



Universidad Abierta Interamericana

Facultad de Psicología y Relaciones Humanas

Tesis de Grado en Licenciatura en Psicología

“El psicodrama aplicado en el tratamiento de las adicciones y su relación con la personalidad y la recaída”

Autor: Mancuello Marcelo.

Tutor: Lic. Mestre Claudio.

Abril 2021

Índice

Agradecimientos.....	3
RESUMEN.....	5
ABSTRACT.....	6
INTRODUCCIÓN.....	7
CAP. 1: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
CAP. 2: RELEVANCIA Y JUSTIFICACIÓN.....	11
2.2 Teórica.....	11
2.2 Práctica.....	11
2.2 Social.....	12
CAP. 3: ESTADO DEL ARTE.....	12
CAP. 4: MARCO TEÓRICO.....	16
4.1 Personalidad.....	16
4.2 Recaída.....	18
4.3 Adicciones.....	18
4.4 Historia del psicodrama.....	21
4.5 La comunidad terapéutica.....	29
4.6 El cuerpo en la escena institucional.....	33
4.7 Algunos aportes relacionados al psicodrama y las terapias.....	35
CAP. 5: METODO.....	36
5.1 Tipo de estudio o diseño.....	36
CAP. 6: OBJETIVOS.....	37
6.1 General.....	37
6.2 Específicos.....	37
CAP. 7: HIPÓTESIS.....	38
CAP. 8: MUESTRA.....	38

CAP. 9: INSTRUMENTOS.....	38
CAP. 10: PROCEDIMIENTO.....	39
10.1 Primer sesión.....	41
10.2 Segunda sesión.....	44
10.3 Tercera sesión.....	47
10.4 Cuarta sesión.....	48
10.5 Quinta sesión.....	50
RESULTADOS.....	50
CONCLUSIÓN.....	54
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	56
ANEXOS I INSTRUMENTOS Y PROTOCOLOS.....	61

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar agradezco a mis hijos, Camila Mancuello, Diego Mancuello y Alma Tiziana Mancuello Vorrasi, por acompañarme, amarme y alentarme cada día de mi existencia, por esos tiempos que me regalaron para poder estudiar siendo padre.

A mi querida madre Nélica Susana Mundanú, estés donde estés te agradezco la vida y la pasión que me inculcaste hacia el amor al prójimo, al rol del servicio social y al amor a la vida.

A Simón Fabián Mancuello, mi viejo, papá gracias por ayudarme y acompañarme siempre, por tu amor incondicional, por el amor a los libros, por ser el mejor abuelo y enseñarme con ejemplos de que nunca es tarde y de que no hay mayor tranquilidad de ser honesto con lo que uno sueña sin bajar los brazos.

A mi hermano Claudio Mancuello por aguantarme todos estos años en todos los aspectos, el mejor hermano y amigo que alguien pueda tener.

A María Jazmín Vorrasi por amarme, alentarme siempre y a acompañarme esa mañana para que me anote a esta carrera hermosa.

A Raquel Antoñutti y Sol Vorrasi que hicieron todo lo posible por ayudarme a continuar y terminar este recorrido.

A mis amigos y compañeros de la música, del fútbol, de todos los trabajos estudios y ámbitos por los cuales transitó, a mis amigos de la infancia.

A todo el plantel de profesores UAI que fueron de mucha ayuda y fuente de inspiración humana y ética como Vale Torre, Gabriel Van Oostvelt, Sandra López, Gabriel Ríos, Cecilia Zugazaga,, Maximiliano Preuss, Carolina Maldonado, etcétera., con los cuales aprendí muchísimo.

A Marita Miguez mi madrina, precursora de la carrera y amiga, gracias eternas por brindarme confianza en un momento y lugar donde no era sencillo hacerlo.

A Lía García de Fundación Plural por brindarme su amistad y trabajo de lo que amo, también lugar para desarrollar mi tesis y seguir compartiendo proyectos juntos.

A todos mis compañeros de la facultad con los cuales compartí momentos inolvidables y a amigos que hice para toda la vida y me brindaron su amor: A Gonzalo Clérice, Florencia Villarroel, Graciela Aguilera, Leandro Abad, Aldo Centurión, Florencia Simón, Agustina Meccico, Antonella Siciliano, Antonella Cundari, Nico Grosz, Clara Gonzalez, Rocío Barucca, Antonella Morini, , etcétera.

A Instituto Vathia quienes me ayudan día a día a seguir creciendo en la profesión y a todo el grupo de estudio.

A mi amigo Rodolfo Noriega con el cual compartimos el sueño de llevar adelante Fundación El Camino Hacia Los Sueños y a mis compañeros de Proyecto Núcleo que lo hacen posible.

A Claudio Mestre por ser mi tutor, por permitirme participar de las cátedras en UAI de Psicodrama, Cuerpo y Subjetividad, Teoría y Técnicas de Grupo e Institucional, también por acompañarme todos estos años transmitiéndome conocimiento, cariño, confianza y amistad.

A mi psicólogo Ramiro Ezequiel Bosco quien hoy me sostiene, escucha y acompaña.

Dedico esta tesis a mis abuelos que se vinieron del campo para dar a su familia mejores oportunidades y hoy soy parte de esos sueños.

RESUMEN

El estudio se basó en evaluar cambios en los rasgos de personalidad en adictos adultos varones a lo largo de un tratamiento psicoterapéutico grupal en la Fundación de Recuperación Plural ubicada en la Ciudad de Quilmes, Provincia de Buenos Aires, Argentina. Se evaluaron a 12 casos con los cuales se administraron cinco sesiones con técnicas de Psicodrama. Los participantes fueron evaluados al inicio y al final de la serie de sesiones a través del cuestionario MIPS de estilos de personalidad basado en el modelo de Millon y el DTCQ-8 de Recaída a la Adicción elaborado por Tejero, Trujols y Roca. Se comparó con otro grupo en tratamiento psicoterapéutico individual. Los resultados revelan una eficacia superior con la implementación del Psicodrama: aumento en la búsqueda de estimulación de los demás y en mantener alta la autoestima (Extravertido), disminución de sus propios pensamientos y sentimientos como recursos o fuente de inspiración (Introvertido), aumento de la capacidad de procesar de forma analítica (Reflexivo), aumento el optimismo (Apertura), disminución de concentración de sus problemas asociados al pasado y menor pesimismo (Preservación), aumento en el intento de cambiar para conseguir sus metas (Modificación), mas demostrativos y simpáticos, también exigentes y manipuladores (Comunicatividad), menor propensión a aislarse (Duda), Aumento a ser cooperativos con la autoridad (Conformidad), menor habituación al sufrimiento (Sometimiento), aumento de la competencia y la ambición (Control), mejor organización y transformación de la información, mas perfeccionistas y eficientes (Sistematizador), que derivan sus conocimientos de lo concreto y que confían en la experiencia directa y observable (Sensitivo) y experimentaron menor vulnerabilidad a la recaída a adicción.

Palabras Claves: *Psicodrama; Psicoterapia; Personalidad; Recaída a la adicción.*

ABSTRACT

The objective of the present study is based on evaluating changes in personality traits in male adult addicts throughout a group psychotherapeutic treatment at the Fundación de Recuperación Plural located in Quilmes, Buenos Aires, Argentina. Twelve cases were evaluated in which five sessions with psychodrama techniques were applied. The patients were evaluated before and after the series of sessions through the MIPS personality styles test based on the Millon model and DTCQ-8 of Relapse to Addiction prepared by Tejero, Trujols and Roca. The results were compared with those of a control group that attended individual therapy. The results show superior efficacy with the implementation of Psychodrama, Increase in seeking stimulation from others and in maintaining high self-esteem (Extraverted), decrease on his own thoughts and feelings as resources or inspiration (Introvert), increased ability to process analytically (Reflective), optimism increased (Openness/Approachable), decrease of the attention on his own problems related to the past and less negativity (Preservation), increased the attempt to change to reach goals (Modification), they show themselves more demonstratives and nicer, demanding and manipulative (Communication), decrease on the isolation tendency (Doubt), increased the capacity to be cooperative with the authorities (Conformity), less resistance to suffering (Submission), competence and ambition increased (Control), abilities to organize and transform information improved, more perfectionist and efficient (sistemizer) who provide their knowledge and they rely on direct and observable experience (Sensitive) and, experienced less vulnerability to relapse.

Keywords: *Psychodrama; Psychotherapy; Personality; Relapse to addiction.*

INTRODUCCIÓN

La problemática del consumo o adicciones no es algo nuevo aunque sigue siendo uno de los problemas actuales de nuestras sociedades, el cual también se encuentra asociado a conflictos múltiples como la ilegalidad, la delincuencia, problemas de salud, etc. Frecuentemente observamos o nos enteramos de personas que se drogan, alcoholizan, o se intoxican consumiendo algo, muy a pesar de saber popular que son dañinas el consumo sigue presente por lo cual el problema no termina con el hecho de tener conciencia de ello. Se debe tener en cuenta el problema del narcotráfico, la corrupción y el constante crecimiento de la desigualdad que generan conflictos en muchos sentidos a niveles políticos, económicos, educativos, sociales, culturales, emocionales y de salud entre otros. En esta sociedad del consumo la oferta abarca todos los espacios de la vida y se encuentran desde los más desordenados hasta los más virtuosos: alcohol, tabaco, sexo, drogas, hidratos de carbono, actividad informática y también trabajo. Si hay mercado es porque hay consumidores. Las personas que se inician en el consumo de tóxicos cuando quedan atrapado en ellos, es probable que ya no importe el riesgo de obtenerlas e incluso buscar combinaciones para sentir nuevos efectos. A la cultura le falta proponer proyectos de un futuro mejor, las personas enfrentan carencias económicas, falta de trabajo, etcétera., sumado a un futuro o paisaje desolador, donde estas personas se han visto atraídas a encontrar en el consumo de sustancias, el placebo que los aparte de la realidad y haga más llevadera la existencia donde poder soportar el dolor de vivir (Hernández Valderrama, 2015).

Actualmente en la quinta versión del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V), la dependencia a sustancias implica tolerancia, abstinencia, falta de control sobre el consumo y la constante búsqueda del consumo a pesar de sus consecuencias, acorde al planteamiento de Jellink. El *National Institute on Drug Abuse*-NIDA que define la adicción como “una enfermedad del cerebro crónica, con recaídas frecuentes” (López, 2011).

La crisis de la biomedicina ha sido objeto de debate por varias décadas, la antropología médica critica a la salud colectiva de las corrientes interpretativas. Frente a este imperio Le Breton reivindica el poder de lo imaginario subjetivo y social sobre el cuerpo, evidenciando como a través de imágenes mentales algunos enfermos han encontrado caminos a curas de afecciones, abordando en sus estudios un aspecto crucial y profundo en la noción del microcosmos que representa el cuerpo y como operan en los determinantes “macro” económicos, sociales y políticos (Morales Saénz, 2010).

De acuerdo a Acuña (2009) con la creación de organizaciones como Alcohólicos Anónimos o Narcóticos Anónimos, del surgimiento de terapias biológicas y tratamientos cognitivos-conductuales, el psicoanálisis y la concepción de un cuerpo integrado fueron quedando en segundo plano en este tipo de problemáticas. Sin embargo el psicoanálisis con su literatura se sostiene como herramienta útil para el entendimiento y la formulación de terapias destinadas a permitir cambios profundos y duraderos en la persona.

Lacan concluye que el toxico no es una vía para conocer el inconsciente, que las sustancias son un recurso con el fin de evitar “una verdad intolerable que solo se dice en la palabra”, el toxico sepulta lo inconsciente. Conclusión coherente con Freud que afirma que el toxico es un medio para soportar la vida y no para conocer el inconsciente. Para ambos la intoxicación brinda una ilusión de creer alcanzar una verdad suprema o “iluminación” (López, 2007).

En el psicodrama el cuerpo se expone y retoma en la escena, Mestre (2008) “Necesitamos extraer el movimiento real de todas las artes”.

Martínez Bouquet (1977), quien junto a Tato Pavlovsky y Fidel Moccio fundaron el psicodrama psicoanalítico en nuestro país, él dice que el psicoanálisis en cuanto a teoría se desarrolló de forma estrecha a la práctica terapéutica que al mismo tiempo es herramienta de observación e investigación. El autor cuenta que al encontrarse con el fenómeno que desplegaban las dramatizaciones se encontró con una visión ampliada y colorida que todavía no eran explicados suficientemente por el psicoanálisis tradicional. Esto impulso a la Teoría de la Escena y otras que lo complementan. Pensó en dos constructos teóricos diferentes como la Escena Manifiesta y la Escena Latente o subyacente o imaginaria, en la cual podemos encontrar lo imaginario abarcando a diferentes miembros de un grupo no limitado a lo individual, “Nos hace falta saber mucho sobre lo imaginario: tal vez allí, en su abundante y bullente topografía, estuviera la clave de una comunicación interdicta al discurso”.

La elección del Modelo de Personalidad de Millon (2011) propone los Estilos de Personalidad incluyendo las dimensiones cognitivas, motivacionales y conductuales como fuentes de rasgos y diferencias de personalidad, desarrollando una teoría de aprendizaje biosocial dirigida a generar el reconocimiento de categorías de personalidad a través de deducciones formales. Postula la existencia de patrones normales y anormales basándose en un continuo entre ambos extremos. Es una teoría integradora de

las posturas psicológicas más importantes recurriendo a principios evolutivos básicos y estrategias de sobrevivencia: “objetos de la existencia, estrategias de replicación y modos de supervivencia primarios”.

Blanco Álvarez & Jiménez Morales (2015) concluyen que en el trabajo realizado las variables intrapersonales como la regulación emocional, el control de atención, estados emocionales negativos y búsqueda de sensaciones positivas son factores de riesgo determinantes en las recaídas de consumo de drogas.

Se tiene en cuenta en cuenta para este estudio: los factores de riesgo en las recaídas (Autoeficacia-Seguridad), la necesidad de fortalecer los estilos de personalidad, y la flexibilidad que brinda la dramatización a los roles rígidos y estructurados para plantearnos las siguientes preguntas:

- ¿Qué cambios en la personalidad del adicto pueden observarse con la aplicación de técnicas del psicodrama en un grupo terapéutico comunitario?
- ¿En qué grado el adicto recae a la adicción después del trabajo de psicodrama en comparación con las psicoterapias individuales?

CAP. 1: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La adicción es reconocida como uno de los mayores problemas actuales de la sociedad, sin embargo a pesar de tanto esfuerzo realizado por políticas públicas o por ONGs no alcanzan a poder solucionar el mismo.

Existen muchas investigaciones sobre el tema, y lamentablemente, a pesar de ello no deja de ser un problema a solucionar en nuestra sociedad. Alrededor de un 247 millones de personas consumieron drogas en 2015, 29 millones padecen trastornos relacionados a las drogas pero solo uno de cada seis recibe tratamiento a nivel global, los grupos de mayor nivel socioeconómico son más propensos a iniciarse que los grupos de menor nivel socioeconómico, pero estos últimos pagan un precio más alto y tienen más probabilidades de caer en la drogodependencia (UNODC).

En Argentina, como en el resto de los países, constituye en un problema cada vez más numeroso y grave de adversas y variadas consecuencias que abarcan desde la

salud, lo social, familiar, laboral, accidentes o hechos delictivos que atenten con la propia vida y de otros.

En Buenos Aires en el 2015 se realizaron encuestas a través de la, Dirección General de Políticas Sociales en Adicciones del Ministerio de Desarrollo Humano y Habitat de C.A.B.A., en las escuelas medias donde se afirma que 66% consumió drogas legales y el 23% sustancias ilegales, el 45% admiten haber tomado más de la cuenta. Solo la División de Toxicología del Hospital Fernández atendió alrededor de 2.000 consultas de urgencia por intoxicación con sustancias psicoactivas: 880 por alcohol, 226 por cocaína, 59 por opioides (morfina y heroína), 57 por benzodiacepinas, 54 por “paco” y 14 por éxtasis.

En nuestro país en 2017 otro estudio realizado por SEDRONAR (2010) revela que el consumo de alcohol y tabaco presentan las prevalencias más altas seguida del consumo de marihuana ya sea de vida, año y mes. El consumo de drogas ilícitas pasó de 3,6% al 8,3% al año 2017 y que los varones presentan tasas superiores de consumo que las mujeres. También define como población de riesgo a la población total bajo el estudio menos aquellas personas que han usado drogas antes del último año, el porcentaje de nuevos consumidores de drogas y las personas que corren riesgo de usar drogas por primera vez, lo cual nos indica un aspecto importante al identificar la celeridad que presenta el consumo en una población determinada.

La problemática ha sido investigada de muchas maneras y formas llegando a grandes avances desde el punto de vista estadístico, científico y clínico, no obstante podemos pensar también que debido a que la mayoría no tiene acceso a tratamientos por lo que nos parecería de mucha importancia prever algún indicador o indicio para poder abordar desde la salud y prevención teniendo en cuenta otros factores.

