

UNIVERSIDAD DE PALERMO
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES
LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

Trabajo Final Integrador

El psicodrama y su relevancia en el tratamiento ambulatorio de adicciones.

Alumna: Cecilia, Doval Rofr no

Tutor: Verónica Fernandez

Entrega: 14 de Agosto del 2020

Índice

1. Introducción.....	3
2. Objetivos.....	3
2.1. Objetivo General	3
2.2. Objetivos específicos	3
3. Marco Teórico.....	4
3.1. Adicción.....	4
3.1.1. Definición y características.....	4
3.1.2. Etiología y modelos.....	5
3.2. Tratamiento.....	7
3.2.1. Ambulatorio.....	8
3.2.2. Terapia Familiar.....	8
3.3. Psicodrama.....	10
3.3.1. Definición.....	10
3.3.2. Sesión psicodramática.....	11
3.3.2.1. Elementos y etapas.....	11
3.3.2.2. Conceptos centrales.....	13
3.3.3. Técnicas.....	14
3.4. Uso del Psicodrama en personas con dependencia a sustancias.....	17
3.4.1. Importancia del psicodrama en tratamientos de adicciones.....	17
3.4.2. Resultados del uso del psicodrama en tratamientos de adicciones.....	18
4. Metodología.....	19
4.1. Tipo de estudio.....	19
4.2. Participantes.....	19
4.3. Instrumentos.....	20
4.4. Procedimiento.....	21
5. Desarrollo.....	21
5.1. Presentación de los casos.....	21
5.2. Objetivo 1.....	23
5.3. Objetivo 2.....	27
5.4. Objetivo 3.....	31
6. Conclusiones.....	35
7. Referencias bibliográficas.....	39

1. Introducción

El presente trabajo se desarrolló a partir de la Práctica Profesional realizada en una Fundación de rehabilitación de adicciones, ubicada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La institución fue pionera en el tratamiento ambulatorio de consumo problemático de sustancias, está integrada por un equipo de trabajo interdisciplinario con una modalidad de intervención familiar, grupal y contextual a fin de lograr la recuperación del paciente y la construcción de un proyecto de vida saludable, responsable y con vínculos sanos.

El programa regular de la Institución ofrece la participación en grupos de autoayuda, entrevistas familiares, grupos destinados a hermanos, parejas y padres. Además los pacientes disponen de actividades lúdicas, recreativas orientadas a trabajar la integración grupal y el control de los impulsos.

A partir de la observación y la participación activa en los distintos espacios que se ofrecen, se indagó sobre la utilidad del psicodrama como herramienta terapéutica en entrevistas familiares dentro de un tratamiento de tipo ambulatorio, y la percepción percibida por pacientes y especialistas al respecto.

2. Objetivos

2.1. Objetivo General

- Analizar la utilización del psicodrama dentro de un tratamiento ambulatorio de adicciones en una Fundación orientada a la recuperación de drogas.

2.2. Objetivos específicos

- Indagar, según el equipo de profesionales de la Institución, cuál es el beneficio de utilizar el psicodrama dentro del tratamiento de rehabilitación en adicciones.
- Describir las intervenciones realizadas desde el psicodrama en las entrevistas familiares.
- Indagar los cambios percibidos por los pacientes en la dinámica del sistema familiar a partir de la aplicación del psicodrama.

3. Marco teórico

3.1. Adicción

En los últimos tiempos la adicción a las drogas se convirtió en un significativo problema de salud pública para la sociedad (Vanegas, 2009). Martínez, Rodríguez y Vences (2019), en la misma línea, plantearon que la adicción en sus diferentes variantes se ha transformado en un tema de discusión para múltiples áreas familiar, social, educativa y laboral.

Fernández (2009) utilizó el término *droga de abuso* para referirse a determinadas sustancias psicoactivas capaces de causar en quien las consume una dependencia tanto física como psíquica, alterando no solo su organismo sino su conducta social. Posteriormente Martínez et al. (2019) definen el concepto de *estupefaciente* como sustancia psicotrópica adictiva que provoca un estado de sueño o anestesia donde se pierde la sensibilidad y aparece una sensación de bienestar aparente. Ahora bien, como así lo menciona Villaseñor (2001) la persona al iniciar el consumo de cualquier tipo de estas sustancias cree tener el poder de controlar y elegir qué cantidad consumir, más allá de ser adictivas. Sin embargo se logra observar en la mayoría de los casos que, posteriormente al primer acercamiento a la sustancia, el consumo aumenta progresivamente pasando del uso al abuso de la misma. La conducta del sujeto se vuelve cada vez más desadaptativa ya que solo piensa en consumir y termina descuidando el resto de sus actividades diarias y vínculos cercanos llegando así a la adicción o dependencia. Al convertirse en una adicción, aparecen como consecuencia ciertas conductas abusivas, las cuales se suelen expresar a través de mentiras o engaños, actos delictivos, violencia, alteración del rendimiento escolar y productivo, como así también a través de permanentes y cotidianas crisis familiares, y sociales del adicto (Barilari et al., 2004).

La adicción tomada como tal posee dos características generales que pueden ser reconocidas en la persona más allá del tipo de sustancia específica. Por un lado la tolerancia, descrita como la necesidad de consumir cada vez más para alcanzar el efecto deseado, una vez que la dosis habitual ya no lo provoca. La otra característica es la abstinencia, la cual se conoce como un síndrome fisiológico y psicológico que aparece una vez que disminuye la concentración de sustancia en sangre; esto se da en personas que consumen una gran cantidad o lo hacen por periodos extensos de tiempo, por consiguiente se tiende a consumir nuevamente la sustancia en busca de suavizar los

síntomas (American Psychiatric Association, 2013). Por ello Martínez et al. (2019) plantean en su abordaje que el consumo profundo y extendido a lo largo del tiempo puede generar cambios fisiológicos en el cerebro llevando a un desorden comportamental alterando de forma integral el estado mental y emocional de la persona. Por último resulta significativo mencionar la existencia de distintas señales psicofísicas y sociales que ayudan a identificar la presencia de un problema de consumo como ser, cambios en el aspecto físico, falta de aseo personal, alteraciones en el estado de ánimo, cambios en el desempeño escolar o laboral, dificultad en las relaciones familiares y sociales, nuevos grupos de pares y distanciamiento familiar y grupal, alteración de la rutina diaria y aparición de problemas de salud o molestias físicas.

