata. Discutieron sobre si la manipulación es buena o mala o ambas. Sobre las escenas, J dice que el final feliz fue muy fácil y la vida no es así. En el segundo grupo, Ma lo identifica con su historia de vida.

Análisis

En el grupo, la interacción parte de la agresión al otro. Lograron comprender la diferencia del espacio de encuentro psicodramático con el resto de terapias del CETAD y con una de las metas: permitirse ser. Se observa que Jr es más espontáneo, se ve más feliz, más desenvuelto. Parte de aquello tiene que ver con Ma que es mayor que los otros, como par, fluyen más juntos.

Sesión 10: Poesía

Faltó P por salida de trabajo.

Caldeamiento

El caldeamiento parte de la respiración, con ojos cerrados. Se les pide que tomen un espacio del aula y se sienten o se acuesten. Con los ojos abiertos, la consigna es que vayan contrayendo el cuerpo, lo más que puedan. Comienzan a contraerse pero muy poco, así que pido que cierren los ojos y se contraigan aún más. Algunos empiezan a emitir sonidos de molestia. Pido que se contraigan un poco más, y suelten, se relajen, que lleven su cuerpo a la posición opuesta de contracción, hacia la apertura. Se van relajando, la mayoría se acuesta. La siguiente consigna es que empiecen a dar movimiento a su cuerpo, progresivamente, hasta

crear un baile. En el moverse Jr y J son muy expresivos, mientras que L y Ma son muy poco expresivos con su cuerpo, pero de a poco van soltándose.

Dramatización

Se les pide que cada uno saque su poema. Algunos lo escribieron, otros lo sabían de memoria. Se les solicita que reciten el poema con el cuerpo, que intenten dramatizarlo lo más posible. Dicen no entender muy bien la consigna, vuelvo a explicar y lo intentan. Los temas giran en torno al amor y lo bonito de la vida. Les cuesta pensar creativamente en cómo representarlo.

Compartir

Sobre el primer ejercicio mencionan que el contraerse lo relacionaron con consumo, aislamiento, autosuficiencia. Mientras que en el relajarse, la apertura fue: felicidad, relajación, ayudar y recibir ayuda. Concluyeron que es necesario buscar el equilibrio entre apertura y protección. Permitirse sentir, expresarse, ayudar y/o pedir ayuda. J relacionó el contraerse con el aislamiento que ocurrió por el consumo, y la creencia de autosuficiencia. Jr lloró al comentar sobre el primer ejercicio pues menciona que le recordó a su tiempo en la cárcel.

Análisis

Los dos nuevos participantes aportaron mucho a la nueva dinámica del grupo. Se ve a un grupo más abierto, más espontáneo y más creativo. Sin embargo, aún es necesario continuar mejorando aquello y desarrollando sus potencialidades.

Sesión 11: Relaciones

Faltaron P por salida de trabajo, y Jr.

Caldeamiento

La consigna es ponerse en parejas para que uno sea carro y el otro conductor. Por el número se crea un trío. Se eligen J, B y C; y, queda L con M. La dirección del “carro” se da con señales, no pueden hablar. Para todos son las mismas: tocar la cabeza es la bocina, y tocar el hombro derecho o izquierdo dan la dirección. Se dan tres modificaciones a lo largo del ejercicio: que el “carro” vaya con ojos abiertos, ojos cerrados, y luego cambio con el

“conductor”. A Ma le cuesta no hablar, B va con las manos extendidas para no chocarse (por desconfianza en J quizá). Se les pide que compartan con sus compañeros de ejercicio a cerca de la actividad.

Después se les dice que se tomen de las manos, y mientras uno completa en asociación libre la frase dada, la otra persona escuchar con atención, mirándose a los ojos, sin juzgar ni responder. Las frases son “la vida es” y “las relaciones son”. Después lo comentan en grupos. Posterior a esto, sentados todos en un círculo y comentan sobre las actividades. Para así pensar sobre la relación más importante en su vida. B menciona a su madre y se le pide que piense en una situación difícil con ella, y menciona la escena en que le contó sobre su dependencia. L pide hablar y menciona una escena con su familia y dice “no sé por qué les cuento”, se le pregunta si quisiera trabajar sobre aquello, pero responde que no.