En Argentina, se visualiza un aumento de la exclusión social, y desestructuración familiar, que en las comunidades se expresan de múltiples maneras, como violencia, inseguridad, inestabilidad, deserción estudiantil, delincuencia, suicidio y aumento del consumo. La disminución de la contención social incide mostrando la aparición de problemas socio-sanitarias que ponen en riesgo y equilibrio social. Los trabajos de investigación demuestran el aumento gradual y constante en el grupo etéreo comprendido entre jóvenes de 12 y 16 años de edad.

La experiencia y los trabajos nos demuestran que no hay un factor único a la predisposición de desarrollar un consumo problemático y no todos la desarrollan a pesar

de haber consumido en algún momento. Por lo cual y como lo plantea nuestra Ley de Salud Mental 26.657 es imprescindible el trabajo con equipos interdisciplinario e integral para el desarrollo de nuevas modalidades con visiones diversas y cooperativas que fomenten la libertad dentro del marco de Derechos Humanos para beneficio las personas.

Considerando lo anterior y el concepto de “Conserva Cultural” de Moreno, la pregunta que surge y extensiva a reflexión de otros es: ¿Pueden articularse teorías y prácticas que cuestionen desde adentro a las mismas?

CAP. 2: RELEVANCIA Y JUSTIFICACION

2.1 Teórica

Los resultados de este estudio permitirán relevar a las técnicas psicodramáticas en una institución, y seguir fortaleciendo la difusión de herramientas medibles de cambios como el *MIPS*. Estos cambios también enfocados en la comparación con otros adictos en tratamientos psicoterapéuticos individuales, nos brindarán información de las diferencias del trabajo en grupos donde se involucra técnicas corporales lo cual se traduce en acrecentar conocimiento o plantear nuevos interrogantes.

2.2 Práctica

Los resultados de este estudio permitirán ampliar visiones y técnicas de abordajes que incluyen lo cognitivo, lo psicoanalítico, la trama socio histórica, lo corporal con sus posibilidades subjetivas, como vías regia para desbloquear las resistencias a las que los cuerpos se someten institucional, tradicional, pasivamente y desde allí poder posibilitar una nueva subjetivación y/o rematrización de los sujetos en esta problemática.

2.3 Social

Los resultados de este estudio permitirán la reinserción de personas a un mundo donde puedan tener mayor posibilidad de recursos psicológicos, emocionales y comportamentales para afrontar de la mejor manera posible con lo que esta sociedad les impone y poder modificar o establecer nuevos vínculos y formas de relacionarse. Asimismo poder brindar nuevas alternativas prácticas para el abordaje preventivo en los establecimientos e instituciones vinculados a niños, adolescentes y familias ya que el inicio de consumo en promedio ronda según los estudios de campo entre 12 y 16 años. Creemos que este último es el punto más débil en cuanto a este problema, por el hecho del sistema consumista en la cual estamos inmersos y nos va formateando, también porque entran en juego otros factores de intereses como políticos y económicos.

CAP. 3: ESTADO DEL ARTE

Sánchez Hervás y Berjano Peirats (1996) estudiaron las posibles diferencias existentes entre un grupo de adictos a heroína y un grupo de sujetos sin problemas de adicción a drogas, tras administrarles a ambos grupos el cuestionario 16 PF de Catell. Los resultados muestran escasas diferencias entre ambos grupos en las puntuaciones de los factores primarios del 16PF. Por lo cual no se encuentran diferencias significativas que nos permitan establecer diferencias.

Rodríguez Cueto (2001) estudió la eficacia de una comunidad terapéutica en toxicomanías de manera longitudinal y descriptiva, entre los años 1983 y 1996 con cuestionarios para pacientes y familiares. Las conclusiones se encaminan a un mayor acercamiento a la familia y protagonismo de los pacientes que llegan con poca motivación a los tratamientos que, en general pretenden superar los síntomas del consumo pero no una reflexión sobre sus causas, muchas veces obligados por el sistema judicial, sanitario, escolar, laboral, etc. Muchos de los pacientes no tienen como objetivo un cambio de vida y hace que el equipo adapte nuevos modos como la reducción de daños. A lo largo de los años se comprobó que el perfil de los pacientes fue cambiando y agravando. Los factores que coinciden en señalar familiares y pacientes son:

<i>Factores de ayuda</i>	<i>Familiares</i>	<i>Pacientes</i>
Terapias de grupo	84 %	82 %
Responsabilidad de trabajo	63 %	35 %
Normas	56 %	30 %
Horarios	49 %	X
Asambleas	X	45 %

Para las familias hay un 64% de mejora en la relación, 50% de aumento en la responsabilidad personal, 41% mejora de la convivencia. Para los pacientes hay un 50% de mayor conciencia de los problemas, 47% dejar de consumir, 45,5% ser más responsables, 40% mayor confianza, 35% auto aceptación, 48% búsqueda laboral, 29% situación judicial, 61% situación físico-orgánica, 25% situación escolar. Sin embargo sigue existiendo la problemática a la hora de la reinserción por lo cual hace necesaria también otro tipo de intervenciones y evaluaciones.

Fantin (2006) pretende describir e identificar estilos de personalidad en la adicción. Los resultados indican que entre las sustancias adictivas más consumidas por los adolescentes se encuentran el alcohol y el tabaco. Aproximadamente dos de cada tres adolescentes ha consumido alcohol a lo largo de su vida, y cerca de un 18% de la población total presenta un consumo perjudicial o de riesgo de esta sustancia. Los resultados indican que el grupo consumidor de sustancias obtiene diferencias significativas, respecto a los no consumidores, en casi todas las escalas utilizadas para evaluar personalidad, observándose un patrón distinto en unos y otros.

Moral Jimenez de la Villa (2007) propone una comprensión de la experimentación juvenil con sustancias psicoactivas, considera que el uso/abuso de drogas constituye un fenómeno complejo causado por la interacción de diversos factores interrelacionados entre los que se incluyen factores personales tales como los estilos de personalidad o la vulnerabilidad individual, junto con otros microsociales (refuerzo social, redes sociales, modelos negativos del grupo de iguales o familia, presión social, etc.) y macroestructurales (disponibilidad, publicidad, cultura de la droga, etc.). Contexto, individuo y sustancia -todos a un mismo nivel, constituyen una triada de elementos determinantes. El análisis más exhaustivo se centra en la personalidad y la resiliencia como factores psicosociales de riesgo/protección. En conclusión se requiere

adoptar una posición que aborde desde los factores etiológicos interrelacionados para posibilitar un análisis integrador.

Alvarez Valcarce (2009) realizó un estudio longitudinal de un caso clínico (único) donde aplicó tratamiento psicodramático de una cocainomanía severa por dos años de un hombre de 33 años separado de forma traumática, consumidor de 4 gramos diario de cocaína con síntomas paranoides y depresivos, con episodios violentos de tránsito y peleas, peleas con el jefe, se hace empresario pero gasta su dinero en cocaína y sexo. En aquellas ocasiones con dermatitis atópica psicosomática y síntomas depresivo-ansiosos. En su historia aparece timidez infantil y el abandono de una madre psicopática a la edad de 12 años, es acompañado por su actual pareja y demanda separarse de su ex que amenaza suicidio y su hijo de 13 años presenta somatizaciones y fracaso escolar, el hermano depresivo y el padre con el cual siempre percibió débil enfermo el cual se separó de la madre a sus 8 años, también tiene juicios por las faltas y su divorcio. Cinco años después del tratamiento continuaba asintomático y le escribe una carta donde se puede concluir que: la “rematrización” llevada a cabo tanto en la matriz de identidad total diferenciada (con el progreso de la envidia paranoide a la gratitud y el reconocimiento del TU) como de los clusters de roles maternos y paternos, así como del modelo psicosomático de defecador, con la restauración de la capacidad de crear, elaborar, expresar y comunicar contenidos propios hacia un afuera vivido como aceptador y valorizador.

Castañeda, Jairo, y Chaves Castaño, (2013) examinaron la relación entre estilos de personalidad y consumo de alcohol, realizando un estudio transversal, descriptivo y correlacional. Se aplicaron dos instrumentos, *Millon Inventory of Personality* y *Alcohol Use Disorder Identification Test*. Los resultados arrojan que el tipo de consumo de bebidas alcohólicas más frecuente en el municipio de El Retiro fue el consumo sin riesgo (68.9%). Además, se presentaron diferencias estadísticamente significativas en el tipo de consumo de alcohol según el género. Particularmente, los hombres registraron dependencia al alcohol. Asimismo, se halló que en los hombres el consumo de alcohol se encuentra relacionado con los estilos de personalidad como la innovación ($r = .35$), la discrepancia ($r = .40$) y el dominio ($r = .46$); mientras que en las mujeres se relacionan con la discrepancia ($r = 0.38$), la expansión ($r = 0.39$), la modificación ($r = 0.40$) y la adecuación ($r = 0.42$). Para ambos géneros, el consumo de riesgo se correlaciona con el estilo de sistematización ($r = 0.67$), el consumo perjudicial con la protección ($r = 0.89$) y la dependencia al alcohol con la indecisión ($r = 0.99$). Las tres categorías en las que se

agrupan los estilos de personalidad (metas motivacionales, modos cognitivos y comportamientos interpersonales), se asociaron diferencialmente con el consumo sin riesgo, con riesgo, perjudicial y dependencia, encontrando que estas relaciones entre estilo de personalidad y consumo también muestran diferencia por género.

Martin Zum (2014) pretende realizar un acercamiento a la comprensión de la personalidad y su incidencia en el consumo problemático de sustancias con pacientes en tratamiento por tal problemática. El diseño que se utilizó es no experimental, transversal, descriptivo. Los instrumentos de evaluación utilizados fueron el BFQ (Big Five Questionnaire) considerado como un indicador que puede activar a un trastorno adictivo; y una entrevista estructurada que se aplicó con el objetivo de obtener información relevante. Se hallaron significativos de Agradabilidad, mientras que en el resto de las dimensiones no sucedió lo mismo, ésta atañe a las relaciones interpersonales, es importante nombrar que un alto puntaje representa conductas dependientes; Neuroticismo obtuvo un puntaje cercano a ser significativo, indicando una tendencia general a expresar miedo, tristeza, venganza, enojo, culpa y disgusto. La puntuación alta señala más vulnerabilidad en la persona al impacto de los sucesos vitales, muestra una disposición a experimentar afectos negativos y a tener poco control de impulsos y emociones.

Gonzalez et al. (2016) analizaron la relación entre los diferentes factores de personalidad y el consumo de sustancias en adolescentes españoles en estudiantes de secundaria entre 13 y 18 años. Se aplicó la adaptación del Inventario de Personalidad 16PFIP para evaluar Calidez, Estabilidad, Gregarismo, Amigabilidad, Sensibilidad, Confianza, Apertura, Sociabilidad, Perfeccionismo y Calma. Confianza y Calma tienen influencia en el consumo de alcohol, cannabis y cocaína, mientras que Sociabilidad no presenta ninguna influencia estadísticamente significativa en ninguna de las tres sustancias información sumamente importante para abordajes preventivos.

CAPITULO 4: MARCO TEÓRICO

4.1 Personalidad

La personalidad es un patrón complejo de características psicológicas profundamente enraizadas, que se expresan de forma automática en casi todas las áreas de la actividad psicológica. Es decir la personalidad es un patrón de características que configura la constelación completa de la persona (Millon, 2011) Se expresan automáticamente en casi todas las áreas de funcionamiento del sujeto. Estos rasgos intrínsecos surgen de una complicada matriz de determinantes biológicos y aprendizajes, y comprenden el patrón idiosincrático de percibir, sentir, pensar, afrontar y el comportar del sujeto.

Dentro del concepto de personalidad se ha distinguido entre: temperamento y carácter. El primero se refiere a los factores biológicos de la personalidad. El segundo a los factores relacionados de alguna manera con el entorno con el que se desarrolla la personalidad. A esto se le suman los factores psicológicos. En este modelo, la personalidad que se consideraría normal refleja los modos específicos de adaptación de un miembro de una especie que son eficaces en ambientes previsibles. En cambio, los trastornos de personalidad representarían diferentes estilos de funcionamiento mal adaptados atribuibles a deficiencias, desequilibrios o conflictos en la capacidad de un miembro para relacionarse con los ambientes con que se enfrenta (Millon 2011). Millon creo el inventario *Millon Index of Personality Styles* (MIPS), el cual se centra en la evaluación de la personalidad normal y consta de tres grandes áreas: Metas Motivacionales (MM), Modos o Estilos Cognitivos (EC) y Vínculos o Relaciones Interpersonales (RI).

La fundamentación teórica de las Metas Motivacionales se basa en los antecedentes conceptuales de la teoría ecológica y la evolucionista y sus vinculaciones a través de tres formulaciones: existencia, adaptación y replicación. Estas tres polaridades se han venido desarrollando desde comienzos de siglo, en especial en las aportaciones de Freud, que propone tres polaridades: sujeto-objeto, placer-dolor y actividad pasividad. Millon elaboró estas polaridades, pero desde el ámbito del aprendizaje, lo que incluía tres dimensiones bipolares: Refuerzo positivo vs. Refuerzo negativo (placer-dolor), uno mismo vs los demás como fuente del refuerzo y los estilos instrumentales activo vs pasivo. A partir de este modelo teórico elabora las siguientes polaridades definitivas del cuestionario: Apertura-Preservación, Modificación-Acomodación e

Individualismo-Protección. Las MM evalúan, por tanto, la orientación de la persona a la hora de obtener refuerzo del medio.

Las cuatro bipolaridades de los EC se basan en la perspectiva evolucionista y las contribuciones de Jung y Myers. Los EC se refieren a la forma en la que los organismos abordan su entorno. Pretenden evaluar los estilos o modos de procesamiento de la información. Jung propone una orientación cognitiva en una tipología que incluye tres bipolaridades: Extraversión/Introversión, Pensamiento/Sentimiento y Sensación/Intuición. A raíz de esto, Millon (2011) elabora un modelo que agrupa las actividades cognitivas teniendo en cuenta dos funciones superiores. Una se relacionaba con el origen de los datos recogidos, es decir, con “las fuentes de información”; y otra con los métodos utilizados por el individuo para reconstruir esos datos, “los procesos de transformación”. Cada una de estas funciones fue dividida a su vez en dos polaridades: las fuentes de información se dividieron en externas vs internas y tangibles vs intangibles. Los procesos de transformación fueron divididos en intelectivos vs afectivos y asimilativos vs imaginativos. Las polaridades definitivas son: Extravertido-Introvertido, Sensitivo-Intuitivo, Reflexivo-Afectivo, y Sistematizado-Innovador.

Por último, las cinco bipolaridades de las RI están relacionadas con las contribuciones de Sullivan, Leary y el modelo de los Cinco Grandes Factores. Tanto el enfoque interpersonal de Leary, basado en el de Sullivan, como la fundamentación de los Cinco Grandes factores, están orientados hacia los rasgos conductuales, es decir, hacia los rasgos que caracterizan las acciones de la gente, lo que la gente hace y no lo que la motiva o el modo como funcionan cognitivamente; pero según Millon, ninguno de los modelos anteriores ha introducido el componente interpersonal; para abordarlo propone evaluar el estilo de relacionarse con los demás. A partir de este modelo elabora cinco pares de polaridades que se cruzan con las estrategias instrumentales activas y pasivas, resultando así un formato de 5x2, de donde se obtienen 10 de los trastornos de personalidad del Eje II del DSM. Las polaridades que incluye son: Retraimiento-Comunicatividad, Duda-Seguridad, Discrepancia-Conformidad, Sometimiento-Control e Insatisfacción Concordancia.

Este inventario presenta una serie de ventajas sobre otros cuestionarios de personalidad, compartidas en cierta medida con los aspectos destacados por el propio Millon en el manual de su cuestionario MCMI-II. En primer lugar, consta sólo de 180 ítems, un número lo suficientemente pequeño para que pueda usarse en diferentes contextos y no cansar demasiado a los sujetos y lo suficientemente grande para permitir

la evaluación de una gama amplia de comportamientos clínicamente relevantes. En segundo lugar, este inventario está vinculado a una teoría clínica importante, los estilos de personalidad: su medida a través del inventario Millon de estilos de personalidad 195 anales de psicología, 1999. Y en tercer lugar, la selección de los ítems y el desarrollo de las escalas se produjo a través de una secuencia de 3 etapas de validación: teórico-sustantiva, interna-estructural y externa-criterial. A partir de estas etapas de validación, Millon elimina algunos ítems y clasifica los restantes según una asignación de pesos distintos según pertenezcan teórica o empíricamente a una escala, de tal forma que los ítems puntúan en diferentes escalas con diferentes pesos. Así, si un ítem se construyó para una escala teórica y se obtuvieron correlaciones altas entre el ítem y la escala, se le asignaba un peso de tres puntos; puesto que existen escalas relacionadas teóricamente, a los ítems de estas escalas que correlacionan alto con otra escala, se les asigna un peso de dos puntos para la escala con la que existe la relación teórica; y si la correlación no es muy alta, se le da un peso de un punto. De esta forma, los 180 ítems permiten evaluar 24 escalas diferentes.

4.2 Recaída

De acuerdo a Chicharro Romero y otros (2007) se demuestra en el estudio realizado las propiedades psicométricas del cuestionario de Autoconfianza para el Consumo de Drogas DTCQ, y la capacidad predictiva de la autosuficiencia percibida en relación a la consecución de objetivos del tratamiento rehabilitador en una muestra de adictos a sustancias.