3.1.2. Etiología y modelos

Existen distintas perspectivas científicas acerca del origen de la adicción, a continuación se mencionarán brevemente tres grandes modelos que buscan dar cuenta de dicha problemática (Apud & Romaní, 2016).

El consumo de sustancias fue considerado por varios especialistas del campo médico-psiquiátrico como una “enfermedad cerebral” (Becoña, 2016). Según Volkow (2016) la adicción es una enfermedad crónica cerebral caracterizada por el consumo excesivo y compulsivo de drogas, donde no se tiene en cuenta las consecuencias negativas que trae aparejadas, se denomina enfermedad cerebral porque el consumo modifica e impacta de manera negativa en la estructura y el funcionamiento del cerebro, de esta forma queda incluido dentro del DSM-5. La American Psychiatric Association. (2013) define la adicción como un trastorno mental en el cual se presentan alteraciones en los circuitos cerebrales, las mismas se mantienen a lo largo del tiempo aún luego del período de desintoxicación, como consecuencia comportamental a estos cambios cerebrales la persona puede tener recaídas continuas y deseo de consumo frente a estímulos vinculados a la droga. A partir de estudios de neuroimagen que se han realizado con adictos se pueden observar cambios físicos en áreas del cerebro asociadas a la toma de decisiones, juicio lógico, aprendizaje, memoria y control de los impulsos (Volkow, 2016).

Como contra partida Hall, Carter y Forlini (2015), realizan una fuerte crítica a quienes toman la adicción como una enfermedad cerebral ya que la misma implica la cronicidad de dicha condición y por consiguiente su irreversibilidad, además los autores analizaron las investigaciones hechas por *National Institute on Drug Abuse* (NIDA) a

partir de estudios hechos en animales, estudios de neuroimagen de personas con consumo problemático de sustancias e investigaciones sobre la incidencia de la genética en las adicciones, y plantearon las siguientes conclusiones al respecto; la adicción no es crónica porque un número considerable de personas se han recuperado sin tratamiento alguno lo que se conoce como recuperación natural. Por otra parte, los estudios realizados con ratas suelen ser para consumo de heroína únicamente con modelos de autoadministración de opiáceos de forma estandarizada y controlada, por ende difiere ampliamente del comportamiento humano en cada situación en particular. Los estudios de neuroimagen si bien muestran una diferencia entre personas adictas y personas no adictas se cree que se debe al sesgo causado por el tamaño de las muestras. Por último, la adicción no aparece solo en aquellas personas que poseen los denominados genes de las adicciones, por ende la predisposición genética equivale a la existencia de una larga historia familiar de consumo.

Es así como fuentes contemporáneas plantean que hablar de adicción como una enfermedad cerebral sería caer en un reduccionismo del paciente. Por lo tanto desde la psicología se desacredita el modelo biomédico, sesgado, reduccionista, basado en ciertos beneficios económicos, que además no vela por los intereses de los consumidores y adictos, planteando de esta forma la necesidad de desarrollar un modelo biopsicosocial de las adicciones, donde se tome a la persona de forma integral y contextualizada (Becoña, 2016). Apud y Romaní (2016) plantean que el modelo biopsicosocial no ignora aquellas variables biológicas en las que enfatiza el modelo biomédico pero agrega además la influencia de variables psicológicas y contextuales necesarias para la comprensión de dicha problemática. Hall et al. (2015) mencionan que la psicología toma la adicción a las drogas como un trastorno complejo biológico, psicológico, y social que requiere ser atendido por un enfoque clínico interdisciplinario y por salud pública. En consonancia Vanegas (2009) agrega la necesidad de reconocer la dependencia como un fenómeno multicausal a fin de poder desarrollar programas eficaces de prevención y tratamiento. Ya que el consumo problemático de sustancias no puede ser apartado de sus distintos contextos sociales, culturales, psicológicos, legales, políticos y ambientales (Becoña, 2016). Stanton y Todd (1997) remarcan dentro de la inclusión de dichas variables la necesidad de tomar a la familia, ya que la adicción es, además de un fenómeno biológico y fisiológico, una cuestión familiar, donde los factores de riesgo y de protección cumplen una función ampliamente significativa.

A nivel general la vulnerabilidad a la adicción se ve en gran parte asociada a los factores de riesgo y a los de protección con los que cuenta la persona. Cuanto más factores de riesgo se tiene, mayor es la probabilidad de que el consumo de drogas pase a ser abuso y posteriormente adicción. Existen factores biológicos (genética, sexo, trastornos mentales) y factores ambientales (hogar, escuela o trabajo, comunidad). Los factores ambientales más relevantes mencionados por distintos especialistas son la familia y el grupo de pares (Volkow, 2016). Por otro lado Martínez et al. (2019) mencionan que los factores de riesgo más significativos en el inicio del consumo de sustancias en adolescentes suelen ser el consumo parental y el consumo del grupo de pares, en contraposición los factores de protección son el apoyo social, la supervisión parental y buena comunicación e interacción familiar, es por ello que resulta de gran importancia en este tipo de problemáticas tener en consideración la dinámica familiar.

Por último el modelo sociocultural propone el estudio de la adicción a sustancias desde la perspectiva de los propios consumidores, remplazando aquellas descripciones científicas objetivas y distantes por la experiencia subjetiva de los adictos a fin de crear un modelo de tratamiento funcional y eficaz a las necesidades de quienes sufren dicha problemática (Apud et al. 2016).