Dramatización

Se toma la escena de B de cuando le dice a la mamá y al papá del consumo y de su traslado de Manta a Quito. Durante la dramatización se muestra nervioso, juega mucho con sus manos, y se ríe. Demuestra que no se sumerge en la escena, que cuando empieza a conectarse “huye” de aquello. Se realiza inversión de roles, doble, espejo, soliloquio.

Compartir

Mencionan las amistades de consumo, el cómo se puede ser influenciado o influir en otros. Para la mayoría la relación en pareja o de familia es lo más importante. Reflexionan sobre los conflictos que ocurren y su rol dentro de cada relación.

Análisis

El Psicodrama está permitiendo que afloren cosas que necesitan ser elaboradas y aquello contribuirá a la mejora global de la persona.

Sesión 12: Situación en incremento

Caldeamiento

Para empezar la sesión se les pide que se pongan de pie, cierren los ojos y respiren profundo, lo repiten un par de veces. Y que imaginen la peor situación posible que pudiera pasar en el día del alta, el día que concluyen el tratamiento y salen del CETAD. Mencionan el volver a

consumir, problemas, y P dice “que mi familia no venga a la ceremonia del alta”. Se toma esa situación para la dramatización pues está próximo a concluir su tratamiento. Se indaga en por qué no vendría la familia y que asigne roles.

Dramatización

La primera escena es su esposa e hijos en la parada y no pasaba el bus. A ellos se les dice que tienen la consigna de ir empeorando la situación, con lo que se les ocurra. B es esposa, J el hijo, C es la hija, L y Ma son hermana y cuñado.

B propone que el hijo fue atropellado y está en el hospital. Ante lo cual P reacciona en ir corriendo hacia ellos. Luego la hija (adolescente) le dice que está embarazada. La hermana le dice que no saben quién es el padre. El cuñado le dice que la esposa le fue infiel. P se para a lado de la esposa, se sostiene de ella, se pone la mano en el corazón, mira a la directora y dice: por qué me hacen esto, mire sienta mi corazón, estoy hasta sudando. Se le pide que de alguna respuesta ante las noticias. Dice que apoya a su hija como su madre hizo con él. Su respuesta fue estar ahí con ellos, y mencionó que no volvería a consumir en ese momento. Ante eso Ma dice que él tendría las ganas de consumir, y lo haría como antes, pues ya le ocurrió cuando murió su exesposa. J le contradice diciendo que ahora tendría más herramientas para enfrentar aquello. Ma no escucha y se mantiene en la certeza del consumo, pues así lo hizo antes. Se les permite argumentar por un momento y luego se detiene pues ninguno escuchaba lo que el otro decía.

Compartir

P y J están de acuerdo en que no consumirían, en ese momento, y afirman que ahora con las terapias tienen más herramientas para enfrentar la vida para no hacer lo mismo de antes. B añade que hay que aprender a valorar lo que se tiene. L permanece en silencio. C apoya la afirmación de J.

Análisis

P y J son más espontáneos y creativos, son los que más se entregan a los ejercicios del Psicodrama; y se permiten vivir o revivir escenas pasadas, presentes y futuras. C es bastante creativo pero un poco más “reprimido” que P y J. Sin embargo, los participantes han ido cambiando su repertorio de conductas y respuestas frente a las situaciones propuestas, especialmente ante dificultades imprevistas.