4.3 Adicciones

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011), la drogodependencia es un: “Estado psíquico, y a veces físico, resultante de la interacción de un organismo vivo y una droga, caracterizado por un conjunto de respuestas comportamentales que incluyen la compulsión a consumir la sustancia de forma continuada con el fin de experimentar sus efectos psíquicos o, en ocasiones, evitar las sensaciones desagradables que su falta produce. Los fenómenos de la tolerancia pueden o no estar presentes. Un individuo puede ser dependiente de más de una droga”.

Garzoni (1996) compara las drogas con las heces, como un mecanismo que implica tomar una parte de su cuerpo y alejarse del mundo (descripción hecha por Freud 1897 y 1914, en torno al tema de las heces) abasteciéndose a sí mismo sin precisar de nada ni de nadie, posición regresiva en etapas orales y anales.

Freud en 1897, en una carta a Fliess, propone una relación entre la masturbación y la adicción que ocurre en la vida. Esta última aparece como un sustitutivo de la masturbación (Garzoni, 1996). Freud describe la imagen del niño chupeteando una parte de su cuerpo y alejándose del mundo exterior, remitiéndose a la imagen del adicto que por medio de la droga/alcohol se inventa su propio mundo, el del hedonismo. Menciona que el contenido de los intestinos, elemento que estimula la mucosa anal, es considerado por el niño como parte de su cuerpo. En torno al tema de defecación, plantea que es la primera decisión entre la actitud narcisista y la del objeto de amor, cuando su barra fecal es distinguida separada del cuerpo.

De acuerdo a Becoña (2010) para clasificar las drogas se pueden seguir diferentes criterios: Por su origen (naturales, sintéticas, semi-sintéticas), por su estructura química, por su acción farmacológica, por el medio socio-cultural (legales-ilegales, institucionalizadas vs. no institucionalizadas, duras-blandas, peligrosas-inofensivas) o con respecto al sujeto utilizándose clasificaciones clínicas. En el presente trabajo sólo se nombrará las más frecuentes observadas en la muestra:

- *Marihuana*: se extrae de la planta Cannabis Sativa, de ella se pueden fumar sus hojas, su resina, o sus flores. En la cannabis Sativa se han identificado 60 cannabinoides, siendo el más importante y principal componente psicoactivo el tetrahidrocannabinol (Becoña, 2010), produce estado de euforia y relajación, disartria, vértigo, vómitos, taquicardia e inyección conjuntival, ilusiones en la percepción del tamaño de objetos y distancias, en el sentido del tiempo, en la discriminación de colores, y deterioro de la coordinación motora. Sobre la salud mental, el mayor problema es que el THC puede causar episodios psicóticos agudos sin alteración del nivel de conciencia que son diferenciables de las psicosis.
- *Alcohol*: el consumo de alcohol está muy arraigado en los patrones culturales vigentes en nuestra sociedad, esto se debe a que es una sustancia que viene siendo elaborada y consumida desde hace miles de años. Tradicionalmente, el alcoholismo ha sido considerado como un trastorno progresivo. Su consumo se inicia en la adolescencia y progresa lentamente, llegando a constituirse en un problema hacia la mitad o al final de la segunda década de la vida (Becoña, 2010). Para llegar a ser un adicto se requiere un patrón de gran bebedor y muy reiterativo, y esto se desarrolla de un modo característico durante unos años. No obstante, hoy sabemos que muchos alcohólicos comienzan a serlo a una edad

avanzada, sin haber tenido previamente problemas de abuso o dependencia del alcohol, dándose más este fenómeno en mujeres que en varones mayores, cuando en edades tempranas es a la inversa (Becoña, 2010).

- *Cocaína*: La coca se puede administrar por vía oral en forma de hojas masticadas o fumada mediante el crack (pasta base de coca amalgamada con bicarbonato sódico, conocido también por «la cocaína de los pobres», ya que es mucho más barata que la cocaína), y para esnifar o inyectarse en forma de polvos de clorhidrato de cocaína. Los principales efectos de la cocaína son euforia, labilidad emocional, grandiosidad, hiper alerta, agitación psicomotriz, insomnio, anorexia, hiper sexualidad, tendencia a la violencia y deterioro de la capacidad de juicio. Como ocurre en otras drogas, el consumidor de cocaína suele serlo también de otras drogas, con abuso o dependencia, como alcohol, hipnóticos o ansiolíticos, con el objetivo de aliviar los efectos negativos de la intoxicación por cocaína.

Moguillansky (2007) propone que la adicción evita el dolor psíquico y simplifica los acontecimientos complejos de la vida psíquica. De acuerdo con dicha postura, predominan defensas de desmentida y escisión del yo modificando una experiencia compleja a otra más simple. En cuanto al objeto adictivo, propone que éste es accesible por el sujeto, es decir, en un principio cumple con la voluntad que está/no está cuando deseo. En segundo lugar, esto permite la manifestación de las defensas secundarias, construyendo formas variadas de esclavitud y tiranía entre objetos idealizados y valores corruptos. En la defensa adictiva está el ataque al pensar, obteniendo un cuadro arrogante y escotomas de la conciencia. Moguillansky (2007) plantea dos polos en los que ronda la adicción: el objeto y el yo. El polo del objeto tiene una función de analgésico, antidepresivo o ansiolítico, pero en fin son objetos destructivos. En cambio, el polo del yo, está ubicado como amo ilusorio de la escena. Éste yo domina la escena (ilusoriamente) con su mundo y su adicción, siempre negada, porque “los adictos son los otros”. Se posiciona como víctima en una situación desgraciada, sostenida por la culpa, pero mayormente por su pacto adictivo con el objeto malo que le niega el derecho a la libertad.

De acuerdo a Becoña (2010), la historia de las adicciones va unida a la historia del hombre: fumar cigarrillos, beber alcohol, mascar hojas de coca, esnifar preparados psicoactivos, beber pótimas, fumar marihuana, utilizar el opio para el dolor, etc., son ejemplos conocidos de algunas de las sustancias que el hombre ha utilizado a lo largo de

la historia y sigue utilizando. Por ello, en los últimos años se incluyen distintas conductas bajo la denominación genérica de adicciones o conductas adictivas, basadas inicialmente en el concepto de dependencia (física y psíquica), y evolucionando a partir del mismo, se aplican a sustancias psicoactivas que, ingeridas por un individuo, tienen la potencialidad de producir dependencia.

De acuerdo a la *Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales* (CIE 11, 2010): El síndrome de dependencia se trata de “un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo, a veces fuerte, a veces insuperable, de ingerir sustancias psicoactivas legales o ilegales, aun cuando hayan sido prescritas por un médico.”

Algunos de los estudios hacen visible la necesidad que tienen las personas adictas de la elaboración de conflictos vinculares, ya sea por familias disgregadas o nulas. Asimismo el psicodrama a través del tiempo mostro eficacia en el trabajo con roles y conflictos grupales por lo cual es imprescindible saber la historia del mismo para desde allí poder entender de manera más precisa las técnicas y sus utilidades.

4.4 Historia del psicodrama

Jacobo Levy Moreno, creador del psicodrama, nació en Rumania en 1892 y falleció en Estados Unidos en mayo de 1974. De personalidad carismática se mantuvo a la cabeza del movimiento hasta el día de su muerte dejando diferentes técnicas sin que esto suponga una homogeneidad conceptual entre los que hoy aplican sus técnicas (Kononovich, 1981). Su legado se encuentra ligado a su biografía por lo cual es imprescindible atravesar la historia entrecruzada con sus atravesamientos que lo fueron marcando.

Según Kononovich (1981) el Psicodrama nació el 1° de Abril de 1921, entre las 19 y 22 horas, se refiere a la primera sesión Psicodramática llevada a cabo en Viena ante 1000 espectadores donde Moreno propuso allí llevar a cabo un Sociodrama, colocando sobre el escenario un sillón e invita a los concurrentes a ocupar ese lugar vacante, se necesita que alguien ocupara ese rol y propusiera otro orden uno nuevo, el público sería jurado. La experiencia resulto un fracaso en la cual nadie salió airoso de la experiencia y los comentarios de la prensa fueron adversos, a lo cual Moreno con calma reacciona y

piensa “Nadie es profeta en su tierra”. Según Moreno su primera sesión privada fue en 1897 a su edad de cuatro años cuando les propone a sus amigos “jugar a Dios”, en el sótano de la casa y en ausencia de adultos, colocan todas las sillas apiladas sobre la mesa para simular la escena de los cielos, Moreno se sienta en la más alta simulando ser Dios mientras los otros niños simular ser ángeles y todos moviendo los brazos como si fueran alas. Esta dramatización también había quedado trunca ya que se cae al suelo quebrándose el brazo. Ambas experiencias marcan dos momentos decisivos, una apresura la emigración a Estados Unidos donde el pragmatismo y la idiosincrasia darán cabida al movimiento psicodramático, la otra le enseñará que es imposible ser protagonista y director simultáneamente y que el director necesita de la ayuda de los auxiliares.

Moreno se doctora en medicina en 1917 pero su interés estaba en el quehacer grupal y teatral. Entre 1918 y 1919 publica sus primeros tres artículos donde esboza conceptos sobre la creatividad, la espontaneidad y las conservas culturales entre otros. En 1920 publica anónimamente “Las Palabras del Padre” donde responde a las críticas de sus detractores y se encuentra compenetrado en la crisis de la cultura Occidental, pretendiendo descubrir el impulso que ha engendrado los valores. Dramatiza las aspiraciones morales de la psique individual y colectiva como la verdad, justicia, belleza, perfección, paz. Según él comparten este movimiento Bergson, Pierce, Buber, Von Wiese, Jung y Jaspers, pero Moreno solo se reconoce discípulo de Jesús como verdadero realizador del drama (protagonista), a sus discípulos (yo auxiliares), Dios (director) y a Sócrates que con sus diálogos realizaban una verdadera dramatización (dialéctica catártica) y llevan a cabo una verdadera inversión de roles. Se siente cercano a los “grandes actores terapéuticos” como Josías, Mahoma, y San Francisco de Asís, reconociéndolos como modelos de espontaneidad que luego serán llevados al “teatro de la espontaneidad”. De todas estas búsquedas obtendrá dos conceptos claves para el psicodrama y la terapia de grupos, el encuentro y el aquí y ahora (Kononovich, 1981).

En 1921 funda *Das Stegreiftheater* (Teatro de la Espontaneidad), desarrollando allí su pensamiento sobre la espontaneidad. El actor ya no deberá inhibirse para amoldarse al rol del guion, deberá crear el rol con su propia creatividad siendo personaje y dramaturgo, la secuencia de la obra tiene un rumbo espontáneo y creativo, creando las bases para el psicodrama terapéutico reivindicando “el momento” con toda su carga de sorpresa y novedad. Se opone al teatro tradicional que para Moreno es un texto muerto como la Comedia de l’Arte italiana o Stanislavsky que para él sucumbían ante la

“conserva” dramática, quiere pasar del drama representado al vivencial. Esos años fueron fructíferos introduce el recurso del “periódico viviente”, sienta las bases para la medición de la espontaneidad, determinar su cociente, analizar las interacciones, etc. Estas experiencias grupales se sumaban a las de 1913 y 1914 con el trabajo que lleva a cabo en el ghetto para prostitutas en Viena junto a Wilhelm Colbert donde las chicas lograron crear un fondo de ayuda mutua, asistencia hospitalaria, servicio de abogado, etc. Él concluye que el grupo tenía una estructura específica y generaba cambios (Kononovich, 1981). Moreno descubre el psicodrama terapéutico con el “caso Bárbara”, un clásico en psicodrama y la apertura hacia la psicoterapia. Bárbara era una actriz que solía concurrir a las improvisaciones en roles de ingenua, romántica, enamoradiza. Entre los espectadores se encontraba George (poeta y dramaturgo) con el cual se enamoran y casan. Una noche para sorpresa de Moreno George le relata su intimidad donde la joven lo insulta, grita, golpea y demuestra no ser angelical como lo era en el escenario, Moreno promete intentar un remedio. Moreno le propone a Bárbara realizar otros papeles para no estereotiparse y ella acepta proponiendo un papel de una noticia recién llegada, de una prostituta atacada y asesinada en la calle por un mal viviente. En la improvisación discute, insulta y golpea al asesino, luego de la dramatización se retira a su casa radiante. A partir de aquel día y durante las siguientes sesiones ella tomaba todo tipo de roles opuestos al de antes mientras George le suministraba informes a Moreno del comportamiento de su mujer que iba mejorando, Moreno fue suministrándole roles cuidadosamente y también pudo pasar George al escenario lo cual hizo que se estableciera el matrimonio, posteriormente Moreno uso la técnica en su psicodrama de matrimonios.

De acuerdo a Kononovich (1981) en 1925 decide irse a Estados Unidos donde encuentra aceptación de sus ideas y en 1928 tiene lugar a sus primeras experiencias psicodramáticas públicas, pronto esta técnica se utiliza en hospitales y escuelas. En Hudson trabaja con jóvenes delincuentes y esto le permitió desarrollar la sociometría y sus instrumentos. En 1936 construye en Bacon Hill el primer teatro terapéutico con una dimensión de 22 metros de largo por 8 de ancho del cual casi la mitad es ocupada por escenario de tres plataformas que forman círculos diferentes que figuran distintos grados de espontaneidad. Había sesiones de 70 personas una vez a la semana pública y pagas, también sesiones privadas. A partir de 1940 aparecen diversas publicaciones referidas a distintas experiencias psicodramáticas, en 1942 funda la American Society of Group Psychotherapy and Psychodrama y sigue desarrollándose.

A fines de la década en postguerra tiene lugar en Francia el primer intento de articular psicodrama y psicoanálisis. Por un lado un grupo que utilizaba las técnicas pero con una escucha psicoanalítica y otro más influenciado por Moreno ya que sus integrantes se habían formado como alumnos de Jacobo. Así nace el psicodrama analítico que se fue extendiendo. En nuestro país con un desarrollo considerable en manos de pioneros como Martínez Bouquet, Fidel Moccio, Pavlovsky, Rojas Bermúdez, Maria Rosa Glasserman quienes en 1963 fundan la Asociación Argentina de Psicodrama y Psicoterapia de Grupo (Kononovich, 1981). En el curso del tiempo de desarrollaron según P. Renouvier (colaborador de Moreno) 351 métodos, entre los más destacados y conocidos se encuentran el psicodrama terapéutico, el psicodrama existencial, el psicodrama analítico, el himnodrama, el sociodrama y la interpretación de papeles, el etnodrama, el axiodrama, el psicodrama diagnóstico, el psicodrama didáctico, la psicodanza, la psicomúsica, etc.

Según Kononovich (1981) el intento de articulación del psicoanálisis con el psicodrama fue posterior a la articulación del psicoanálisis con la terapia de grupo. El interés por el psicodrama devino de los terapeutas que trabajaban con niños y adolescentes como Anzieu, Lobeveci, Kestemberg, Rojas Bermúdez, Glesserman, Martinez Bouquet, y Moccio. La necesidad de encontrar una técnica adecuada para estos grupos para aplicar en terapias fue lo que acerco al psicodrama que con el tiempo se extendió a la terapia de adultos. Estos terapeutas buscaban una técnica y no una teoría por lo cual tuvo que crear su propio cuerpo teórico considerando al psicodrama profundamente rico para el abordaje de la fantasía inconsciente o bien de la escena latente y permite una adecuada movilización del cuerpo. El psicodrama analítico brinda una comprensión de la psicopatología y la terapéutica basada en el psicoanálisis Freudianos. También brinda una comprensión sobre la dinámica de los grupos basadas en los aportes de Slavson, Anzieu, Bion, Pichon Riviere, etc. En tercer lugar el eje de la dramatización en la escena dramática como objeto de estudio. La acción y el cuerpo es una incorporación distintiva y original.

De acuerdo a Kononovich (1981) la dramatización es una herramienta que facilita la emergencia de la fantasmática inconsciente de los sujetos y su resonancia grupal, un revelador de lo imaginario, no es un campo experimental como pretendía Moreno, es más bien un campo proyectivo y debe estar sustentado por un encuadre. Esta actitud diferencia los planos de latente y manifiesto, de la transferencia, de la resistencia. En este tipo de mirada Martinez Bouquet (1977) diferencia en la

dramatización una escena manifiesta de una latente (imaginaria) y la escena desde el punto de vista de los integrantes del grupo. El pensamiento en escenas trae como propuesta liberar los fantasmas donde se ponen en juego los cuerpos y el grupo donde el ambiente deja de ser tan místico y se torna más real, donde pensamiento y acción se complementaran.

Para Pavlovsky habría un nexo indisoluble entre dramatización, espacio lúdico y creatividad. Donde la dramatización posibilita el espacio elaborativo para el desarrollo de la creatividad tal cual lo plantea Winnicott en lo que llama zona transicional, que es el espacio intermedio entre el mundo interno y el mundo externo. Para este tipo de psicodrama pierde relevancia la figura del director y la sesión consiste en la elección del tema, la dramatización y el análisis de esta (Kononovich, 1981).