3.2. Tratamiento

Al tomar el abuso y la adicción a las drogas como un fenómeno mundial perteneciente al campo de la salud pública, la oferta de tratamientos es muy amplia y variada (de la Salud, 2010). En la Argentina, por parte del Ministerio de Salud se cuenta con dos tipos de abordajes, por un lado la atención primaria en hospitales públicos y en CENARESO, y por otro lado a través de SEDRONAR se otorgan becas y asesoramiento para tratamientos ambulatorios y residenciales en instituciones especializadas. Dichas instituciones especializadas en el campo de la adicción son no gubernamentales y brindan distintas alternativas de atención a la comunidad como ser clínicas privadas, comunidades terapéuticas, grupos de apoyo tales como Alcohólicos Anónimos (AA) y Narcóticos Anónimos (NA), centros de día y programas ambulatorios (Levin, 2016). Toda organización desde su enfoque y en relación a la gravedad del paciente ofrece distintas modalidades de tratamiento, ya sea internación total o parcial, tratamiento ambulatorio u hospital de día (Forselledo, 2008).

Luego de mencionar los distintos tipos de abordajes posibles, a continuación se desarrollará el tipo de tratamiento ambulatorio pertinente a las características del caso tratado en el presente Trabajo Final de Integración.

3.2.1. Ambulatorio

En el año 1988 aparecen en Argentina los primeros tratamientos ambulatorios, junto a ellos la inclusión de sesiones de terapia familiar dentro de los tratamientos para adictos, pasando así de la atención individual del adicto a una propuesta grupal (Stanton & Todd, 1997). El programa ambulatorio surge en el país como una respuesta novedosa frente a las limitaciones que presentan aquellos modelos tradicionales centrados en la medicalización e internación del paciente donde se podía observar que luego de una internación prolongada el adicto sufría grandes dificultades para reinsertarse en la sociedad, tendiendo siempre a recaer nuevamente en el consumo (Barilari, Mazieres & Ravazzola, 2004). Posteriormente Mazieres (2008) menciona una característica fundamental que enriquece y diferencia el tratamiento ambulatorio de otros, el hecho de ser ambulatorio hace que el paciente continúe viviendo de forma cotidiana con su grupo familiar y mantenga el contacto con la parte sana de su red social, alentando de esta manera que la persona no abandone su actividad laboral o educativa. Es así que la viabilidad del tratamiento ambulatorio y su efectividad depende no solo del paciente sino de un compromiso familiar ya que desde el primer momento se trabaja con participación múltiple, donde los miembros de la familia deben cumplir el rol de sostén del consultante desde el afecto y el compromiso, trabajando a lo largo del tratamiento en conjunto a fin de crear nuevas formas sanas de interacción.

3.2.2. Terapia Familiar

La terapia familiar surge en 1950 a partir de la observación de personas con conductas sintomáticas dentro de su contexto familiar, de esta manera dicha terapia aporta como novedad el análisis contextualizado del sujeto tomando al mismo en su ámbito natural (Hoffman, 1987). Minuchin, Fishman y Etcheverry (1984) describen la familia como contexto natural donde la persona crece, aprende y se desarrolla, es dentro de ella que sus integrantes van adoptando ciertas pautas de interacción que hacen a la estructura familiar, y establecen de esta manera funciones, comportamientos e interacciones recíprocas.

Por consiguiente el movimiento familiar es más que una terapia, es una nueva forma de considerar el comportamiento humano donde se investiga la forma de comunicación de los individuos y sus relaciones a partir de la experiencia de un cara cara en grupos vivos (Hoffman, 1987). Por otra parte Villaseñor (2001) sostiene que la terapia familiar aborda a cada familiar como un grupo, haciendo énfasis en las relaciones y en lo que de ellas deviene más que en los individuos en sí. Minuchin et al. (1984) conceptualizan la familia como un sistema complejo, integrado a su vez por sub sistemas, organizados de manera jerárquica. Hoffman (1987) denota como aporte significativo dentro de la teoría familiar la concepción de triadas comunicacionales entre los miembros del sistema, la triangulación se considera un proceso que acontece tanto en familias como en todo tipo de grupo social donde se forma un subsistema por parte de una pareja con exclusión de un tercero o contra él, dicho proceso se encuentra presente en todo sistemas patológicos.

Es allí donde los comportamientos sintomáticos cumplen una función esencial ya que tienen el poder de equilibrar o desequilibrar dicho sistema familiar, tal es así que un mínimo cambio en uno de sus miembro puede desencadenar respuestas impredecibles en el resto del sistema ayudando en algunos casos a romper con estructuras cristalizadas o posiciones estáticas e inhibitorias perpetuadas en el tiempo (Hoffman, 1987).

En este punto resulta importante recordar que el consumo por sustancias suele iniciarse en la adolescencia, donde el sujeto atraviesa importantes alteraciones emocionales a partir de los cambios corporales propios de la pubertad. Dicha trasformación altera de manera directa al resto de la familia ya que ciertos aspectos de la crianza se ven alterados y con necesidad de ser readaptados, sin embargo se observa que el síntoma cumple un papel de homeostasis donde aparece como distractor de la atención hacia otra situación familiar que parece ser más abusiva para el sistema (Villaseñor, 2001). Por consiguiente la adicción forma parte de una serie de patrones relacionales que conforman un complejo sistema homeostático de mecanismos de retroalimentación negativa entre los distintos miembros de la familia, que permiten mantener la adicción y la aparente estabilidad familiar (Stanton & Todd, 1997). Una vez que la adicción irrumpe en un sistema familiar pone a todos sus miembros en un estado de estrés inusual (Dayton, 2006).