Análisis general

Los pacientes mencionan que después de los dos meses de trabajo “se sienten mejor”. Que les ayuda a recordar muchas cosas, ponerse a pensar y actuar les hace bien. Se han dado cuenta de “las cosas que hacían mal, su forma de pensar y sus afectos han cambiado”. Antes los cambios notorios sus familias responden positivamente, y esto a su vez les incrementa la fuerza para “seguir adelante”. Además, su autoestima mejoró, reconocen ciertas potencialidades y gustos propios. Ha ido aumentando su control sobre la impulsividad. Ahora afrontan los problemas en vez de evadirlos, son más conscientes de aquello. En cuanto al Psicodrama, lo consideran como una “buena terapia, divertida e interesante”. Son actividades que se relacionan con sus vidas y les ayuda a “salir de la rutina, les hace reír, estar felices, les hace pensar mucho, compartir criterios con otros, y el aprendizaje sobre sus procesos de cambio”.

Durante las primeras sesiones se observa mucha rigidez en la mayoría de participantes. Se buscó crear un ambiente en el que sientan la libertad para expresarse. La dinámica interna del grupo se modificó con la salida de varios usuarios, y el ingreso de dos nuevos participantes aportará mucho a la nueva dinámica del grupo. Se observa un grupo más abierto, más espontáneo y más creativo. Se nota que se permiten ser más libres. El Psicodrama permitió que afloren cosas que necesitan ser elaboradas y aquello contribuyó a la mejora global de la persona. La mayor parte del grupo se vio progresivamente más espontáneo y creativo, con un cambio en su repertorio de conductas y respuestas, especialmente ante situaciones imprevistas.

De igual manera, se logró que reconozcan los patrones compensatorios y adaptativos que encierra el consumo y los cambios que se producen alrededor del consumo. La vinculación e interacción del grupo se da desde la agresión al otro. Esto se evidenció en varias de las actividades psicodramáticas. La agresividad es un reflejo de su manera de relacionarse en el mundo de consumo, y como desfogue de emociones no elaboradas. Por otra parte, la dificultad para reconocer el valor funcional y adaptativo de los límites, por lo cual se pretende ensayar diversas formas para reconocer y poner límites. Se logró que reconozcan estados de ansiedad y angustia, las situaciones desencadenantes de tales estados, y mejorar la capacidad de comunicarlos de manera verbal y no verbal. Pues se manifiesta la dificultad de reconocer y poner en palabras sus emociones, de proponer y de actuar en el cambio que desean. Otorgan con facilidad la culpa o responsabilidad a otros. Además, se promovió la

búsqueda de alternativas para enfrentarlos. Aquello se dio a partir del incremento de *insights* y mejor capacidad de autopercepción para aumentar el sentido de realidad. Por último, el proceso de Psicodrama que se llevó a cabo con un grupo de pacientes varones del CETAD Quito que incluyó las etapas de caldeamiento, dramatización, y compartir en cada sesión, permitió que los participantes, en su mayoría, hayan podido transformar en escena sus respuestas para realizarlas de manera más adaptativa, el grupo logró un nivel mayor de cohesión, durante algunas sesiones ocurrieron insights dramáticos, y que se expresen con mayor libertad en la creación de esculturas, roles y escenas.

Análisis por paciente

B: uno de los nuevos pacientes, realiza las consignas y se compromete por intervalos. Su espontaneidad esta coartada, por momentos propone pero no lo lleva a cabo. Cuando está nervioso lo demuestra con sus movimientos, sus gestos, especialmente la risa. En el compartir, aporta de manera clara y concisa. Es una persona que sabe cómo ser frente a los otros en el grupo. Se permite expresar las identificaciones que encuentra con los demás.

C: es por lo general un participante callado. Ante las consignas responde de manera rápida y adaptada. Durante las sesiones iniciales se lo observa poco espontáneo. Sin embargo, sus aportaciones son muy valiosas y acertadas. Reconoce y es capaz de poner en palabras sus emociones, pensamientos y percepción sobre los demás. A medida que ocurrieron las sesiones, se mostró progresivamente más creativo, dejándose estar presente, pero aún un tanto reprimido. Sus compañeros lo eligen para roles protectores, por su porte físico y su manera de ser.