Para Kononovich (1981) en la elección del tema hay dos modalidades, una más directiva que promueve la aparición de un tema tomando menos en cuenta la dinámica grupal y centrándose en la dramatización, y la otra da relevancia a la dinámica grupal esperando el tema a emerger matizando entre la modalidad verbal-interpretativa con la psicodramática ya que no siempre se llevan a cabo dramatizaciones en todas las sesiones. En ambas los temas pueden ser individuales o grupales pero siempre tendrán carácter significativo. En la dramatización participa el paciente como protagonista y si es grupal el grupo como protagonista, a diferencia de la concepción moreniana clásica suelen participar los terapeutas en las dramatizaciones en conjunto, muchas veces se prescinde del caldeamiento, no se fuerza la aparición de contenidos, no es directiva su coordinación y a menudo suele quedar un terapeuta por fuera de la escena para aunar un criterio diferencial con el terapeuta involucrado en la escena. Con respecto a la participación del equipo en sus comienzos estará constituido por un director o coordinador y uno o varios yo auxiliares como brazos ejecutores del director que nunca dramatizará ya que lleva a cabo el desarrollo y la devolución al paciente. Pero con el tiempo se fue descartando y en general se trabaja en co-terapia respetando simetría de funciones, la cantidad de co-terapeutas es variable pero no suelen ser más de tres y se procura de diferentes sexos, el procedimiento de dirección y/o participación es rotativo y la distribución suele ser espontánea por lo cual requiere profundo conocimiento mutuo y empatía entre los integrantes del equipo. El pasaje al escenario marca un “como si” y la salida de este da por terminada la dramatización. A diferencia de Moreno la corriente analítica realizara las dramatizaciones en la misma sala o en una habitación continua prescindiendo de cualquier artificio, la dramatización es una parte de un proceso más

amplio que comienza en el inicio de la sesión y en consonancia con este “pensamiento en escenas” constantes al que alude Martínez Bouquet (1977).

Según Kononovich (1981) las técnicas tienen por finalidad la mayor efectividad a la dramatización, no se oponen a otros procedimientos verbales si no que se utilizan y están ligadas al lenguaje dramático. De acuerdo al proceso terapéutico se aplicaran algunas técnicas y se contraindicarían otras. En esta corriente hay unanimidad en la doble formación tanto psicoanalítica como psicodramática y la propia terapia del coordinador, ya que es indiscutible el tema de la transferencia-contratransferencia hoy alejada de la concepción clásica del psicoanálisis. El análisis de la sesión no difiere de otras técnicas grupales analíticas, deberá llevar profunda transformación de la personalidad tratando de lograr el mayor conocimiento de sí mismos y sobre los que los rodean en los pacientes. Los conocimientos del psicoanálisis son de gran utilidad también para el *role playing* y el sociodrama.

Para Kononovich (1981) el Psicodrama tradicional es un procedimiento que consta de cinco instrumentos y se desarrolla en tres tiempos teniendo en cuenta tres diferentes contextos. Los instrumentos son el director, es responsable del tratamiento, decide quién será el protagonista, que técnicas usar, las interrupciones, jamás dramatizará, participa de manera activa, sugiere, aconseja, etc., los yo-auxiliares la cual su función es tomar roles en la dramatización y ser extensión del director, deben tener receptividad dominio y entrenamiento corporal, también los pacientes pueden participar de yo-auxiliares no profesionales, y el protagonista que emerge del público trayendo un tema, su aparición da lugar a la dramatización. El escenario siempre en otro nivel, o en el centro del círculo de pacientes, se dispone dos sillas como símbolo de encuentro y el auditorio constituido por un grupo estable de alrededor de 10 personas participantes de la sesión, mientras que el resto del público solo participa de los comentarios posteriores a la dramatización, esto es para grupos supernumerarios. Los tiempos son el *caldeamiento*, que puede ser inespecífico o específico. El primero consiste en generar el ambiente facilitador para que emerjan los materiales para dramatizar del cual el director elegirá una escena, de allí surge el protagonista. En el segundo caldeamiento es para el protagonista promoviendo la disposición más flexible y adecuada posible para hacer aclaraciones sobre el tema, ubicar las secuencias temporales de la escena, ubicar el relato sobre el espacio del escenario, elegir a los yo-auxiliares que tomaran los distintos roles, en este se estimulara la confianza para eliminar la tensión. La dramatización es la parte elaborativa y también aquí el director es quien determina los tiempos y la finalización.

Los comentarios es la parte donde todos pueden comentar y verbalizar, los auxiliares también lo pueden hacer pero pegados a la orientación interpretativa del director. No existe una participación posterapéutica. Los contextos son el contexto social es el *extragrupo* o medio sociocultural donde se desenvuelven los pacientes, puede ser el grupo externo a la sala o simplemente extramuros. El *contexto grupal* es el grupo que participa de las sesiones que incluye al equipo. Si el equipo viene desde un afuera es muy difícil determinar el contexto grupal ya que el equipo deberá interiorizarse de las alternativas diarias que acontecen en el grupo. El *contexto dramático* es el del “como si” donde se jugarán los roles propuestos, este ofrece una visión más amplia de los conflictos disminuyendo el conflicto personal en un espacio en el que todo está permitido. Puede llevarse en la sala, en el hospital, consultorios.

En la instrumentación terapéutica en técnicas artísticas Kononovich (1981) explica que las técnicas son utilizadas en pacientes muy regresivos y se utiliza pintura, collage, modelado, pantomima, títeres, danza, música, técnicas audiovisuales, etc. Tratando de promover la comunicación con objetos intermediarios, las sesiones duran dos horas semanales donde los días y lugares son fijos y los grupos son abiertos. El equipo es invitado y no pertenece a la sala, son especialistas en diferentes áreas artísticas.

En el psicodrama analítico en grupo los pacientes se reúnen para dramatizar y cada sesión tiene como eje el dramatizar, mantiene las técnicas morenianas pero con otra dinámica. El director suele ser integrante del equipo con más experiencia en técnicas dramáticas. No está determinado por la jerarquía y podrá existir codirección, nada se opone a que dramatice, sigue las pautas analíticas, no apura al paciente, durante el análisis y comentario es uno más del equipo ya que todos en el equipo tienen doble formación. El protagonista siempre es un emergente determinado por el vector horizontal (grupo) y el vertical (individuo) sin embargo a veces pueden ser varios o el grupo entero. Con este no se lleva a cabo ningún caldeamiento, se suele hacer interpretaciones o señalamientos cuando existen inhibiciones. El tema que el grupo proponga, su trama, los comentarios, la elección de yo-auxiliares, todo será considerado significativo e incluido en las interpretaciones que se hagan en los comentarios. Se presta suma atención a las posibles actitudes defensivas. El escenario es en el centro del círculo que forman pacientes y equipo, no se diferencian niveles de espontaneidad ni tarimas, suele colocarse dos sillas mientras se gesta el emergente y pueden agregarse más de ser necesario para la escena. Los yo auxiliares son de doble formación y entrenados en el juego dramático con profundos conocimientos sobre sus propias

posibilidades de tomar diversos roles ya que también se implica su propia historia en la escena. Debe contar con buen manejo de su cuerpo y templados para la emergencia irruptiva de situaciones psicóticas. El público o auditorio no es posible pensarlo desde esta perspectiva, ya que no hay una división tajante entre el protagonista y el resto, el grupo en función de observador-participante ya que todos están implicados. El caldeamiento lo constituye el mismo grupo ya que al conocerse están caldeados, más que caldear el objetivo aquí es hallar los medios verbales o no de facilitar la emergencia de un tema, el grupo es más activo y menos expectante. La dramatización es el momento más extenso y mientras se dramatiza se trata de postergar toda interpretación y señalamiento. Solo se interrumpe en casos extremos. Los comentarios o análisis marcan el momento final es donde se configuran la devolución verbal de lo dramatizado, se privilegia la expresión de afectos, se hacen señalamientos e interpretaciones al protagonista y también al grupo si así se requiere (Kononovich, 1981).

De acuerdo también a Kononovich (1981) con relación a estos son tomados en cuenta tanto el social, grupal y psicodramático. Si el equipo cuenta con 5 o 6 psicodramatistas se podrá llegar a 25 pacientes. La psicoterapia de grupo con técnicas dramáticas que utilizan la dramatización espaciadamente como recurso complementario del verbal-interpretativo, se trabaja con grupos reducidos, los pacientes actúan como yo auxiliares. Se recurre a la dramatización para desbloquear situaciones en las que con el relato no alcanza y en dramatizaciones explicativas. El equipo debe ser de la misma terapia.

En la terapia familiar con técnicas psicodramática_puede ser de gran utilidad explorar las identificaciones, interacciones y el sistema de comunicación familiar. La escenificación de escenas cotidianas y la inversión de roles permitirá a los familiares jugar sobre la escena las depositaciones y proyecciones que han hecho sobre el “enfermo”. Debe haber un *timing* apropiado ya que una familia constituye un delicado sistema de equilibrio (Kononovich, 1981).

Siguiendo al mismo autor el grupo de seguimiento con técnicas dramáticas se realiza con pacientes que fueron dados de alta de tratamientos y es un proceso de acompañamiento de integración al medio, se dramatiza escenas cotidianas centradas en dificultades singulares, los objetivos del grupo son focalizados, tiene similitudes con el role playing por sus fines de aprendizaje de un correcto funcionamiento de rol

establecido. La frecuencia suele ser semanal y no se focaliza en promover situaciones que movilicen ya que se encuentran en situaciones de por sí movilizadoras.

Las técnicas dramáticas con fines didácticos se utilizan para el aprendizaje en el desempeño de roles que el estudiante o profesional deberán desempeñar (*role-playing*), en estas se plantean diferentes situaciones que podrían suceder, pueden organizarse para estudiantes de psiquiatría, psicología, enfermeros, voluntarios sociales, etc. El coordinador debe tener bien en claro cuál es el requerimiento institucional y tareas en función de esos roles. Esto permite tener un contacto vivencial anticipado en el “como si” de cómo será su tarea. Este encuadre excluye las interpretaciones ligadas a lo personal, pero las manifestaciones deberán ser tratadas en un marco terapéutico (Kononovich, 1981).

Para Kononovich (1981) las técnicas dramáticas con fines sociodramáticos no es terapéutico ni didáctico, o sea para el diagnóstico o el tratamiento de conflictos de los grupos entre sí. Quizás podría ser terapéutica aplicada a la patología de las instituciones cuando se presentan conflictos en los diversos grupos a fin de esclarecer los factores que perturban la tarea y pesquisar la situación problemática.

4.5 La comunidad terapéutica

De acuerdo a Kononovich (1981) la ideología de comunidad nace en Inglaterra y Estados Unidos como una combinación de psicología social y la psiquiatría, la primera expresión de “comunidad terapéutica” fue realizada por el psiquiatra Harry Stack Sullivan. En 1938 H. Rowland demuestra la presión que ejercen los diversos tipos de organización informal dentro de una institución regida por una estructura formal establecida. Durante la época de guerra la preocupación se centró en los soldados y dejando desplazados a los niños separados de sus padres y necesitados. Los conocimientos adquiridos hasta el momento instaron a Anna Freud y Dorothy Burlingham a cargo de la Hampstead Nursery a efectuar experiencias a fin de determinar cuál era la mejor manera de atender a esos niños. Al principio los cuidados los proveía el personal de la institución cuidándose de establecer afectos y diferencias entre los mismos, se empezaron a notar signos de retraso emocional por lo cual se abandonó el procedimiento y se crearon las “familias artificiales”, se elegía una madre sustituta para varios niños adoptando la forma de pequeña comunidad.

En la misma línea se inscriben según Kononovich (1981) los trabajos de Bruno Bettelheim y E. Silvester con niños hospitalizados, ellos realizan un exhaustivo estudio

sobre el hospitalismo y las consecuencias en los niños la privación de afecto y contacto corporal. Estos estudios a los que más tarde se suman los de R. Spitzponen especial énfasis en la importancia del marco para lograr el equilibrio psíquico. El antropólogo William Caudill se hace pasar por paciente y convive dos meses internado, descubriendo la gran presión ejercida por el grupo sobre el paciente y como la enfermedad de cada uno tiene que amoldarse a ciertos patrones estables para el grupo. El hospital deja de ser un centro de asistencia tradicional y pasa a convertirse en “comunidad terapéutica”.

Entre 1958-1959 en el mismo pensamiento antipsiquiatra, Ronald D.Laing, A. Esterson y David Cooper tras las experiencias adquiridas la “comunidad terapéutica” se establece como un modelo opuesto a la psiquiatría tradicional. Las experiencias de Cooper casi marginales ya que el único límite era el “no”, se pretendía acompañar sin reglar el proceso por elementos externos. Este movimiento cooperario es testimonial y surge como protesta frente a los procedimientos autoritarios que impone la psiquiatría tradicional (Kononovich, 1981).

Según la descripción de Kononovich (1981) la creciente popularidad del concepto se debe a Maxwell Jones que comienza a esbozar ideas a partir de 1949, en 1959 asume la Unidad de Rehabilitación Social en el Hospital Belmont en Escocia. A partir de 1963 aplica estos conocimientos cuando pasa al Hospital Dingleton. Sus trabajos aparecen ligados a Rapoport. Algunas apreciaciones de Rapoport fueron: La organización social hospitalaria tiene efecto terapéutico; La interacción es el eje sobre el que gira el tratamiento; La creación de oportunidades reales de realizar diferentes roles lo que lo define como comunitario; Todas las relaciones posibles son terapéuticas; Debe haber un clima emocional propicio de tolerancia, permisividad y favorecedor de aprendizajes positivos; Se otorga primacía a la comunicación. La comunidad de M. Jones se apoya en estas premisas y propone que todas las decisiones deben ser debatidas en grupo en todos sus niveles y no la dirección jerárquicamente tradicional. Esto conlleva un verdadero aprendizaje social para superar situaciones críticas, también cobra un nuevo sentido el concepto de crisis ligado a la posibilidad de crecimiento individual y colectivo. Jones propone para abordar algunos principios básicos como:

- Confrontación cara a cara: se convoca a las personas directamente involucradas en la crisis y se las confronta a fin de debatir puntos esenciales y evitar la comunicación distorsionada.

- Oportunidad: se procura no perder el sentido de la oportunidad y para que no se enquistase el problema es conveniente hacerlo en el momento mismo que se detecta.
- Liderazgo neutral capacitado: para coordinar y aprovechar la confrontación, los cuales no tienen que estar implicados en el conflicto.
- Comunicación abierta: la comunicación debe ser libre sin temor a represalias.
- Nivel apropiado de sentimientos: deberá mobilizarse un apropiado quantum de ansiedad a fin de evitar parálisis o la inhibición de cualquier cambio.
- Actitud de los participantes conducentes al crecimiento: todos los participantes en las confrontaciones deben estar dispuestos a autoexaminarse, a analizar sus roles, a expresarse libremente y a permitir que los demás también con respecto a ellos.

Esta concepción no delimita claramente cuando se brinda un adiestramiento y cuando un tratamiento.

En Argentina en consideración a Kononovich (1981) la experiencia del Austen Riggss Center de Massachusetts, Estados Unidos es tomado muy en cuenta tras la publicación de Emilio Rodríguez, la impronta era el “ejercicio de la democracia” donde pacientes tenían voz y voto dentro de la llamada “asamblea comunitaria”. A lo largo del tiempo este modelo se enfrentó no solo a la presión del entorno sino también a su propio proceso como: ¿Qué hacer con, los pacientes que niegan al tratamiento, los marginales, los violentos, la sexualidad, etc.?; ¿Se debe castigar, segregar?; ¿Cómo se distribuye el poder, quien es responsable ante los familiares, de la terapia, la orientación, los criterios, las altas, etc.?

Para Kononovich (1981) los inicios del psicodrama comunitario se caracterizaron por la búsqueda de escenas dramáticas en el cual surja material inédito de los pacientes, capaces de abordar aspectos centrales de su psicopatología y basales en el discurso comunitario. El mismo con el tiempo se constituyó en un laboratorio expresivo y elaborativo de los conflictos y las vicisitudes por los que atravesaba el servicio, por lo cual a veces se convertía en sociodrama, las escenas eran colectivas y el protagonista era la comunidad. Los tres momentos en aquella experiencia fueron: La búsqueda de escenas significativas; El tema conflictivo como protagonista y; La comunidad como protagonista. El equipo se formaba por varios psicodramatistas, la sesión era concebida como una tarea coterapéutica en la cual el director podía consultar a sus compañeros e

incluso ser reemplazado en su ausencia. Durante los comentarios el equipo funcionaba de forma simétrica, todos con doble formación y experiencias terapéuticas en grupos. Las sesiones eran semanales y duraban dos horas aproximadamente, planteada como actividad comunitaria a todos los integrantes que participaban de los grupos, la presencia o ausencia constituía un acto significativo. El caldeamiento consistía en un sondeo verbal muy general y abierto, evocando los efectos de la sesión pasada, sobre todo a todo aquello que no pudo ser dicho o que fue surgiendo entre las sesiones donde también el interés por los ausentes, procurando una circulación de opiniones y comentarios previa a la emergencia del protagonista, se trataba de posibilitar un discurso y una escucha. La emergencia del protagonista, ya sea individual o grupal marcaba el comienzo del segundo tiempo. La escena era un punto de partida, un disparador, la invitación a personajes y fantasmas a escena. La tarea era permitir y facilitar el despliegue evitando las conclusiones con el fin de que ese material generara un nuevo material y su abordaje fuese posible desde las distintas instancias comunitarias. La posibilidad de secuenciar el relato y situarlo en el espacio funcionaba como discriminador entre espacio real y espacio imaginario como también una diferenciación de yo/no-yo.