Es por ello que la terapia familiar en este tipo de problemáticas busca en un primer momento que el resto de la familia ocupe un rol de sostén para el paciente en

tratamiento, formando parte del proceso desde el primer momento de manera decidida y activa en las distintas intervenciones terapéuticas que se lleven a cabo, ya que hay evidencias de un mejor pronóstico del paciente si cuenta con el compromiso y el apoyo familiar. Como consecuencia gran parte del trabajo realizado a lo largo del tratamiento está orientado a restablecer o crear la armonía familiar (Vanegas, 2009). Cada encuentro entre terapeuta y familia significa la oportunidad de co-construir una nueva estructura que dará lugar a libretos diferentes del original y por consiguiente al nacimiento de nuevos comportamientos interactivos (Mazieres & Ravazzola, 1986). A fin de lograr una nueva estructura de interacción familiar no patológica, el terapeuta focaliza en algunos aspectos observables que le brindan información acerca de la constitución familiar y su dinámica relacional como patrones de interacción, secuencias repetidas, mensajes digitales y análogos de la comunicación, subsistemas dentro del sistema, cercanía o distanciamiento de los integrantes, entre otros aspectos (Villaseñor, 2001). Y a partir de la incorporación de distintas técnicas verbales y psicodramáticas dentro del grupo y la terapia familiar se logra un abordaje significativo.

3.3. Psicodrama

3.3.1. Definición

El psicodrama fue definido por su creador Moreno, como un método para examinar y conocer en profundidad la verdad del alma por medio de la acción (Moreno, 1966). Bustos y Nosedá (2007) lo describen no como un método, sino como una ciencia orientada al estudio de las relaciones interpersonales. Posteriormente Forselledo (2008) se refiere al psicodrama como método psicoterapéutico fundamentado a partir de la psicología, la sociología y el teatro espontáneo, basado en la acción y el encuentro a partir de la dramatización. Dicho método se centra en la acción corporal a fin de reforzar sentimientos y emociones (Ramírez, 1997). Según Bello (1999) Moreno fue pionero en realizar terapia grupal, argumentando que el hombre vive y se desarrolla en sociedad. Años más tarde Forselledo (2008) retoma esta idea planteando que Moreno incursiona en la terapia de grupo pasando de una terapia clásica individual centrada en lo verbal, a una terapia grupal centrada en la acción. La acción dramática planteada por Moreno no busca relatar el pasado en movimiento, sino reproducir lo vivido, aquí y ahora (Bello, 1999). Se comprende finalmente el psicodrama como terapia dinámica y experiencial, producida en el aquí y ahora (Ayazi Nofuti & Bajelan, 2015).

3.3.2. Sesión psicodramática

3.3.2.1. Elementos y etapas

Como bien se ha mencionado anteriormente el psicodrama reproduce la vida de la persona en el aquí y ahora, es por ello que toma de la vida misma elementos necesarios para la dramatización (Bello, 1999). Forselledo (2008) para referirse a los mismos criterios habla de instrumentos del psicodrama, ya que los considera herramientas indispensables para llevar a cabo el método psicodramático. Según Ramírez (1997) dichos elementos son los actores dinámicos que dan vida a la acción. Los mismos son:

- Director: Suele ser el terapeuta o coordinador del grupo quien ocupa este rol (Bello, 1999). Ramírez (1997) plantea que es el eje de toda producción dramática y su función es elegir el argumento y los actores para que de manera espontánea y sin previo conocimiento en el caso desarrollen la dramatización. Además Forselledo (2008) agrega que el mismo se ocupa de la coordinación, comunicación grupal, asistencia al protagonista, promover la intervención de los yo-auxiliares como así también fomentar los procesos de *insight*.

- Protagonista: Bello (1999) lo describe como el portavoz dramático del grupo. Es el o los integrantes en quienes se focaliza la dramatización y sobre los cuales se trabaja desde las técnicas del método (Forselledo, 2008).

- Yo auxiliar: Es definido por Ramírez (1997) como colaborador terapéutico del protagonista a la hora de la acción. Bello (1999) agrega que es un sujeto del grupo que coopera con el protagonista en la dramatización representando un personaje importante de su vida o contexto social o representando a él mismo o una parte de él.

- Escenario: Es el espacio físico en el cual acontece la dramatización (Forselledo, 2008). Bello (1999) si bien lo reconoce como el espacio físico donde se realiza la puesta en escena, lo describe a su vez como un espacio delimitado donde por medio del caldeamiento se crean las fronteras que delimitan el escenario, es el espacio del como sí dramático.

- Auditorio: Se integra por aquellas personas que se encuentran presentes en la actuación pero no forma parte de manera activa en la dramatización (Bello, 1999).

La sesión psicodramática además de los elementos esenciales descriptos anteriormente posee tres fases: calentamiento, acción y participación (Ramírez, 1997); según Bello (1999) dicha estructura marca el orden temporal de la acción. El protagonista se prepara para la acción (caldeamiento), luego se actúa aquello que se

quiere trabajar (dramatizar), expresando en acción sentimientos, recuerdos o emociones para finalmente elaborar lo dramatizado (análisis). Bustos y Nosedá (2007) resaltan la importancia de ir de lo superficial a lo profundo en el psicodrama público, es así que denominan el caldeamiento como etapa en la cual se localiza el tema a trabajar y se observa la dinámica grupal. Es a partir del calentamiento que se busca la aparición de la espontaneidad del terapeuta y del grupo. Ramírez (1997) lo define como preparación para la acción dramática y agrega la necesidad del director de utilizar estímulos de diverso orden a fin de facilitar el correcto caldeamiento que dé origen a la espontaneidad y creatividad tanto del protagonista como del resto del grupo.