Co: es callado pero asertivo con lo que dice. Asistió a un par de sesiones desde el proceso de seguimiento, pero la codirectora decidió cambiarle a terapia individual.

G: durante las dramatizaciones es expresivo, colabora con el grupo, dejó de asistir pues fue expulsado del proceso al obtener una tarjeta roja por incumplimiento de reglas.

J: es una persona bastante racional, aprecia las explicaciones de corte más científico pero le gusta el arte, especialmente la música. Desde el inicio de las sesiones se muestra abierto a participar, a compartir sus pensamientos y sentimientos con el grupo. Durante el proceso se evidenciaron momentos de *insight* sobre temas específicos como la frustración, la

motivación de su estadía en el tratamiento, y la importancia de ampliar sus recursos personales para no recaer en el consumo. En las dramatizaciones, en el aspecto actoral fue creativo, proponía personajes y detalles en los roles que se le asignaban o que él elegía. Su capacidad télica se vio aumentada en los ejercicios no hablados, lograba comunicar con su cuerpo y gestos. Además, el grupo seguía y respetaba sus propuestas, fue líder en muchos de los ejercicios. En conclusión, J se tornó en un participante activo de su proceso lo que permitió que su espontaneidad y por lo tanto su creatividad, vínculos y recursos puedan ser potenciados.

Ja: no está muy comprometido, quiere terminar rápido el tratamiento residencial, durante las sesiones propone muy poco. Asiste a un par de sesiones y deja de venir porque le dieron de alta. Continúa con sus estudios y atiende a terapia individual en el Centro.

L: es callado. Comparte con el grupo su historia, sus sentimientos y sus pensamientos; sin embargo, en cuanto a dramatizar se incomoda al desempeñar ciertos papeles, especialmente femeninos. L se mantiene aislado del grupo, no decide cuando se arman grupos, no da su opinión, se mantiene pasivo. Ciertos temas movilizaron cosas en él, pero se rehúsa a explorarlas psicodramáticamente.

M: habla mucho y se desvía de la conversación. Se mantiene alejado del grupo, no toma iniciativa, es muy poca su intervención. Decide retirarse del proceso del CETAD por cuidar a sus perros, lo cual es desmentido por la hermana.

Ma: le cuesta regirse a las consignas, en especial los ejercicios de no hablar. No se compromete con el proceso, en las sesiones permanece distante del grupo, en una esquina generalmente. No tiene momentos creativos ni dentro ni fuera del rol, da muchas explicaciones o justificaciones de lo que hace. Su discurso es repetitivo. No acepta ni entiende las sanciones que le da el equipo técnico, considera todo como injusto. Sin embargo, en las últimas sesiones, menciona sentirse en cohesión con el grupo. La relación con sus compañeros es más estrecha y eso le permite desenvolverse más espontánea y creativamente en los encuentros. Algunos de los juegos realizados le remiten a su infancia y el deseo de retomar los valores que la madre le inculcó y que “le mantenían en el camino del bien”.

P: es bastante activo en los encuentros, inclusive con un esguince de tobillo. Es muy expresivo, es quién más participa. Es de los primeros en llegar a las sesiones, de compartir, y de poner parte de su mundo interno en escena. Logra comprender y es acertado en su hacer

y palabras. Tal vez es el resultado del tratamiento en el Centro pues, del grupo, es quién más tiempo lleva ahí. Se conecta con las dramatizaciones. Se permite sentir, y explorar distintas situaciones. Tiende a idealizar la vida fuera de la institución. Durante los últimos meses ha consolidado sus creencias, y herramientas para vincularse más adecuadamente, en especial con su familia.