Los pacientes más regresivos necesitaban una concretización de la escena para tener presencia real. La inversión de roles se realizaba con cautela evitando confusiones y para el resguardo de sus identidades, el soliloquio cuando era necesario también se suplantaba exitosamente por el reportaje. Siempre respetando los tiempos de los pacientes sin olvidar la diversidad y heterogeneidad de los grupos. Se proponía con el psicodrama comunitario un espacio sólido, estable, con reglas claras para poder abordar con una disponibilidad conocedora de sus propios límites. Finalizada la dramatización se centraba nuevamente en lo verbal donde los comentarios tenían de referencia lo dramatizado cualquier otro tema se postergaba o se derivaba a la instancia comunitaria correspondiente. El protagonista ocupaba la atención primordial como un paciente saliendo del quirófano (Kononovich, 1981). El orden de comentarios se desarrolla siguiendo un orden:

- El protagonista verbalizaba todo lo que sintió.
- Los yo-auxiliares hacen otro tanto.
- Los espectadores también verbalizan sus sentimientos.
- Se solicita a los pacientes y luego a los profesionales las observaciones e impresiones.

- Se intenta hacer una síntesis dejando constancia de los temores y angustias, de los movimientos defensivos obvios, de las negaciones, disociaciones y proyecciones que se pusieron en juego. Concluye la sesión y se retoma la siguiente semana a la misma hora y en el mismo lugar.

4.6 El cuerpo en la escena institucional

Para Kononovich y Saidón (1994) en el trabajo con la escena institucional llevo a pensar al cuerpo como un lugar privilegiado de análisis, territorio de anudamiento entre la institución y el fantasma. Los fantasmas, la organización y el poder se sirven de los cuerpos para su despliegue y realización. No hay un cuerpo que escape a este régimen de afectaciones. Una concepción puramente organizacional o psicosocial deja de lado este régimen de afectaciones corporales. En esta perspectiva clínica se trae la encarnadura corporal tratando de mostrar la manera singular y concreta en la que cada cuerpo está presente, se piensa que los cuerpos instituyen algo, resisten o se juegan a través de los síntomas, convocan a nuevas situaciones o a la repetición de los instituidos dominantes.

La libertad que se plantea en la gestación de diferentes espacios no está sostenida de una técnica determinada si no en aquellas que permitan liberar el cuerpo de las palabras. Consiste en marcar el sufrimiento y el goce corporal. El goce no necesariamente es ausencia de sufrimiento, es también un flujo deseante, que se expresa de diversos modos a través de la producción institucional. La queja dentro de la institución instituye un lugar donde goce y sufrimiento están mezclados. Esta queja inespecífica obnubila el análisis, lo cual hace necesario pasar a otro estadio de funcionamiento e intercambio para que aparezcan los síntomas como expresión del sufrimiento o del goce en la institución. Un enfoque clínico requiere un relevamiento permanente de las resistencias, posibilidades, fragilidad o consistencias de las fuerzas instituyentes. La falta de recursos institucionales, la privación y la pobreza de los sectores que demandan asistencia y los bajos salarios de los técnicos, son cuestiones que tienen peso considerable en la producción de subjetividad. La queja puede también tener valor instituyente cuando abre, motoriza hacia otros grupos, cuando para ser escuchada inventa otros modos de expresión. Por lo cual las escenas institucionales serían un intento de darle un nuevo modo de corporeidad a la queja (Kononovich y Saidón 1994).

En la búsqueda de comprensión de los procesos singulares que tienen efecto en los grupos supernumerarios, se trabajó en el concepto que se denomina efecto masa. El

efecto en masa es un término para describir un modo de funcionamiento en los grupos supernumerarios que presenta características diferenciadas de las que han sido comúnmente descriptas en el pequeño grupo. El sentido de la palabra efecto lo tomamos como acción, un proceso de afectación, de producción o realización de una potencia. El grupo supernumerario puede oscilar entre 15 y 100 integrantes, estos constituyen un campo de diferentes niveles, el grupal como el institucional se entrelazan formando un bloque que deberán ser objeto de análisis e intervención dando lugar a procesos de singularización, que esta última posibilitará el análisis de la implicación de cada uno de los actores. El movimiento de la masa tiende al mantenimiento de una potencia, la expansión y la realización de la máxima intensidad posible. En cambio en un grupo pequeño demanda su mayor esfuerzo en el sostenimiento de la organización, la pertenencia, los vínculos y la dinámica interna (Kononovich y Saidón 1994).

La masa funda un sentido inexistente, de promover un cambio de estado apelando al disfraz y la fantasía sin tomar en cuenta lo efímero y discontinuidad de estos intentos. Al grupo más que fundar, le importa sostener, mantener e instituir. El desafío en grupos supernumerarios es como instrumentar los procesos de la creatividad sin caer en las propuestas organizacionales, en dar lugar a la producción, al surgimiento, a la circulación de sentidos que surgen del efecto masa. Para estos autores en el trabajo psicodramático sorprende la facilidad con que se obedece las consignas. Pareciera tributario de lo masivo (disfrute y goce por lo colectivo) y, el placer de ejecutar acciones de manera descomprometida que viene desde un coordinador, jefe, director, etc.

Kononovich y Saidón (1994) denominan dramatización afección a la escena en la cual los cuerpos les acontece algo del orden de la incertidumbre, de lo inesperado, de lo impensado, donde se pierde el timing convencional. En los diferentes procesos de experimentación psicodramática y de grupo en su fundación, hubo tránsito por el borde entre lo corporal como flujo energético y la verbalización que intenta dar significado por el otro. Una de las modalidades se sustenta en las leyes que organizan el discurso y la otra en los efectos que producen los cuerpos, sus expansiones, composiciones y expresiones. La dramatización afección se desarrolla en un espacio que se establece en el borde de ambas opciones. Se trataría de extraterritorializar lo instituido, flexibilizando tanto al verbalismo como al corporalismo.

Moreno fue un pensador que producía más allá de los límites que le imponían los saberes de su época cuestionando las conservas culturales. Los conceptos acerca del cuerpo libidinal del psicoanálisis, cuerpo en las relaciones de producción del marxismo,

cuerpo significativo en la lingüística estructural, se transforman en conservas obstruyendo la creatividad. Trabajar desde otro lugar es usar las ideas que en ella se producen, usamos la palabra cuerpo, la idea de cuerpo, el cuerpo del cuerpo para dar consistencia a esta marginalidad, extraterritorial, fuera de las conservas culturales. Estas ideas bordean con prácticas como la danza, canto, trance, etc. No se pretende ninguna experiencia trascendente, por el contrario, se trata de una reflexión sobre los distintos atravesamientos institucionales. La dramatización afección es el instrumento a partir del cual trabajamos la transversalidad, la posibilidad de vivir esta intensidad y al mismo tiempo sostener el objetivo básico del taller, que consiste en la exploración de nuevos modos de pensar colectivamente, es lo que posibilita salir de la relación de obediencia a las consignas.

4.7 Algunos aportes relacionados al psicodrama y las terapias.

Belloso Ropero, J.J. y Gómez Holdalgo F. (2014) realizaron un trabajo de Psicodrama con pacientes de diagnóstico de trastorno mental grave en el Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid. Describe la imposibilidad de no conectar con la potencia vivencial y grupal, la evolución dio lugar al encuentro íntimo donde no se limitaba a la participación en ejercicios de caldeamiento y se superaban las dicotomías entre pacientes y profesionales emergiendo personas en busca de la integración y mejoría que se fue dando con el paso de las sesiones.

López, L.; Zuretti, M.; Martinoia, P.E. & Ojeda Claudio (2019) definen al psicodrama como un método creativo y vincular, por eso se trabaja a través de la acción dramática. Por medio de la sociometría se puede medir, evaluar e investigar las relaciones interpersonales dentro de los grupos. El objetivo del taller es vivenciar el método psicodramático desarrollando técnicas de descubrimiento de nuestros vínculos significativos y compartiendo lo vivenciado como la experiencia del desarrollo de este método en la clínica.

Sotos, Brian Mauro (2020) realizó un estudio en una institución de personas que padecen de consumo problemático de sustancias psicoactivas, en un dispositivo grupal psicoanalítico con la utilización de técnicas dramáticas. La demanda manifiesta se relacionaba al vínculo familiar o conviviente que se caracterizaba por ser escaso o nulo y lo relacionaban como consecuencia de su consumo. En el trabajo sobre la dinámica intervencional y la identificación al ser “adicto” se refleja desde un primer momento la

identificación grupal “monosintomática”, se promovieron las condiciones y posibilidades de trabajar sobre la singularidad del caso por caso.

Como se observa hay muchos estudios que pueden explicar el fenómeno de adicciones desde varias disciplinas e inclusive con diferentes definiciones y visiones, en su mayoría con grandes avances, pero sigue siendo un problema cada vez más numeroso y de consecuencias cada vez más expuestas, lo cual motiva este estudio y el cruce de las dimensiones que se nombran en otros estudios como el estilo de personalidad, los factores de riesgos de recaídas y las técnicas psicodramáticas.

5 METODO

5.1 Tipo de estudio o diseño

Se trata de un estudio transversal y longitudinal de tipo comparativo. El estudio es comparativo porque pretende determinar si existen diferencias entre dos momentos (al inicio y al final) en la práctica del psicodrama y si existen diferencias en cuanto al grado de recaída a las drogas entre dos grupos (psicodrama en grupo y psicoterapia individual). Se utilizó el tratamiento cuantitativo de datos analizados mediante el programa *SPSS* (v.22.0).

5.2 Objetivos

General

Evaluar cambios en los rasgos de personalidad en adictos adultos varones a lo largo de un tratamiento psicoterapéutico grupal y su relación con el grado de recaída a las adicciones.

Específicos

- Identificar los rasgos de personalidad en adictos adultos varones al inicio de un tratamiento psicoterapéutico grupal utilizando las dimensiones con sus escalas

que nos ofrece el MIPS: Metas Motivacionales (Apertura-Preservación, Modificación-Acomodación, Individualismo-Protección), Modos Cognitivos (Extraversión-Introversión, Sensación-Intuición, Reflexión-Afectividad, Sistematización-Innovación), Relaciones Interpersonales (Retraimiento-Comunicatividad, Vacilación-Firmeza, Discrepancia-Conformismo, Sometimiento-Control, Insatisfacción-Concordancia)

- Comparar el mismo grupo de adictos al finalizar las sesiones de psicodrama con el mismo cuestionario (MIPS) para explorar y evaluar posibles cambios en los estilos de la personalidad.
- Comparar diferencias en el grado de recaída a las adicciones entre un tratamiento psicoterapéutico grupal con prácticas psicodramáticas y psicoterapia individual. Evaluando a través del cuestionario (DTCQ-8) la Autoeficacia o Seguridad de evitar consumir drogas en situaciones de riesgo
- La población se caracteriza por ser adultos varones en tratamiento de adicciones, pertenecientes a la zona sur del Conurbano Bonaerense de clase socio-económica media-baja. El grupo de 12 adictos que realizó psicodrama estaban internados en el momento de las sesiones y los 14 sujetos del grupo de comparación realizan terapias individuales en lugares diferentes con profesionales que no pertenecen a la Fundación Plural.

5.3 Hipótesis

H1. Se encontrará una disminución en la recaída a la droga en aquellos adultos varones adictos bajo tratamiento psicoterapéutico grupal (con prácticas psicodramáticas) en comparación con la psicoterapia cara a cara (sin prácticas psicodramáticas). Se espera que la vulnerabilidad a la adicción disminuya en aquellos que participaron de ejercicios vivenciales grupales en comparación con quienes participaron en sesiones de psicoterapia individual.

H2. Se encontrará que el Estilo Cognitivo medido por el MIPS tenderá a mostrar cambios a lo largo de una serie de encuentros/sesiones de la psicoterapia grupal (psicodrama).

5.4 Muestra

Se entrevistó a dos muestras de varones adictos al Alcohol ($n = 9$; 34,6%), la cocaína ($n = 9$; 34,6%), y el PBC (“Pasta base de Cocaína”) ($n = 8$; 30,8%). El grupo que participó en sesiones regulares de prácticas psicodramáticas estuvo integrada por 12 participantes cuyo rango etario era de 22 a 53 años (Media = 37,67 años; DT = 9,79), reclutados en el Centro Fundación de Recuperación Plural de Quilmes en la zona sur de la Provincia de Buenos Aires. Otro grupo que sirvió como “control” de la psicoterapia grupal (sólo participó en sesiones de psicoterapia individual) estuvo integrada por 14 adultos cuyo rango etario era de 19 a 50 años (Media = 31,00 años; DT = 9,91), reclutados en consultorios de Fundación Plural de la ciudad de Quilmes, en la zona sur de la Provincia de Buenos Aires.

5.5 Instrumentos

Cuestionario de Recaida a la Adicción (Drug-Taking Confidence Questionnaire, DTCQ-8) elaborado por Tejero, Trujols y Roca (1993), tiene el propósito de evaluar la autoeficacia o seguridad de evitar consumir drogas en diferentes situaciones de alto riesgo (1980, 1985, 1993). La versión libre aquí contiene 8 ítems y en cada uno de ellos se le solicita que se imagine a sí mismo como si realmente estuviera en esa situación. Cada participante valora su grado de confianza o seguridad para mantener la abstinencia, o para resistirse a consumir drogas en una escala que va desde el 1 (no estoy seguro de poder) hasta 5 (estoy muy seguro de poder). Los valores que se obtienen ofrecen una información clínica importante para planificar los objetivos del tratamiento y las estrategias de prevención a las recaídas. Los resultados del trabajo de Tejero, Trujols y Roca (1993) muestran que el *Drug-Taking Confidence Questionnaire* posee una consistencia interna satisfactoria para las 8 subescalas, con un Alfa de Cronbach de 0.95 para la escala total (para esta muestra el Alfa de Cronbach fue de .95 para los 8 ítems).

Índice Millon de Estilos de Personalidad–Revisado (MIPS-R; Millon, 1994). Tiene fuerte respaldo teórico y práctico. Consta de 180 ítems de respuesta dicotómica (Verdadero/Falso) que proporciona una evaluación de la personalidad. El MIPS-R aborda tres dimensiones clave de personalidad normal. Para su realización, Millon se

basa en lo que llamó un “abordaje teórico latente”, de manera que no utiliza técnicas estadísticas para descubrir qué tipo de rasgos latentes o profundos presenta el sujeto, que son aquellos rasgos más intrínsecos que guían la forma de pensar, percibir, afrontar, sentir y comportarse de una persona. La confiabilidad de consistencia interna de la escala MIPS oscila entre .70 a .84. El MIPS comprende 24 escalas que se agrupan en 12 pares, los cuales se diferencian en 3 áreas:

- *Metas Motivacionales*, relacionadas con la adaptación de la persona con el medio externo, el ambiente (Apertura-Preservación, Modificación-Acomodación, e Individualismo-Protección).
- *Estilos Cognitivos* relacionados con las estrategias que tiene la persona para obtener información del medio y lo que hace con ella (Extravertido-Introvertido, Sensitivo-Intuitivo, Reflexivo-Afectivo, y Sistematizador-Innovador)
- *Conductas Interpersonales* tiene que ver con la forma que tiene el sujeto de relacionarse con los demás (Retraimiento-Comunicatividad, Duda-Seguridad, Discrepancia-Conformidad, Sometimiento-Control, e Insatisfacción-Concordancia).

5.6 Procedimiento

Se distribuyeron ambos instrumentos, entregados en mano, y se dieron instrucciones para completarlos. Los datos fueron tratados con confidencialidad y anonimato de sus respuestas. Los cuestionarios fueron administrados en grupo con los sujetos internados, en el S.U.M. dentro de la institución.

El primer cuestionario fue tomado el 11 de diciembre de 2019 de forma grupal aclarando cada duda del test, la investigación y del consentimiento informado correspondiente, una semana previa a la aplicación de las técnicas de psicodrama a desarrollar en cinco sesiones. El 22 de enero de 2020 se tomó el segundo cuestionario a una semana posterior a la experiencia de las técnicas también en forma grupal en el S.U.M. de la Institución.

Entre los días 11, 12 y 13 de enero de 2021 se tomó el cuestionario de recaída DTCQ-8, a los 11 miembros que pudieron realizar todas las sesiones de Psicodrama, los mismos dados de alta hace más de 9 meses por lo cual se realizaron encuentros individuales para tomarles el cuestionario personalmente y pudieron colaborar para la comparación con otro grupo en la continuidad de la investigación, se excluyeron los casos en los cuales participaron parcialmente de los espacios del tratamiento.