La segunda etapa es la dramatización la cual se centra en el protagonista principalmente, pero a lo largo de la sesión la problemática individual se entrelaza y se torna grupal (Bello, 1999). Dicha etapa comienza una vez que el director logra colocarse junto al protagonista en el escenario y caldearlo para comenzar la acción, el director debe acortar la distancia física y emocional entre ambos a fin de entrevistarlo a cerca del problema a dramatizar en el aquí y ahora. El director escucha y observa la puesta en escena del protagonista focalizando también en el lenguaje no verbal del mismo (Ramírez, 1997). Una vez plasmado el problema comienza la actuación, el yo auxiliar asiste al protagonista y es de esta forma que se comienza a elaborar el tema. El director por medio de diferentes técnicas psicodramáticas guía la acción, a fin de conseguir que el protagonista logre expresar los roles necesarios implicados en el conflicto planteado (Forselledo, 2008). Bustos y Nosedá (2007) agregan que de esta forma a partir de la elaboración el dramata da lugar a la creación de nuevas alternativas. Como así lo mencionan los autores muchas veces puede ser el grupo quien planteé alternativas posibles, pero también puede ocurrir que no aparezcan salidas frente al problema y en ese caso se cree conveniente no forzar el cierre de la sesión, sino por el contrario dejarlo abierto para futuras elaboraciones.

Compartir es la tercera y última etapa en el psicodrama público (Ramírez, 1997). Bello (1999) planteaba que el objetivo de la misma es exteriorizar sentimientos y recuerdos que surgieron durante la dramatización tanto del protagonista como del resto del grupo. Bustos y Nosedá (2007) resaltan el rol del psicodramatista como parte del todo, ya que para ellos no cumple el rol de observador sin ser parte de lo observado. La idea de Moreno de ser espontáneo lleva al sujeto a la necesidad de ser uno mismo, si bien se ocupa un rol específico dentro de la dramatización uno aporta características

propias. Finalmente agregan que el compartir se transforma en una forma de comunicación con el resto.

3.3.2.2. Conceptos centrales

La teoría de los roles es uno de los conceptos iniciales y más significativos dentro del psicodrama moreniano, los roles son unidades mínimas de conductas que se desarrollan siempre en relación con otro (Población, 2019). Takis (2018) define el rol como lugar que ocupa una persona en la sociedad o en cualquier otro tipo de grupo colectivo. Dicha teoría se focaliza en las relaciones humanas observando los procesos de vinculación e interacción entre individuos (Bello, 1999). Cada rol se conforma por aspectos individuales y colectivos (Cukier, 2005). Ramírez (1997) agrega en su postulado que el yo procede al rol, por ende el yo surge del rol, la persona puede desempeñar distintos roles, los cuales se describen como roles psicósomáticos, roles sociales y roles psicodramáticos. Bello (1999) logra otorgarle a cada tipo de rol una característica sencilla y esclarecedora, es allí donde argumenta que: los somáticos se aceptan ya que son ordenados por otro, los sociales se crean ya que se encuentran atados a la construcción social de dicha cultura y por último los psicodramáticos se actúan lo cual permite mayor libertad y movilidad.

Otro término importante dentro de la teoría de Moreno es el de *telé*, el cual consiste en la sensación de acercamiento o rechazo bidireccional entre dos o más personas como bien puede ocurrir entre madre e hijo (Ramírez, 1997). Bello (1999) se refirió al mismo concepto definiéndolo como una teoría de las relaciones humanas, donde el *telé* es la porción mínima de comunicación entre dos personas que da lugar al encuentro. Toda vinculación con un otro se da en el aquí ahora y el sentimiento que cada uno trasmite hacia la otra persona construye la idea de encuentro, dicho encuentro puede ser positivo, negativo o neutro. Por otro lado existe la patología del *telé*, donde no se logra el encuentro y por consiguiente ocurre un desencuentro a raíz de una mala comunicación, dicha patología Moreno la menciona como transferencia. Moreno centra gran parte de su teoría en torno al concepto de espontaneidad y creatividad, términos que resultan de gran importancia a lo largo del desarrollo del presente trabajo.

Bello (1999) define la *espontaneidad* como la capacidad de producir una respuesta novedosa a un estímulo ya conocido o la capacidad para generar una respuesta adecuada a una situación novedosa. Por otra parte Bustos y Noceda (2007) plantean la espontaneidad como una energía física y química que surge y se consume en post de

generar otro impulso de energía. El efecto de la creación da lugar a algo nuevo, nuevas formas de relación para el sujeto lo cual puede no ser nuevo para el mundo. La creación acompaña al hombre espontáneo en su vida diaria, y es ahí cuando la creatividad y la espontaneidad se entrelazan y las emociones, los gestos, los pensamientos y los movimientos pueden presentarse de forma alterada y confusa pero luego se esclarece e integran el repertorio del sujeto (Ramírez, 1997).

La espontaneidad pese a ser una de las facultades más universales y antiguas del hombre, suele ser poco desarrollada por el mismo ya que suele ser desalentada y boicoteada por los mecanismos culturales. Es así que una parte significativa de las enfermedades sociales y psicológicas pueden adjudicarse a un escaso desarrollo de la espontaneidad. Por ello el acto psicoterapéutico de entrenar al sujeto para servirse de su espontaneidad es el mayor aprendizaje (Cukier, 2005). Dayton y Nicholas (2009) agregan que el psicodrama se basa en una filosofía que postula espontaneidad y creatividad como ejes centrales para la salud humana y el grupo como el principal agente curativo.

3.3.3. Técnicas

El término técnica viene del griego *texum* que significa arte. Se caracteriza por un grupo de conocimientos y recursos de un arte, junto a la habilidad para ponerlo en práctica, conducentes a conseguir un objetivo. La base de toda intervención en psicodrama es el jugar dentro del como sí. El uso de una determinada técnica debe seguir siempre el principio de no movilizar aquello que no se sea capaz de contener (Martínez et al., 2019). Las técnicas psicodramáticas son medios con los que cuenta el terapeuta para lograr la integración de los miembros del grupo, movilizarlos hacia la participación, actuación e involucración en los problemas personales. Dichas técnicas pueden ser visuales, auditivas o activas (Ramírez, 1997).