Jr: en un inicio se muestra retraído, camina un tanto encorvado y lento. Por momentos es difícil comprender lo que dice por su dicción. Se muestra poco expresivo, poco comunicativo. Sin embargo, a medida que fue confrontado, se volvía más demostrativo y seguro de sí. Se compromete en el caldeamiento haciendo sonidos y movimientos, metiéndose en el papel. Cuando representa un animal lo hace corporal y sonoramente. En momentos se ríen de él pero continua. Al ingresar o retirarse de la terapia sonrío más, camina diferente, con más fuerza, más erguido. Se evidenció el cambio en su cuidado personal y aspecto físico, empezó a ir a los encuentros peinado y con mejor ropa. Toma iniciativa en las propuestas escénicas, en el qué y cómo. Parte de aquello tiene que ver con Ma, que es más cercano a edad que los otros, como par fluyen mejor juntos. Menciona que ahora tiene más control sobre sus emociones “para no explotar” y maneja de maneras más adecuada su frustración. Se observa que es más espontáneo, se ve más feliz, más desenvuelto.

CONCLUSIONES

La intervención psicodramática contribuye a mejorar la espontaneidad y la creatividad en la mayoría de personas con dependencia a sustancias. Entendiendo, desde la perspectiva moreniana, que la enfermedad se establece cuando la persona no tiene estimulación de la espontaneidad y se torna dependiente. Además, como funciones inherentes al ser humano, estas potencian en la persona el desarrollo de recursos psicosociales que le permiten afrontar la vida de manera adaptada.

Las técnicas psicodramáticas fueron beneficiosas para el trabajo en terapia grupal pues permiten proveer de un espacio dónde el sujeto sea visto, escuchado, y transformado. Es así que el enfoque moreniano con personas dependientes a sustancias permite que el sujeto viva en escena las distintas situaciones pertenecientes a varios tiempos y espacios; lo cual genera *insights* con efecto catártico que posibilitan el cambio puesto que amplía la mirada y la esfera

de acción en cuanto a diversos aspectos biopsicosociales de la persona que convergen en la dependencia.

La intervención psicodramática con pacientes del CETAD Quito con dependencia a sustancias permitió la consolidación de un grupo terapéutico, en el cual los participantes encontraron y dieron apoyo, convirtiéndose en agentes terapéuticos. En el grupo se generaron vínculos desde una interacción diferente a sus redes de consumo. Se permitió la rematrización de sus roles, la catarsis de abreacción e interacción sobre sus historias y sus deseos a futuro.

Los pacientes se permitieron experimentar y disfrutar de su espontaneidad. Fueron rompiendo paradigmas y esquemas de comportamiento, permitiendo que aflore su creatividad. Tras los encuentros de Psicodrama los participantes aprendieron a conocerse desde sus propios cuerpos, mejorando su comunicación no verbal, transformándose a sí mismos y a su relación con los otros.

RECOMENDACIONES

Promover el uso de Psicodrama en espacios clínicos y sociales como método de prevención y tratamiento para la salud mental de la población ecuatoriana.

Continuar con los estudios en la población ecuatoriana en cuanto a dependencia a sustancias desde una visión más amplia que abarque todos los posibles factores que generan y sostienen el consumo, desde edades muy tempranas.

Profundizar la investigación en cuanto al alcance del Psicodrama, y dar a conocer en más y distintos espacios del Ecuador su enfoque, método y técnicas.