Entre los días 14 y 15 de enero de 2021 se les tomo el DTCQ-8, al grupo de comparación que fueron 14 sujetos, hombres, adultos que se encuentran en tratamientos psicoterapéuticos individuales con un tiempo mínimo de 8 meses en sus terapias, alguno de ellos han pasado por procesos de internaciones previas. Los encuentros fueron de manera individual con la explicación necesaria.

Los participantes firmaron un formulario de consentimiento y se les informó que podían negarse a participar. La participación fue voluntaria y sin pago.

De acuerdo a Kononovich (1981) Moreno plantea a las técnicas psicodramáticas surgidas de las etapas de la teoría del desarrollo del niño y están centradas en el yo-auxiliar, estas producen cierta disociación yoica: una parte desempeña el rol y la otra el control del resto de la personalidad. Esto ayuda a revelar aspectos del yo que no son conscientes para el sujeto. Entre las más básicas se encuentran:

- El yo auxiliar consiste en la disposición consciente del cuerpo con los ajustes expresivos y de represión necesarios dando paso a la libre expresión de las respuestas creativas del protagonista.
- El doble sirve para crear un espacio reflexivo para ayudar al protagonista a acercarse hacia aspectos de sí mismo, verbalizar o expresar aquello que no puede sin ayuda.
- El espejo ofrece la perspectiva de los otros donde el sujeto está representado por un ego-auxiliar, en este caso la reproducción no es verbal y favorece al insight tomando consciencia en auto-observación.
- La inversión de roles implica un mayor desafío en el desarrollo psíquico, ya que implica mayor disociación y potencial de abstracción (yo que no soy yo), sirve para vivenciar internamente el punto de vista del otro y confrontar la perspectiva del otro con la propia. Existe la forma tradicional “in situ”, la representacional en la cual uno de los personajes involucrados está ausente y es encarnado por un yo-auxiliar.
- El soliloquio invita al protagonista o a un yo-auxiliar a que exprese en voz alta como hablándose así mismo sus sentimientos, confusiones, estados y dificultades que encuentra. Buscando discursos más inaccesibles con la evolución progresiva del grupo.
- El doblaje consiste en la entrada de los participantes al mundo interno del protagonista, poniendo la mano en el hombro (facilita la inmersión y cercanía) y

verbalizando lo que imagina que piensa y siente el protagonista, puede ser un gesto.

- La escultura es una forma rápida y sin palabras de concretizar y expresar lo intangible, moldeando el cuerpo y expresando lo que vive internamente.
- La silla vacía que consiste en colocar una silla enfrente al protagonista y que se imagine que en ella está sentado el personaje con quien se trabajara el conflicto.
- La entrevista en rol es una mini-entrevista a cada personaje para cargar el rol durante el caldeamiento específico.

5.7 Primera sesión:

En este primer encuentro del 18 de diciembre de 2019 se realizó un encuadre de tiempos (hora y media), espacios (S.U.M.), 5 días de sesiones y roles. Este primer grupo conformado por 18 sujetos adultos y varones en tratamiento a las adicciones, una psicóloga de la institución como observadora en las sesiones de psicodrama y el que subscribe como coordinador de la tarea.

Después de nombrar estos roles se llegó a un acuerdo grupal de abandonar en cualquier momento si lo creen necesario o de levantar la mano en cualquier urgencia, asimismo se acordó que en el caso de un nuevo integrante a la internación, el grupo (compañeros, la psicóloga y coordinador) le comentará del proyecto en primera oportunidad de dialogo entre las sesiones y, si este está dispuesto a participar lo podrá hacer firmando el consentimiento informado, se le aclarará al mismo que no va a ser parte de la muestra para la Tesis. El primer objetivo es la participación activa del grupo como miembros del mismo combinando la técnica verbal y corporal.

Se dispuso un círculo donde las preguntas, respuestas y aclaraciones fueron entorno a que es el psicodrama, como se realiza, que técnicas usaríamos.

El objetivo del psicodrama se realiza a través del encuentro que en este caso era grupal, y que ayuda a modificar la relación con los demás y con uno mismo, ofreciendo y amplificando la posibilidad espontánea y creativa de vivenciar alternativas a la propia realidad conocida.

Se les explica a los participantes que el psicodrama cuenta con tres momentos claves que son el caldeamiento, la dramatización y el tiempo para compartir.

El caldeamiento es un tiempo para permitir que la creatividad sea posible, generando un clima de seguridad, confianza, para el contacto propio y prepararse para la

acción. Puede facilitarse a través de juegos, acción, palabra, expresión extendida que sirva para que surja el tema para poder profundizar, a partir de allí surge el protagonista o los protagonistas.

El segundo momento es la dramatización que es lo que se trae al aquí y ahora a través de la acción y del cuerpo, situaciones, vivencias, sueños conflictos, que están presentes para el protagonista teniendo la posibilidad de actuarlo y vivenciarlo. Estas escenas pasadas, presentes, reales o imaginarias a través de las acciones que son exploradas y esto permiten reintegrar nuevas manera de pensar, sentir y actuar.

La sesión finaliza cuando se comparte en grupo y se expresan sensaciones y vivencias que resuenen en el interior, desde su sentir, después de la dramatización.

Algunos en el grupo ya habían experimentado Psicodrama en otras instituciones, uno de ellos comento situaciones vividas de formas traumáticas a lo cual, les propusimos el trabajo de una de esas escenas.

Este surgimiento sirvió para pasar al momento de la dramatización y, para hacer una aclaración en que hay varios tipos de psicodrama, nosotros utilizaríamos de aquí en adelante dentro del modelo moreniano el psicodrama pedagógico o también llamado Socio-drama que consiste en un modo de aprendizaje a través de la experiencia y explorando las escenas, integrando los diferentes aspectos, miradas y donde nadie los va a llevar a trabajar obligatoriamente en cuestiones no deseadas, traumáticas o que estén por fuera de este nuevo aprendizaje para el grupo ya que este será, democrático en la elección del tema y por fuera de los marcos exclusivamente clínicos.

La escena elegida es aceptada para el trabajo por el protagonista y el grupo para poder explorar que fue lo sucedido en el momento.

El protagonista cuenta que en otra institución donde se encontraba en una sesión de psicodrama le surgió una escena de violencia con su padre y que a pesar que él no estaba dispuesto a realizarla se sintió obligado, pero ahora quería probar porque cuenta haber quedado resentido con la institución, el terapeuta y su padre.

Se apartó al protagonista del grupo mientras las indicaciones al grupo fueron que se acomoden en una de las mitades del S.U.M. quedando ellos como espectadores y el espacio vacío como lugar escénico donde se desarrollara la acción. Se realizó una breve entrevista para saber cómo y por quienes estaba compuesta la escena, la cual estarían Él,

un yo Auxiliar ocupando un rol de Padre y, otro yo auxiliar ocupando el rol de Terapeuta.

Se sugirió al protagonista que eligiese entre sus compañeros a sus yo auxiliares para la escena y les cuente brevemente a cada uno sobre el personaje y que ellos puedan preguntar aspectos para poder realizar el mejor rol posible, les explico a los tres que la función del yo auxiliar es importantísima ya que consiste en brindar el apoyo necesario para poder confrontar con las percepciones y experiencias internas que este tiene de los roles y figuras que dominan su mundo.

En la escena ya están dispuestos frente a frente Él (Protagonista) y Padre (Yo auxiliar) y el Terapeuta (yo auxiliar) al costado derecho del protagonista y El Coordinador al izquierdo.

Comienza a desarrollarse la escena y el Protagonista negándose con la cabeza a decirle cosas al Padre que se encontraba en una postura pasiva, el Terapeuta en una posición activa gritándole muy enérgicamente que enfrentara a su padre. Se detuvo la escena y se pidió a cada uno que realice un soliloquio que es la técnica en la cual los protagonistas y yo auxiliares expresan en voz alta y como hablando consigo mismos, sus sentimientos, su confusión, su estado de ánimo, sus dificultades. Consiste en verbalizar lo manifiesto y puede indicar donde se encuentra emocionalmente el protagonista, sus ambivalencias y facilita a todo el grupo comprender mejor la situación conflictiva para intervenir.

Soliloquio del Padre: no sé qué tengo que hacer, me siento inútil en este lugar, pensé que me iban a gritar, o a hacer algo violento, me siento solo, impaciente, me da vergüenza estar parado acá.

Soliloquio del Terapeuta: me siento eufórico, no sé porque le estoy gritando, porque esfuerzo la situación, me enoja mucho conmigo mismo, me siento expuesto y malo.

Soliloquio del Protagonista: soy un tarado que me dejo gritar por cualquiera, si lo agarro en la calle a este no me dura un minuto, no tengo nada para decirle a mi papá porque se murió siendo un hijo de puta, nos pegaba y yo no decía nada, tengo una bronca, odio, quiero pelear pero soy un cajón, tengo miedo, no quiero caer preso de nuevo (se hizo un silencio y se caían lágrimas de sus ojos), es la primera vez que digo esto.

Se agradeció al protagonista y a los yo auxiliares e invite a todo el grupo a volver al formato circular para ir a la parte final que es la de compartir como resonó el trabajo en cada uno.

Algunos que nunca habían tenido psicodrama les pareció una experiencia movilizarte y novedosa, algunos les gusto el poder ver las escenas desde afuera y con varias miradas, lo describieron como una herramienta importante, otros resonaron y se enojaron con la figura del Terapeuta que obligaba a hablar, otros resonaron con la imposibilidad de hablar en muchas situaciones de sus pasados y con la posibilidad de violencia, algunos menos con el padre violento y que en público se muestra pasivo.

Al final se preguntó nuevamente al protagonista y, manifiesta sentirse aliviado por poder decir lo que tenía guardado y que se quedó con otra impresión del psicodrama, las terapias y sus compañeros. Se describió como una persona difícil y que no le gustan las figuras de autoridad, pero que se sintió apoyado por el grupo y que pudo hablar del miedo a volver a estar en la cárcel por su formas de reaccionar después de guardarse cosas que siente, que pudo recuperar algunos sentimientos y emociones.

Cuando se dio por finalizado el grupo muchos de sus compañeros se acercaron a darle un abrazo.

5.8 Segunda sesión:

Se realizó el 24 de Diciembre de 2019 en el marco pre fiestas de fin de año y con el abandono de tres personas del grupo en tratamiento.

El S.U.M. ya se encontraba preparado y listo (limpio, sin sillas ni mesas que obstaculicen el movimiento libre) por los mismos integrantes de grupo.

Algunos de los participantes estaban descalzos por lo cual les sugerí hacer a todos lo mismo y dimos comienzo al caldeamiento. Este se basó en la percepción corporal, utilizando caminatas en diferentes ritmos y modos, diferentes técnicas de respiración y movimientos corporales, juegos de miradas y micro gestos, todos sin la utilización de la palabra con el objetivo de hacer la mayor introspección, reconocimiento de sensaciones propias, del espacio, de los otros y poder conectar con el aquí y ahora.

Se sugirió buscar el espacio y posición más cómoda posible y, una vez encontrada que cierran los ojos y se dejen llevarse por las imágenes internas que se aparezcan con el objetivo de elegir una escena, se les pide que le pongan un título y si quieren pueden compartirlo en voz alta con el grupo y de estos títulos elegiríamos la escena a explorar.

Algunos de los títulos fueron recurrentes en cuanto a la referencia de la familia, las fiestas, el consumo, el miedo y el abandono de tratamiento, el título elegido por la mayoría fue “Navidad en Recuperación”.

Se aparta al primero que se propuso como protagonista para obtener más datos de la escena mientras los demás se acomodaban en el espacio que propusimos como público dejando libre el espacio escénico.

La escena consistía en una escena temida de lo que podría pasar a la noche en su casa, junto a su familia en la mesa, integrada por Padre, Madre, Novia, Hermana, y Amigo de consumo. Hubo elección de yo auxiliares por parte del protagonista para cada rol y luego de una breve entrevista entre los involucrados dimos inicio a la escena.

Se pidió a cada yo auxiliar que exagere los aspectos de cada rol para poder ir al máximo del potencial de espontaneidad y creatividad.

La escena arranca en la mesa a la hora del brindis, Padre en una de las cabeceras, Madre y Hermana del lado derecho, Novia y Protagonista del lado izquierdo y Amigo en la otra cabecera. La exageración de los personajes sorprende al Protagonista y a los que participaban de Público con reacciones de risas y algunos aplausos.

Se detiene la escena para que cada uno realice un soliloquio con el mismo objetivo del taller pasado y desde allí poder aplicar otra técnica. Algunos soliloquios fueron:

Amigo: Tengo ganas de consumir, no me banco ver a mi amigo feliz, con su familia y yo solo, soy un mal amigo, esta rica la comida, estos caretas no me dejar servirme alcohol.

Novia: Que bueno que pudo salir de la internación, lo extraño mucho, no veo la hora de estar sola con él, no se quien invito al amigo, espero se vaya rápido, me siento entusiasmada, espero esta vez sea todo diferente.

Hermana: no quiero este rol, nadie me tiene en cuenta, porque no puedo traer a mi novio.

Madre: Estoy feliz de tenerlos a todos bien y unidos, extrañaba este momento, es para lo único que vivo.

Padre: Espero esta vez mi hijo se porte bien, estoy podrido y cansado, invite a su amigo porque la Madre quiere ayudarlo también y no sé porque me mira mal, que rico este vino que me compre, con todo lo que trabajo me merezco unas vacaciones del

quilombo de los tratamientos, que se quede de una vez y trabaje para ayudarme, no sé qué hace la novia acá, espero hoy no me rompan las p....

Protagonista: me siento alegre de poder estar en casa, también tengo miedo de que me agarre ganas de consumir, me siento incomodo, pienso que esperan mucho de mí, tengo ganas de brindar con alcohol, lastimare a alguien si digo lo que me pasa, no quiero más estar internado, tampoco estar de novio, no sé cómo ayudar a mi amigo si todavía no sé qué hacer Yo.

Luego de los soliloquios se incorporó otras dos técnicas (Sociometría y el Doblaje) e invitamos a los que estaban de público que se formen en fila detrás de cada rol en el cual se sintieron identificados y que vayan pasando de a uno poniendo la mano en el hombro de cada rol elegido verbalizando lo imaginado y lo que sentía.

El primer objetivo fue medir la identificación de roles en el grupo a través de la Sociometría y que ellos mismos visualicen esa elección para incorporar esta información ante futuras elecciones. La mayoría se identificó con el Protagonista y el Amigo, tres con el padre y uno con la Hermana, hubo tres que prefirieron quedarse como público.

El doblaje es un método por el cual el resto del grupo puede ingresar en el mundo del protagonista, los distintos doblajes pueden mostrar distintos aspectos del conflicto y amplificar los sentidos y acciones posibles para poder aceptar e integrar estos en lugar de expulsar y proyectar hacia el afuera, sobre lo que perdería poder para accionar. Además los doblajes provocan menor resistencia para ser aceptados a todo lo que se diga desde una mayor distancia.

Se pasó al momento del cierre y reflexiones donde pudieron expresar algunas modificaciones del estado de ánimo, emociones, había expresiones de alegría y superación por la participación.

Uno de los que no participo de los doblajes dice que le gusto y pudo pensar cómo manejarse en las fiestas pero le cuesta atravesar la vergüenza, otro manifestó muchas ganas de abandonar el tratamiento porque se siente obligado por la familia, y así fueron fluyendo y todos realizaron un cierre de lo vivido. El Protagonista cuenta el haberse divertido y aprendido mucho con la experiencia de que muchos se sintieron identificados y sus diferentes sentimientos y palabras, como también poder ver que pueden llegar a sentir y pensar los miembros de su familia, su novia y amigo, dice sentirse más seguro

para pasar la fiesta en su casa ya que el elige hacer algo diferente. El taller cerro con aplausos, abrazos y despidiéndose hasta la próxima semana después de que todos vuelvan de la Navidad.

5.9 Tercera sesión:

Ésta se realizó el 30 de diciembre de 2019 con un grupo de 12 integrantes por el abandono del tratamiento de 4 integrantes. Manifestaban malestar físico, agotamiento, desgano y también enojo por el abandono de sus compañeros, contaban la situación de dos que habían abandonado el día de la fecha por una discusión fuerte con uno de los operadores de la institución otros manifestaban tener mucho calor para realizar el taller, estaban negados y se notaba un ambiente de negación, enojo y desgano, a lo cual les preguntó si querían hacer una escena de descanso, la mayoría con gestos de sorpresa respondieron que sí, así que pasamos directo a la acción.

Se propone que se pongan en pareja o de a tres, se recuesten en el piso y se pongan lo más cómodos posible, mientras que dábamos las indicaciones, todavía había algunas quejas por lo cual les recordamos que ninguno estaba obligado a realizar la actividad.

Una vez que estuvieron recostados se pide que cerraran los ojos, que respiren profundo que perciban sus apoyos y todas las sensaciones, entre algunos bostezos y estiramientos se recomendó que cada uno realice una escena de estar descansando, que no lo piensen mucho y se entreguen totalmente a la escena y que hagan soliloquios turnándose con su pareja para que el otro lo escuche esto duro hasta que se fueron quedando callados y estuvieron unos 15 minutos en silencio. Interrogamos si todavía estaban cansados y me respondieron más de uno que ya no, mientras que algunos se habían relajado hasta dormirse teniendo que despertarlos a través de cada compañero más cercano.