Según Población (2019) el psicodrama cuenta con una numerosa cantidad de técnicas las cuales se van modificando y creando nuevas a partir de las necesidades que surgen en la práctica psicodramática. Las técnicas se deben adaptar y moldear según ciertas características del paciente a fin de optimizar su utilidad, es por ello que el terapeuta debe recurrir más aun a su espontaneidad creativa. Bello (1999) menciona la existencia de tres técnicas básicas planteadas por Moreno, doble, espejo y cambio de roles. El doble funciona como auxiliar del director, es la voz del protagonista y su psique y tiene como objetivo la representación de los distintos aspectos del conflicto

planteado por el protagonista a fin de que el mismo los reconozca, pueda aceptarlos y posteriormente integrarlos (Ramírez, 1997). Bello (1999) agrega al concepto la idea de que el yo auxiliar que dramatiza la función de doble lo que hace es representar la realidad del protagonista desde un lugar de identificación ya que se nutre de experiencias propias para lograr ayudar al protagonista. Quien ocupa el lugar de doble tiene la capacidad de tomar la situación del paciente como propia a fin de representar acciones, sentimientos, pensamientos y valoraciones características del paciente con el objetivo de conseguir profundizar en la problemática del mismo (Cukier, 2005).

La técnica del espejo se encuentra sumamente vinculada a la técnica del doble, ya que la misma consiste en que el yo auxiliar le devuelva al protagonista su propia imagen. La posibilidad de verse a sí mismo le da a la persona una imagen más global de la situación, donde el protagonista queda en lugar de observador de su propia historia (Bello, 1999). Dicha técnica suele ser utilizada cuando el protagonista no logra expresar con claridad su problemática o no logra accionar dentro de la dramatización, entonces forma parte de la sesión su espontaneidad. En este caso queda ligada a la valoración que hace de la reproducción que hace el doble de sí mismo (Cukier, 2005).

La tercera técnica esencial dentro de la teoría moreniana es la del cambio de roles a partir de la cual se alcanza el encuentro. El invertir roles le permite al protagonista ver el problema desde la mirada del otro y a su vez el yo auxiliar logra mirar desde el lugar del protagonista (Bello, 1999). Población (2019) plantea que el uso de esta técnica le permite al paciente diferenciarse del otro y a su vez conectarse con él tal y como es, el objetivo de final de dicha técnica es ponerse en la piel del otro y dar lugar al verdadero encuentro humano.

Como ya se ha descrito anteriormente existen infinitas técnicas psicodramáticas, debido a la extensión del presente trabajo se mencionarán aquellas que son de suma importancia para el desarrollo del mismo:

- Soliloquio: Consiste en poner en palabras pensamientos y sentimientos que se experimentan en ese momento. Ponerle volumen a aquellas cosas que se piensan pero no se dicen (Bello, 1999).

- Auto presentación: El protagonista hace de sí mismo, representa sus roles, su propia vida (Cukier, 2005).

- Entrevista: El director le hace preguntas acerca de sí mismo al protagonista sin importar el rol en el cual esté en ese momento, ya que el objetivo es obtener información sobre los personajes y sus posturas en la acción (Bello, 1999).

- Concretización y maximización: Se busca dramatizar a partir de una figura, un sentimiento o una experiencia del protagonista la sensación que le produce como ser asfixiado, dentro de un pozo, en una sima o tironeado por fuerzas opuestas entre otras tantas sensaciones. La maximización consiste en agrandar o marcar un hecho o una palabra que el director cree significativa en la dramatización para comprender mejor el problema o generar un cambio (Bello, 1999).

- Silla vacía: Técnica que suele utilizarse muchas veces a modo de caldeamiento grupal, el director ubica una silla en medio de la escena y le pide a los participantes que imaginen en ella a una persona viva o muerta, a la cual no le han podido expresar sus sentimientos, luego los invita a acercarse a la silla vacía y decirle a quien ocupe ese lugar aquello que no le han dicho en su momento. El terapeuta puede también indicarle al protagonista que realice un cambio de roles posicionándose en la silla vacía dando la respuesta que creería haber obtenido de esa persona y abriendo juego a plantear en el aquí ahora aquello que le hubiera gustado que le diga (Ramírez, 1997).

- Escultura: Dicha técnica fomenta la espontaneidad y creatividad en el grupo, ayuda a distender a los participantes y a su vez brinda información acerca de la confianza de cada integrante en sí y en el grupo. Esta técnica puede ser muy fructuosa si se implementa en el momento indicado ya que le brinda al director información acerca del lugar de cada miembro de un grupo como así también de la problemática de cada uno (Ramírez, 1997). Población (2019) describe la técnica de escultura como una puesta en acción donde el protagonista puede realizar su escultura de manera individual o bien el director puede pedirle al resto del grupo que se integren a la escultura y formen entre todos una imagen estática acerca de una consigna propuesta. Población y López (1991) agrega que dicha técnica permite la dinámica del sistema en acción, generando un cambio gradual o una serie de crisis en su estructura dando lugar a la creación de algo nuevo.

En la mayoría de los casos es necesario que el director logre transmitir las consignas de forma positiva y distendida, sobre todo cuando aquellas personas que integran el grupo no tienen conocimiento previo sobre el psicodrama ni sobre sus técnicas activas. Ya que en nuestra cultura, estereotipada, donde hasta lo lúdico ha perdido su carácter espontáneo, suele pasar que frente a la propuesta de dramatizar un conflicto familiar, realizar una escultura o escenificar un cambio de roles puede generar una resistencia total por parte de los pacientes. El pudor, el sentirse ridículo, la vergüenza frente a la mirada del otro, el quedar expuestos en un campo nuevo se suelen

reflejar en distintas respuestas justificándose que aparecen por parte de los pacientes como ser, soy malo para estas cosas, yo no sé hacer teatro, no se me ocurre como hacerlo entre tantas otras. Es por ello que el rol del director es fundamental a la hora de explicar la consigna, ya que debe generar la empatía y la confianza necesaria para lograr la aceptación de las técnicas (Población, 2019).