Implementar encuentros de Psicodrama en terapia de familias y terapia grupal de los usuarios del CETAD para mejorar las relaciones sociales, los vínculos, y potenciar los recursos en la familia como red de apoyo para el tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, P. (2002). *Las técnicas psicodramáticas en el tratamiento de las toxicomanías*. Obtenido de http://www.psicodrama.info/Tecnicas_Psicodramaticas_Toxicomanias.pdf
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Obtenido de <http://elcajondekrusty.com/wp-content/uploads/2016/06/Gu%C3%ADa-criterios-diagn%C3%B3sticos-DSM-V.pdf>
- Birmingham Institute for Psychodrama. (2007). *A brief history of psychodrama*. Obtenido de Birmingham Institute for Psychodrama: http://www.birminghampsychodrama.co.uk/resources/history_of_psychodrama.pdf
- Blatner, A. (2005). *Bases del Psicodrama*. México: Editorial Pax.
- Callejo, J., & Calvo, M. (2015). *Guía de intervención en drogodependencia en Terapia Ocupacional*. Madrid: Editorial Síntesis .
- Castanedo, C., Brenes, A., Jensen, H., Lucke, H., Rodríguez, G., & Thomas, P. (2000). *Seis enfoques psicoterapéuticos*. México D.F: El Manual Moderno.
- Fernández, P. (1998/2009). *Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación*. . Buenos Aires: Editorial Panamericana.
- Forselledo, A. G. (2008). *El psicodrama aplicado al tratamiento del consumo de drogas*. Obtenido de UNESU: unesu.info/ddnn.asu/psdfar.pdf
- Gutierrez et al. (s.f). *Comparación de los sistemas de clasificación de los trastornos mentales: CIE-10 y DSM-IV*. Obtenido de Atlas VPM: <http://www.atlasvpm.org/documents/10157/22354/Comparaci%C3%B3n+de+los+sistemas+de+clasificaci%C3%B3n+de+los+trastornos+mentales+CIE-10+y+DSM-IV.pdf>
- Jácome, S. (s.f.). *El Psicodrama: una invitación a seguir soñando*. Obtenido de Campus Grupal: http://campusgrupal.com/images/Articulo_que_es_el_psicodrama_sjacome.doc
- Karp, M., Holmes, P., & Bradshaw, K. (1998). *The handbook of Psychodrama*. London: Routledge.
- Lawton, K. (1999). *Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 24*. Obtenido de U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES : http://64.13.203.81/trainings/156/CEU_pdf_156.pdf
- Ministerio de Salud Pública. (2015). *Modelo de atención integral residencial para el consumo problemático de alcohol y otras drogas*. Obtenido de http://181.211.115.37/biblioteca/promo/ambulatorio/supervision/taller_quito/Taller%2022-10-2015/Modelo%20de%20Atenci%C3%B3n%20Integral%20Residencial%2007_10_2015%20ok-1.pdf
- Montero, N. (2005). *INTRODUCCIÓN AL PSICODRAMA DE MORENO*. Obtenido de Escuela Sistémica Argentina: <http://www.escuelasistemica.com.ar/wp-content/uploads/2013/01/13-PSICODRAMA-MORENO.pdf>

- Moreno, J. L. (1892). *Psicodrama*. Buenos Aires: Ediciones Hormé .
- Moreno, J. L. (1995). *Las bases de la Psicoterapia*. Buenos Aires: Ediciones Hormé .
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE-10 Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico* . Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Palacios, L. (s.f.). *Psicodrama y adicciones*. Obtenido de <http://fispiral.com.es/>
- Peruga, A. (2002). El consumo de sustancias adictivas en las Américas. *Adicciones*, 227/238.
- Quesedo, R. (2002). *Introducción a la* . Obtenido de Revista de Psicodidáctica a la investigación de metodología cualitativa: <http://www.redalyc.org/pdf/175/17501402.pdf>
- Rojas-Bermúdez, J. (1984). *Qué es el Sicodrama? Teoría y práctica*. Buenos Aires: Editorial Celcius.
- Schutzenberger, A. A. (1970). *Introducción al Psicodrama*. Madrid: Editions Universitaires.
- Simonetti, G. S., Maiolino, W. S., & Severino, M. F. (2015). Psicodrama: cuerpo, espacio y tiempo hacia la libertad creadora. *Arteterapia - Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 10, 139-151. Obtenido de http://dx.doi.org/10.5209/rev_ARTE.2015.v10.51688
- Washton, A., & Zweben, J. (2008). *Tratamiento de problemas de alcohol y otras drogas en la práctica terapéutica*. México: Manual Moderno.
- Zubiría, M. Z., & Bustos, D. (2006). *HISTORIA DEL PSICODRAMA* . Obtenido de Arte y Psicodrama: <http://arteypsicodrama.com/pdf/biblioteca/sugeridos/historia-del-psicodrama.pdf>