Se interrogo si habían escuchado bien a sus compañeros y contestaron que sí por lo cual les explicamos y se propone la técnica del Espejo que consiste en que el Yo Auxiliar representen la escena del compañero imitando lo mejor posible para que el Protagonista se pueda ver de afuera y tomar conciencia de lo que dice, de sus posturas, reflexiones, para poder. El objetivo de esta técnica es que se puedan hacer consiente estas manifestaciones sin la necesidad de confrontación.

En el cierre manifestaron sentirse mejor y útiles en poder ayudarse mutuamente, algunos encontraron aspectos propios que desconocían, uno de ellos pudo contar en

detalle el episodio de sus compañeros que abandonaron y el operador, manifestó querer solucionarlo porque le afecta mucho el accionar del operador en lo cotidiano y que nadie hacia nada al respecto, que los compañeros estaban mal y no sintieron contención, los compañeros también contaban otras escenas y cuentan que tenían miedo de contarlo al Staff, que no querían que lo echen del trabajo porque en parte se sienten muy ayudados por el operador. Se preguntó si querían trabajar en el espacio siguiente el tema para poder desarrollar soluciones posibles y de esta manera finalizó el encuentro.

5.10 Cuarta Sesión:

Llevada a cabo el 8 de enero de 2020. Se habían sumado 5 nuevos integrantes por lo cual se hace una breve reseña del recorrido de este espacio hasta el momento. Luego se preguntó como estaban y si querían retomar donde dejamos o abordar otras escenas, a lo cual respondieron con varios sentimientos, emociones y estados teniendo en cuenta sus diferentes tiempos y recorridos, pero estaban de acuerdo en querer solucionar el problema que algunos tienen con el operador.

El caldeamiento fue un breve recorrido del espacio con ejercicios de respiración y gestos para ubicarse en el aquí y ahora.

Luego se armó la escena con los relatos brindados, La escena era “El Operador levantando a la mañana a los gritos a todo el que se quede dormido”. Una de ellos pide poder representar al operador y otros tres a participar de la escena, se les aclaró que el Operador sería el Yo Auxiliar y ellos Protagonistas.

Comienza la escena con el Operador (Yo Auxiliar) golpeando una olla y a los gritos despertando a los pacientes (Protagonistas), estos últimos murmurando insultos y enojados por tener que levantarse (provoca algunas risas del público que estaba muy atento al desarrollo).

Hacen soliloquios y en el rol de Operador surge: me siento cansado, estos pibes si no se levantan no van a hacer nada de sus vidas, tengo demasiado trabajo. Amplificamos realizando técnicas de doblajes al rol de Operador y técnicas de espejo a los demás roles. De estas surge la rigidez por lado del rol de operador y la imposibilidad de afrontar hablando ya que en el grupo se encuentra reticente a todo tipo de autoridad.

También se incluyó la técnica llamada Inversión de Roles en su forma representacional, es un Yo Auxiliar que encarna el Rol de alguien ausente, en este caso el Operador, esta herramienta es una de las más utilizadas en psicodrama, es útil para la

externalización de las relaciones objétales del mundo interno de los protagonistas, al actuar el rol del otro y hablarse así mismo, los protagonistas entran en un área psicológicamente compleja, sugiere la manera en que ve a la otra persona, la manera que se ve así mismo y muestra la relación como un todo. Se busca generar mayor entendimiento y empatía hacia la otra persona y sobre como las conductas de uno afectan a las otras personas, puede ser una oportunidad para que los protagonistas se enteren como necesita también ser tratado el otro. Se hizo cambio de Roles y que los tres Protagonistas puedan realizar el Rol de Operador.

En el cierre uno de los Protagonistas da cuenta de una actitud pasiva propia, decía que nunca hablo con el Operador ni con el Staff de las situaciones que le molesta y que solo murmuran en grupo pero ninguno encara la situación, dice sentirse culpable por el abandono de los compañeros.

Otro cuenta que cuando hay otros operadores los dejan dormir hasta tarde y que de eso nadie dice nada, que hay mucha comodidad y complot en el grupo hacia el Operador.

Otro aporte reflexivo interesante fue que pasan ambas a la vez que mientras un Operador es rígido, el otro es lo contrario y que la estabilidad vendría cuando yo actúe y hablen para buscar la solución, no sé porque me calle todo este tiempo.

Las ultimas resonancias estabas más a tono con lo lúdico y lo bien que se siente reírse de lo cotidiano, que verlo de afuera baja la tensión e inclusive se pueden asumir como gran parte del problema y la solución.

5.11 **Quinta Sesión:**

En fecha 15 de Enero se realizó la última sesión con tres integrantes nuevos y sin otros abandonos. Contaban sentirse muy bien con el espacio manifestando el interés por la continuidad, les preguntamos qué cambios creen que hubo y las resonancias fueron que respiran mejor, que se sienten más tranquilos y reflexivos, más capaces de resolver problemas que antes no, uno da cuenta que ninguno de los que participo abandono el tratamiento, que sus relaciones mejoraron dentro de la institución, también cuentan que hablaron con el Operador para que no los despierte ni confronte más de esa manera, porque ellos eran adultos y se sentían enojados.

Algunos hasta pudieron hablar con la directora de la institución, lo cual describen como un gran avance ya que se sentían incapaces de poder dar soluciones y hablar con figuras de autoridad, otro cuenta poder haber hablado con su padre después de haber callado mucho tiempo episodios violentos.

Como ya se encontraban en el aquí y ahora se pasó de un caldeamiento muy corto directamente a la aplicación de la Técnica de Escultura o Estatua en dos momentos, es una forma limpia, rápida, sin palabras, de concretizar y expresar lo intangible, lo que faltaba trabajar en el grupo.

Consiste en que los protagonistas se dejen llevar por sus emociones, y sensaciones y moldeen sus propios cuerpos como si fueran arcillas que puedan expresan con su cuerpo lo que están viviendo internamente en la escena concretizando la misma que hace función como metáfora el mundo interno del protagonista, también puede ayudar a tomar conciencia de su posición vital con los otros, del cuerpo en el espacio, el tono muscular, dolores e incomodidades, respiración, emociones, sensaciones.

Se recomendó ocupar todo el espacio disponible del S.U.M., en el primer momento les solicitamos que representen la escena del primer día de psicodrama registrando internamente todo lo que les atravesaba, luego les pedimos desarmar la escena, respirar y caminar buscando otro espacio. En el segundo momento y con la misma técnica se solicita que representen la escena del presente en el aquí y ahora con el objetivo de que puedan buscar si hubo cambios o no de sus estados, posturas, etcétera.

En el cierre tuvieron la oportunidad de expresar con palabras esos dos momentos y tomar registro también de lo que expresan los demás del grupo en cuanto a sus comparaciones internas entre las dos escenas. Terminaron con aplausos solicitando la posibilidad de continuar con un espacio similar ya que notan cambios importantes para sus vidas.

RESULTADOS

Se llevó a cabo un contraste de hipótesis sobre la normalidad de las variables mediante un análisis de Shapiro-Wilks para menos de cien casos. A partir de los valores obtenidos, se asumió una distribución normalizada de las puntuaciones de los ambos instrumentos (MIPS y DTCQ-8) (ver Tabla 1).

TABLA 1: PRUEBA DE NORMALIDAD

<i>Variables</i>	<i>Shapiro-Wilk</i>	<i>Sig.</i>
------------------	---------------------	-------------

1. Metas Motivacionales	,90	,177
2. Estilos Cognitivos	,96	,857
3. Conductas Interpersonales	,89	,147
Recaída a la adicción	,89	,124

En consecuencia, para los análisis estadísticos se decidió emplear, la *t* de Student y la *r* de Pearson para correlacionar.

La H1 predice que se encontrará menor recaída a la adicción a las drogas entre los varones que participaron de la psicoterapia grupal en psicodrama en comparación con la psicoterapia individual, lo cual se confirmó, mediante el estadístico $t(21,36) = 8.55$ (Sig. < .001, ver Tabla 2).

TABLA 2: COMPARACION ENTRE PSICOTERAPIA CON PSICODRAMA Y PSICOTERAPIA INDIVIDUAL EN RECAIDA A LA ADICCION

<i>Variable</i>	<i>Grupo</i>	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>DT</i>	<i>t</i>	<i>Sig.</i>
Recaída a la adicción	Con Psicodrama	12	33,25	2,49	8,55	< ,001
	Sin Psicodrama	14	21,36	4,21		

La H2 predice que los Estilos Cognitivos tenderán a mostrar cambios a lo largo de una serie de encuentros/sesiones de psicoterapia grupal (psicodrama), lo cual se confirmó para tres estilos cognitivos: Extravertido ($t = 3.35$, Sig. < .001), Introverso ($t = 3,40$, Sig. .006) y Reflexivo ($t = 3,96$; Sig. = .002).

Por otra parte, para el estilo Meta Motivacional, se encontraron cambios en Apertura ($t = 3,08$; Sig. = .01), Preservación ($t = 3,44$; Sig. = .02), y Modificación ($t = 2,50$; Sig. = .02). Para el estilo Conductas Interpersonales, Comunicatividad ($t = 3,76$; Sig. = .003), Duda ($t = 2,53$; Sig. = .02), Seguridad ($t = 3,61$; Sig. = .004), Conformidad ($t = 1,86$; Sig. = .03), Sometimiento ($t = 1,97$; Sig. = .03), y Control ($t = 1,99$; Sig. = .04) (ver Tabla 3).

TABLA 3: COMPARACION ENTRE *INICIO* DE LA PSICOTERAPIA GRUPAL Y *AL FINAL* DE LA PSICOTERAPIA EN LOS ESTILOS DE PERSONALIDAD DEL

<i>Períodos</i>	<i>MIPS</i>	<i>Media</i>	<i>DT</i>	<i>t</i>	<i>Sig.</i>
Al inicio	Apertura	14,75	4,78	3,08	,01
Al finalizar	Apertura	21,83	5,47		
Al inicio	Preservación	29,75	5,42	3,44	,005
Al finalizar	Preservación	18,08	7,65		
Al inicio	Modificación	22,67	7,98	2,50	,02
Al finalizar	Modificación	30,92	7,07		
Al inicio	Acomodación	28,50	7,61	1,96	n.s.
Al finalizar	Acomodación	20,83	9,60		
Al inicio	Individualismo	23,00	4,88	1,05	n.s.
Al finalizar	Individualismo	25,17	5,82		
Al inicio	Protección	28,75	8,44	0,23	n.s.
Al finalizar	Protección	29,33	7,54		
Al inicio	Metas Motivacionales	147,42	15,74	0,23	n.s.
Al finalizar	Metas Motivacionales	146,17	15,17		
Al inicio	Extravertido	16,08	9,40	3,35	,006
Al finalizar	Extravertido	25,58	7,62		
Al inicio	Introvertido	19,42	7,64	3,40	,006
Al finalizar	Introvertido	11,42	6,90		
Al inicio	Sensitivo	16,25	5,25	1,46	n.s.
Al finalizar	Sensitivo	18,42	4,31		
Al inicio	Intuitivo	22,67	5,69	1,03	n.s.
Al finalizar	Intuitivo	20,83	5,23		
Al inicio	Reflexivo	19,58	4,81	3,96	,002
Al finalizar	Reflexivo	25,58	4,46		
Al inicio	Afectivo	30,50	7,21	1,44	n.s.
Al finalizar	Afectivo	28,50	6,82		
Al inicio	Sistematizador	27,92	7,19	2,21	n.s.
Al finalizar	Sistematizador	36,58	9,86		
Al inicio	Innovador	29,33	6,56	0,33	n.s.
Al finalizar	Innovador	28,58	7,11		
Al inicio	Estilos Cognitivos	152,42	15,61	7,56	< ,001
Al finalizar	Estilos Cognitivos	195,50	20,62		
Al inicio	Retraimiento	27,75	7,00	1,81	n.s.
Al finalizar	Retraimiento	21,83	6,96		
Al inicio	Comunicatividad	25,42	11,68	3,76	,003
Al finalizar	Comunicatividad	37,92	8,47		

Al inicio	Duda	27,25	8,32	2,52	,02
Al finalizar	Duda	18,83	7,91		
Al inicio	Seguridad	28,75	7,84	3,61	,004
Al finalizar	Seguridad	38,33	5,78		
Al inicio	Discrepancia	31,08	6,90	1,93	n.s.
Al finalizar	Discrepancia	26,33	6,42		
Al inicio	Conformidad	41,17	7,46	1,86	,03
Al finalizar	Conformidad	46,33	8,02		
Al inicio	Sometimiento	25,00	7,74	1,97	,03
Al finalizar	Sometimiento	18,92	6,30		
Al inicio	Control	25,42	5,21	1,99	,04
Al finalizar	Control	29,83	7,81		
Al inicio	Insatisfacción	29,58	5,28	0,73	n.s.
Al finalizar	Insatisfacción	28,17	7,06		
Al inicio	Concordancia	34,17	5,73	1,15	n.s.
Al finalizar	Concordancia	31,75	9,29		
Al inicio	Conductas Interpersonales	295,58	23,25	0,31	n.s.
Al finalizar	Conductas Interpersonales	298,25	21,65		

Se llevó a cabo una correlación entre estilos de personalidad del MIPS y el grado de recaída a la adicción. Se encontró que los Estilos Cognitivos correlacionaron positiva y significativamente con la recaída a la adicción ($r = .55$, Sig. = .03), incluyendo Sistematizador ($r = .56$, Sig. = .02) y Sensitivo ($r = .50$, Sig. = .04). Otros estilos que mostraron correlaciones positivas fueron Apertura ($r = .44$, Sig. = .04), y Conformidad ($r = .62$, Sig. = .01) (ver Tabla 4).

TABLA 4: CORRELACION ENTRE LOS ESTILOS DE PERSONALIDAD DEL MIPS Y EL GRADO DE RECAIDA A LA ADICCION

ESTILOS DEL MIPS	Recaída a la adicción*	
	r de Pearson	Sig.
Apertura	,44	,04
Preservación	,11	n.s.
Modificación	,23	n.s.
Acomodación	-,26	n.s.
Individualismo	,19	n.s.

Protección	,29	n.s.
Metas Motivacionales	,38	n.s.
Extravertido	,20	n.s.
Introvertido	-,008	n.s.
Sensitivo	,50	,04
Intuitivo	-,29	n.s.
Reflexivo	,45	n.s.
Afectivo	-,05	n.s.
Sistematizador	,56	,02
Innovador	-,36	n.s.
Estilos Cognitivos	,55	,03
Retraimiento	-,01	n.s.
Comunicatividad	,14	n.s.
Duda	-,37	n.s.
Seguridad	,38	n.s.
Discrepancia	-,16	n.s.
Conformidad	,62	,01
Sometimiento	-,10	n.s.
Control	,06	n.s.
Insatisfacción	,10	n.s.
Concordancia	,15	n.s.
Conductas Interpersonales	,24	n.s.

Rango: 1 = No estoy muy seguro de poder a 5 = Estoy muy seguro de poder.

CONCLUSIÓN

El objetivo de este estudio fue evaluar cambios en los rasgos de personalidad en adictos adultos varones a lo largo de un tratamiento psicoterapéutico grupal y su relación con la vulnerabilidad o grado de recaída a las adicciones, más específicamente, comparar cambios en los rasgos de personalidad al finalizar un tratamiento psicoterapéutico grupal (con prácticas psicodramáticas) y comparar el grado de recaída a las adicciones entre un tratamiento psicoterapéutico grupal y la psicoterapia individual.

Los resultados de este estudio mostraron que las prácticas de psicodrama en grupos con adictos produjeron un efecto significativo en diez (40%) de los 24 estilos del

MIPS (que agrupados en “polos”, suman 12) lo cual demuestra un sugestivo grado de eficacia en las prácticas psicodramáticas para lidiar contra los efectos de las adicciones. Por ejemplo, como resultado del efecto de la práctica de técnicas psicodramáticas, se encontró que los estilos cognitivos mostraron mayor efecto diferencial de cambio, es decir, aquellos adictos que recurren a los demás para buscar estimulación y mantener alta su autoestima (Extravertido), una disminución de sus propios pensamientos y sentimientos como recurso o ellos mismos como fuente de inspiración (Introvertido), un aumento de la capacidad para procesar los conocimientos por medio de lo analítico y decisiones basadas en juicios objetivos (Reflexivo).

Como Meta Motivacional, se encontró que el psicodrama aumentó el optimismo frente al futuro aceptando los altibajos de la existencia (Apertura), una disminución en la concentración de sus problemas en la vida, menos ideas asociadas a un pasado “desafortunado” y menor pesimismo (Preservación), un aumento en el intento de cambiar su entorno para conseguir sus propósito en la vida (Modificación).

En cuanto a sus Relaciones Interpersonales, el psicodrama contribuyó fuertemente a una búsqueda de estimulación y atención, a mostrarse más simpáticos pero también exigentes y manipuladores (Comunicatividad), más tímidos y ansiosos en situaciones sociales; menor propensión a aislarse (Duda) y respeto a la autoridad, un aumento de la cooperatividad (Conformidad), menor habituación al sufrimiento y sumisión social (Sometimiento), y un aumento de la agresividad, la competencia, y la ambición (Control).