3.4. Uso del Psicodrama en personas con dependencia a sustancias

3.4.1. Importancia del psicodrama en tratamientos de adicciones

El psicodrama como enfoque psicoterapéutico dentro de un tratamiento de recuperación busca, en primer lugar lograr el cese del consumo, luego se apunta a trabajar y elaborar las experiencias negativas de los distintos pacientes que inicialmente los condujeron al consumo de sustancias tóxicas, para que finalmente la persona logre construir nuevas estrategias saludables de afrontamiento (Takis, 2018). Giacomucci (2020) plantea que el método psicodramático ayuda a los pacientes con problemas de consumo de sustancias a simbolizar la angustia, desprenderse del aislamiento y lograr nuevas conexiones, pasando de la destrucción a la creación reemplazando el silencio por el diálogo. Ayazi Nofuti y Bajelan (2015) agregan la importancia de dicho método como herramienta terapéutica donde la persona logra liberar sentimientos reprimidos y descubrir aspectos psicológicos dentro de su problemática. Así mismo, el sujeto se conecta con su parte cognitiva y emocional, como también con las diferentes circunstancias relacionadas al consumo (Martínez et al., 2019).

Por otro lado la acción es una de las características fundamentales del psicodrama que lo enriquece y diferencia de tantas otras técnicas, ya que es por este medio que la persona logra exponer su problema y a partir de la puesta en escena se logra visualizar el mismo brindándole al sujeto la posibilidad de elaborar una posible solución, de esta manera se trabaja con el problema y no sobre él (Ayazi Nofuti & Bajelan, 2015). El método psicodramático además funciona como facilitador grupal, por medio de sus herramientas, permite desarrollar la cohesión grupal, generar la ayuda mutua, percibir similitudes entre los miembros del grupo enriqueciendo las interacciones interpersonales de los mismos.

Es así que Martínez et al. (2019) consideran el uso de las técnicas psicodramáticas como facilitadoras para obtener autoconocimiento y generar vínculos de forma rápida por parte de los distintos miembros del grupo, además esta disposición permite el reaprendizaje y ampliación de habilidades, conductas y desarrollo de

empatía. Takis (2018) plantea desde una mirada más amplia que el consultante muchas veces a lo largo del proceso terapéutico logra reconocer y trabajar ciertos aspectos negativos de su personalidad, recrear aquellas escenas conflictivas de su vida que le generan malos recuerdos, adquirir nuevas habilidades sociales a fin de generar nuevos vínculos sanos, separarse de viejos roles disfuncionales y problemáticos dando origen a otros funcionales y adaptativos. Es así que el psicodrama busca intervenir con el objetivo de separar ciertos roles de sus complementarios patológicos, como así también extender y creativizar ciertos repertorios de roles a partir de la puesta en acción y la dramatización conjunta. (Bello, 1999). Toda conexión en la puesta en acción proporciona a los pacientes la oportunidad de cerrar aquellos problemas que traen consigo y comparten en la dramatización (Giacomucci, 2020). Martínez et al. (2019) agregan por último que, aquello dramatizado se registra por la mente como experiencia vivida, quedando así disponible para usos futuros.

3.4.2. Resultados del uso del psicodrama dentro de la terapia familiar en tratamientos de adicciones

Como ya se mencionó anteriormente el objetivo principal del tratamiento es la rehabilitación de la persona que consume. Paralelamente, se apunta a la resocialización del adicto, logrando además un cambio estructural en la familia. Muchas veces es en las entrevistas familiares, por medio de la dramatización, donde se puede obtener una pequeña mirada sobre el proceso de cambio que transita la familia (Barilari et al., 2004).

El psicodrama suele ser muy utilizado en tratamientos de adicciones ya que sus técnicas activas le permiten al sujeto expresar corporalmente aquello que no logra poner en palabras (Población & López, 1991). Estudios previos revelan que el psicodrama es eficaz para el tratamiento de personas con consumo problemático de sustancia. Ayazi Nofuti y Bajelan (2015) argumentan luego de un estudio realizado con pacientes adictos que a su vez presentaban síntomas depresivos que el psicodrama conduce a la reducción de síntomas de depresión y previene recaídas a partir del uso de ciertas técnicas activas, como ser la inversión de roles, espejo y silla vacía, además genera un beneficio en los consultantes ya que aporta el desarrollo de interacciones grupales y extensión de las relaciones interpersonales. Otra investigación permite observar que la aplicación del psicodrama en la terapia grupal de pacientes adictos que han sufrido una pérdida traumática le proporciona al terapeuta herramientas clínicas para ayudar al sujeto a reelaborar el dolor y la pérdida en el aquí ahora junto a otros miembros del grupo que

han sufrido situaciones similares (Giacomucci, 2020). En un trabajo anterior Giacomucci, Gera, Briggs, y Bass (2018) plantearon que el método psicodramático le brinda al sujeto una experiencia de integración psicosocial y sentido de pertenencia, donde no solo se siente identificado por la adicción con el resto del grupo. Las nuevas experiencias que surgen a partir de la dramatización en grupo transforman el pasado y le brindan al sujeto nuevos repertorios.

Finalmente Ayazi Nofuti y Bajelan (2015) consideran la eficacia del psicodrama a partir de mejoras psicológicas en pacientes toxicómanos, ya que al ser una actividad grupal permite compartir las motivaciones, analizar emociones reprimidas y recibir a cambio comentarios por parte del resto del grupo. A la hora de dramatizar los pacientes aprenden a tomar la iniciativa y comunicarse de forma positiva con otros. Según Población (2019) cualquier persona ya sea especialista u otro miembro del grupo que ayude a elaborar y procesar el conflicto del paciente que ocupa el lugar de protagonista dentro de la dramatización se caracteriza como agente terapéutico. Es así que Takis (2018) plantea a partir de su observación durante el tratamiento terapéutico, que la dependencia muchas veces logra ser sustituida por el vínculo que el paciente logra desarrollar con el psicoterapeuta o el grupo terapéutico en sí.