Sumando a lo anterior, los adictos que mostraron estilos cognitivos asociados a una mejor organización y transformación de la información adecuándola a lo conocido, más perfeccionistas y eficientes (Sistematizador), que derivan sus conocimientos de lo concreto, y que confían en la experiencia directa y observable (Sensitivo) experimentaron menor vulnerabilidad a la recaída a la droga.

Finalmente se encontró alguna similitud en relación a la aplicación del psicodrama como posibilitador de bajar las defensas y la afectación de los cuerpos con escenas que flexibilizar estructuras y rasgos rígidos en la adicción, con el trabajo realizado por Fernández & Monasterio Gálvez (2007), en el cual realizaron intervención grupal con mujeres adultas de un contexto socio cultural perteneciente a la clase media baja y que son parte de un tratamiento ambulatorio para adicciones en una institución concluyen en que el psicodrama posibilitó entender la evolución desde una mirada primitiva del ser, visualizar la dinámica evolutiva desde un paradigma interaccional

ligado más a lo interno e imaginario y desbloqueo de emociones donde existe un despliegue más allá del pensamiento, configurando multiplicidad de roles los cuales estructuran la identidad y el psicodrama posibilita bajar las defensas y liberar en parte sus matrices rígidas y a través de la escena crear una nueva historia que es lo que de cierta manera se logró.

“El grupo como espacio de liberación-pero siempre arriesgando en la experimentación en la búsqueda permanente de nuevas formas de relaciones humanas a inventar” (Pavlosky, 1999, pp.2)

¿Podemos pensar que más allá de esas fragmentaciones, están apareciendo otras producciones de sentido?

REFERENCIAS

- Acuña, A. (2009). Una aproximación psicoanalítica contemporánea al entendimiento de las adicciones. Recuperado de http://www.schilesaludmental.cl/2009_enero_congreso/talleres/DR.%20ACUNA/Dr_Acuna.pdf
- Alvarez Valcarce, P. (2009). Factores Terapéuticos en la Psicoterapia de las distintas psicopatologías. Casos Clínicos (pag.388-414). En M. Filgueira Bouza (Ed.) *Manual de Formacion de la Asociacion Española de Psicodrama*. Recuperado de www.lulu.com/es
- Blanco González, L.A., Gutiérrez Peláez, M. & Márquez C. (2018). Aportes de la teoría psicoanalítica para la comprensión de las adicciones. *Civilizar: Ciencias Sociales y Humanas*, 18, pp. 34-43.
- Becoña Iglesias, E. & Cortés Tomás, M. (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad: Madrid. Gobierno de España.
- Blanco Álvarez, T., & Jiménez Morales S. (2015). Factores de riesgo que influyen en la recaída de consumo de drogas lícitas e ilícitas en adolescentes atendidos en el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. *Costarricense de Psicología*, vol. 34 (2), pp. 147-157.
- Belloso Roperio, J.J. y Gómez Holdalgo F. (2014). Psicodrama en una unidad de psicoterapia. *Psicoterapia y Psicodrama*, vol. 3 (1), pp. 7-22.
- Castañeda, A., Jairo, A., & Chaves Castaño, L. (2013). Relaciones entre estilos de personalidad y tipos de consumo de alcohol. *Pensamiento Psicológico*, 11 (1), pp. 55-69.
- Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales (2010). Recuperado de: [https://icd.who.int/es/docs/Guia%20de%20Referencia%20\(version%2014%20nov%202019\).pdf](https://icd.who.int/es/docs/Guia%20de%20Referencia%20(version%2014%20nov%202019).pdf)
- Chicharro Romero y otros (2007). Autosuficiencia para resistirse al consumo de sustancias como predictora de resultados de tratamiento y su relación con variables de personalidad: estudio de una muestra de adictos con el DTCQ, el VIP y el MCMI-II. *Adicciones*, vol. 19 (2), pp.144-151.

- Dirección General de Políticas Sociales en Adicciones del Ministerio de Desarrollo Humano de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2015). Informe recuperado de: <https://www.buenosaires.gob.ar/desarrollohumanoyhabitat/adicciones/datos-y-estadisticas>
- Fantin, M. B. (2006). Perfil de personalidad y consumo de drogas en adolescentes escolarizados *Adicciones*, 18, pp. 285-292.
- Fernández Oliva, P. y Monasterio Gálvez J. (2007). “*Análisis de un grupo de mujeres con temática adictiva desde una mirada psicodramática*”. Tesina Pos Título De Psicodrama Para La Comisión Nacional De Acreditación De Psicólogos. Centro De Estudios De Psicodrama Santiago De Chile.
- Garzoni Tomaso (1996). *El Teatro de los Locos. El hospital de los locos incurables*. Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Gonzalvez, M.T., Espada, J.P., Guillen Riquelme, A., Secades R., & Orgiles, M. (2016). Asociación entre rasgos de personalidad y consumo de sustancias en adolescentes. *Adicciones*, 28 (2), 108-115.
- Hernández Valderrama, L. (2015). La adicción: Un goce secreto del exterminio del sujeto. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 18. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2015/epi151b.pdf>
- Kononovich, B. (1981). *Psicodrama comunitario con psicóticos*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Kononovich, B. & Saidón, O. (1994). *El Cuerpo en la Clínica Institucional*. Buenos Aires: Lugar.
- López, C. (2006). La adicción a sustancias químicas: ¿Puede ser efectivo un abordaje psicoanalítico? *Psykhé*, vol. 15 (1), pp. 67-77.
- López, C. (2011). Adicción a sustancias químicas: ¿Enfermedad primaria o síntoma psicoanalítico? *Revista de Psicología*, vol. 20 (1), pp. 41-60.
- López, H. (2007). *Las adicciones. Sus fundamentos clínicos*. Buenos Aires: Lazos.
- López, L.; Zuretti, M.; Martinoia, P.E. & Ojeda Claudio (2019). Psicodrama como método de investigación y diagnóstico clínico. XI Congreso Internacional de

Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires. Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-111/672>

Lucioni, I. (2002). *Constitución y constituyentes del aparato psíquico*. Buenos Aires: Imago 11.

Martin Zum, C.A. (2014). *Dimensiones de personalidad en pacientes drogadependientes*. Tesis de grado: Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina.

Martinez Bouquet, Carlos (1977). *Fundamentos Para Una Teoría del Psicodrama*. Siglo XXI. Buenos Aires.

Mestre, C. (2008). La Potencia de los Encuentros “Erupciones de la Vida en las Escenas Sociales.” *Campo Grupal*, 97, pp. 07-08.

Millon, Theodore (2011). *Inventario Millon de estilos de personalidad, Segunda Edición*. Buenos Aires: Paidós.

Moguillansky, Carlos. (2007). Constelaciones frecuentes de la transferencia en las adicciones. *Controversias online 2008 Apdeba*.

Montero, I. y Leon-Orfelio G. (2004). Sistema de clasificación de investigación en psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(1), pp. 115-127.

Moral Jimenez de la Villa, M. (2007). Personalidad, resiliencia y otros factores psicosociales asociados al consumo de sustancias psicoactivas en la adolescencia: propuesta etiológica. *Revista Española de Drogadependencia*, 32(3), pp. 250-291.

Morales Saés, N. (2010). Reseña de “Antropología del cuerpo y Modernidad” de David Le Breton. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 2 (3). (pp. 82-85). Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, Argentina.

Moreno, J.L. (1993). *Psicodrama* (6º edición). Buenos Aires: Lumen.

- Organización Mundial de la Salud (2011). *Estrategias de autoayuda para reducir o eliminar el consumo de sustancias*. Recuperado de : <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaInternacionales/publicaciones/pdf/10.pdf>
- Páramo, M. A. (2012). *Normas para la presentación de citas y referencias bibliográficas según el estilo de la American Psychological Association (APA): Tercera edición*. Documento de cátedra de Facultad de Psicología. Universidad abierta Interamericana.
- Pavlosky Eduardo (1999). Lo grupal hoy: nuevas ideas, micropolíticas. *Campo Grupal*. Vol. 2 (6), pp. 2-3.
- Pedrero Perez, E.J., Ruiz Sanches de Leon, J.M., Arroyo, A.O., Rojo Motal, G., Luque, M.L., & Garcia, C.P. (2011). Diferencias de personalidad entre adictos al alcohol y controles emparejados: Relación con sintomatología frontal y subtipos de adictos. *Psicothema*, 23 (1), pp. 100-106.
- Rodríguez Cueto, I. (2001). *La comunidad terapéutica "MANUENE" para toxicómanos: Una evaluación (1983-1996)*. Tesis Doctoral. Universidad de Deusto, Bilbao, España.
- Sánchez Hervás, E. & Berjano Peirats, E. (1996). Características de Personalidad en sujetos Drogodependientes: Comunidad Terapéutica «Balsa Blanca» (Valencia) y Facultad de Psicología de Valencia. *Psicothema*, 8, pp. 457-46
- Secretaria de Políticas Integrales Sobre Drogas de la Nación Argentina (2017). Informe Recuperado de: <https://observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/2017-10-05ZEncuestaZHogaresZconZcuestionario.pdf>
- Segal, H. (2005). *Introducción a la obra de Melanie Klein*. Buenos Aires: Paidòs.
- Sotos, Brian Mauro (2020). Psicodrama y psicoanálisis en un grupo "monosintomático": Un lugar para la diferencia. *Revista Universitaria de Psicoanálisis* 20 (1). Universidad de Buenos Aires, Argentina. Recuperado de: <http://www.psi.uba.ar/investigaciones.php?var=investigaciones/revistas/psicoanalisis/revista20/index.php&id=332>
- United Nations Office on Drugs and Crime (2015) Informe sobre drogas en Latinoamérica. Recuperado: <https://www.unodc.org/bolivia/es/informe-mundial-drogas-2015.html>

ANEXOS
INSTRUMENTOS Y PROTOCOLOS

ESCALA DE ADICCIONES (DTCQ-8)

Circula un número del 1 al 5, siendo 1 “No estoy seguro de poder” a 5 “Estoy muy seguro de poder” resistir la tentación de consumirla solo **INMEDIATAMENTE DESPUES DE MIS SESIONES DE PSICODRAMA o PSICOTERAPIA.**

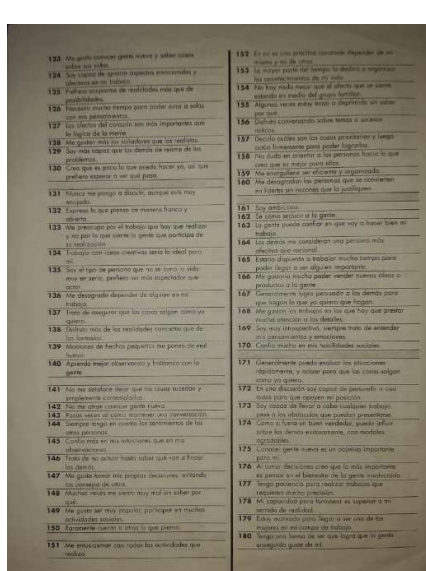
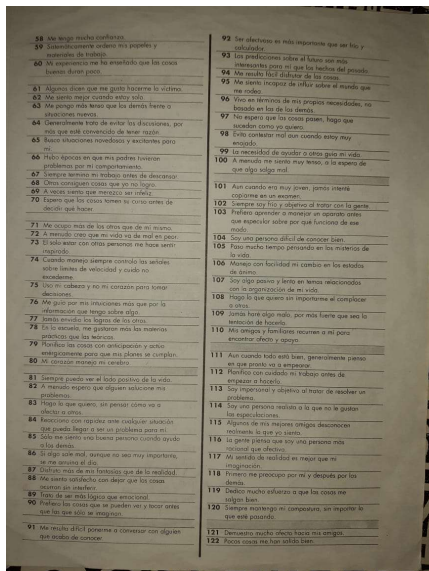
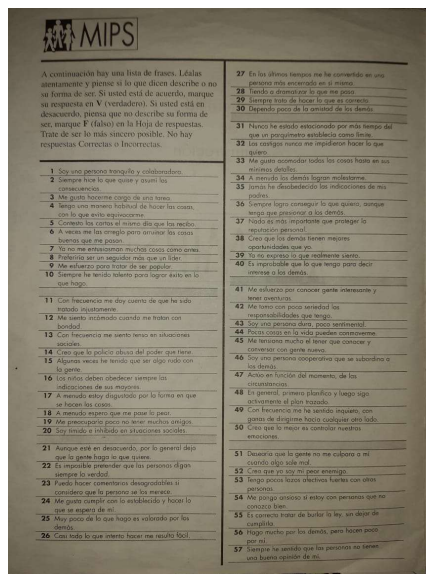
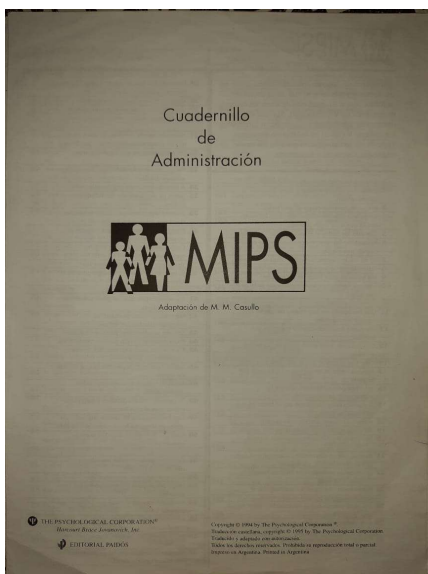
1	2	3	4	5
No Estoy Muy Seguro de Poder				Estoy Muy Seguro de Poder

Si entendió estas instrucciones, por favor, responda a continuación:

Podría resistir el impulso de usar _____ (escriba la droga que consumió):

- | | |
|--|-----------|
| 1) ...si me enojara por la manera en que me salen las cosas. | 1 2 3 4 5 |
| 2) ...si tuviera problemas para dormir. | 1 2 3 4 5 |
| 3) ...si recordara algo muy malo que me sucedió. | 1 2 3 4 5 |
| 4) ...si supiera que consumiéndola de vez en cuando, quedara atrapado. | 1 2 3 4 5 |
| 5) ...si de repente me la encontrara o viera a alguien que me la recuerda. | 1 2 3 4 5 |
| 6) ...si otras personas me tratan injustamente o si se interpusieran en mis planes. | 1 2 3 4 5 |
| 7) ...si acompañara a algunos amigos a visitar ciertos lugares o personas que la consumen. | 1 2 3 4 5 |
| 8) ...si tuviera que salir a divertirme con otro amigo. | 1 2 3 4 5 |

Cuadernillo de administración hojas de respuestas con sociodemográfico : Índice Millon de Estilos de Personalidad–Revisado (MIPS-R; Millon, 1994).





Hoja de respuestas

Nombre y apellido _____

Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Fecha ____ / ____ / ____

Sexo _____

Estado civil _____

Ocupación _____

Estudios _____

Lugar de residencia _____

THE PSYCHOLOGICAL CORPORATION®
Harcourt Brace Jovanovich, Inc.
EDITORIAL PAIDÓS

Copyright © 1994 by The Psychological Corporation®.
Traducción castellana, copyright © 1995 by The Psychological Corporation.
Traducido y adaptado con autorización.
Todos los derechos reservados. Prohibida su reproducción total o parcial.
Impreso en Argentina. Printed in Argentina.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120
121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160
161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200

Para uso del profesional

Ítem	Puntaje	Puntaje
1A		
1B		
2A		
2B		
3A		
3B		
4A		
4B		
5A		
5B		
6A		
6B		
7A		
7B		
8A		
8B		
9A		
9B		
10A		
10B		
11A		
11B		
12A		
12B		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		
36		
37		
38		
39		
40		

Nombre _____ Fecha _____

MIPS™

		Puntaje de Prevalencia										
		0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Método de evaluación	Apercepción (1A)											
	Preservación (1B)											
	Modificación (2A)											
	Acomodación (2B)											
	Individualismo (3A)											
Método de diagnóstico	Protección (3B)											
	Exposición (4A)											
	Inversión (4B)											
	Serapción (5A)											
	Iniciación (5B)											
Método de intervención	Rafaelito (6A)											
	Afectividad (6B)											
	Sistemización (7A)											
	Innovación (7B)											
	Método de seguimiento	Reflexión (8A)										
Comunicación (8B)												
Variación (9A)												
Firmeza (9B)												
Discrepancia (10A)												
Método de evaluación	Conformismo (10B)											
	Sentimiento (11A)											
	Control (11B)											
	Inestabilidad (12A)											
	Concordancia (12B)											
Método de intervención	Impresión positiva (IP)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Impresión negativa (IN)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Consciencia (CO)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Notas (máximo uno)

Adultos ☐ Mujeres ☐ Hombres

Universitarios ☐ Mujeres ☐ Hombres

☐ En conjunto ☐ En conjunto

Copyright © 1994 by The Psychological Corporation®.
Traducción castellana, copyright © 1995 by The Psychological Corporation.
Traducido y adaptado con autorización.
Todos los derechos reservados. Prohibida su reproducción total o parcial.
Impreso en Argentina. Printed in Argentina.