4. Metodología

4.1. Tipo de estudio

Se trata de un estudio de tipo descriptivo.

4.2. Participantes

Participaron del siguiente estudio cuatro pacientes de distintas etapas del tratamiento y un familiar de cada uno de ellos. También uno de los coordinadores, quien realiza las entrevistas familiares, y por último el fundador de la Institución:

- Madre y Paciente M. 21 años, llevan 8 meses en el tratamiento y se encuentra en la fase A del mismo.

- Padre y Paciente G. 18 años, lleva 1 año y 7 meses en el tratamiento y se encuentra en la fase B del mismo.

- Madre y Paciente C. 24 años, lleva 2 años y 3 meses en el tratamiento y se encuentra en la fase C del mismo.

- Madre y Paciente N. 23 años, finalizó el tratamiento en septiembre del 2019, luego de 3 años en el mismo.

- M: Coordinador, Licenciado en Psicología, terapeuta familiar, Psicodramatista y Especialista en adicciones. Dentro de la Fundación se encarga de las entrevistas familiares y de la capacitación y formación sobre la problemática del consumo que brinda la Institución tanto fuera de la misma en colegios como dentro en el curso de formación que ofrece.

- G: Fundador y director de la Institución, Médico Psiquiatra.

4.3. Instrumentos

Para este estudio se implementaron los siguientes instrumentos:

- Entrevista libre al Fundador de la Institución, a partir de la pregunta ¿Cómo surge la idea de incluir el psicodrama a un tratamiento ambulatorio de adicciones?

- Entrevista semi-dirigida al coordinador de la Fundación, a partir de los siguientes ejes:

- El abordaje grupal y familiar en un tratamiento individual por consumo problemático de sustancias.
- Objetivos y beneficios del psicodrama como herramienta terapéutica.
- Intervenciones y estrategias utilizadas
- Sobre la figura del coordinador: posicionamiento e intervenciones que realiza

- Entrevista semi dirigida a pacientes y familiares, a partir de los siguientes ejes:

- Expectativas que tuvieron a cerca de las entrevistas familiares, de las cuales participaba el núcleo familiar junto al paciente en tratamiento.
- Conocimiento previo sobre el Psicodrama, beneficios y cambios a partir de su implementación dentro de las entrevistas familiares
- Recuerdo, aprendizaje y breve relato de alguna sesión significativa.

- Observación participante de los grupos de pacientes y las entrevistas familiares, registrando las intervenciones de los Coordinadores, las elaboraciones de los participantes al respecto y los emergentes de dicha interacción.

4.4. Procedimiento

A partir del comienzo de la pasantía se efectuó la observación participativa de los distintos grupos terapéuticos con los que cuenta la Institución, tanto de pacientes como de familiares. Luego se presenciaron entrevistas familiares de pacientes seleccionados para el desarrollo del presente trabajo, las cuales tuvieron una duración aproximada de 40 minutos cada una, al finalizar se registraba la información significativa en relación a los objetivos planteados. Finalmente se les entregó a las cuatro familias una entrevista semi-dirigida las cuales por cuestiones de practicidad y tiempos del Coordinador se hicieron por escrito y fueron posteriormente entregadas por los pacientes a la pasante. Tanto la entrevista al Fundador como al Coordinador se realizaron de manera presencial teniendo una duración de 35 minutos aproximadamente cada una, todos los datos pertinentes al trabajo se registraron en audio y posteriormente de manera escrita en un cuaderno de notas personales.

5. Desarrollo

5.1. Presentación de los casos

A partir de la práctica realizada en el centro de adicciones, se contó con la participación de cuatro familias con el fin de desarrollar el presente trabajo. Resulta pertinente para la comprensión del mismo brindar cierta información acerca de los participantes, es por ello que a continuación se mencionarán algunas características acerca del paciente y su grupo familiar, categorizados por la etapa del tratamiento en la cual se encuentran.

La familia de fase A se integra por padre, madre y cuatro hijos de los cuales el más chico es quien se encuentra actualmente en tratamiento. La familia es del interior, pero todos los hijos se instalaron en Bs. As para cumplir con sus estudios universitarios, el paciente fue el último en hacerlo, luego de que su padre lo convenza e impulse a estudiar, finalmente hace un año comenzó la carrera de Ingeniería en Informática, pero no está convencido de querer continuarla. De forma paralela la madre del chico al enterarse por su otra hija la situación de consumo de su hijo menor, dejó su casa y su trabajo en el interior y se trasladó junto a ellos en Capital a fin de realizar el tratamiento de adicciones. El padre por cuestiones laborales asiste de forma irregular al mismo y al hacerlo se muestra en parte desinteresado y desinformado acerca del mismo, lo cual genera gran molestia en su esposa, quien tomó el tratamiento por las riendas e impulsa a toda la familia a acompañar al paciente.

La familia de fase B se conforma por ambos padres, la adolescente en tratamiento, y su hermana mayor. Los padres de la paciente se acercan a la Institución en busca de ayuda a partir de encontrarle consumo a su hija dentro de la mochila del colegio. La madre asegura que todo comenzó en este último año de secundaria, por problemas de autoestima en la chica, ya que cree no ser lo suficientemente buena ni capaz como su hermana mayor para desempeñar una carrera universitaria, además se percibe fea, gorda y siente que en el colegio la hacen a un lado si no hace lo que el resto hace, consumir, beber y salir por la noche de manera regular. Es por ello que el consumo le permitió ser popular, estar con los chicos que le gustaban, tener muchas amigas, ya que todo el colegio la buscaba para salir a divertirse y la toman como una referente, desde que comenzó el tratamiento y dejó de consumir perdió esa popularidad que ella menciona y volvió a aparecer la baja autoestima de un principio, se distanció de todo su grupo de pares por ser consumidores y plantea que se encuentra nuevamente perdida, solitaria y sin saber qué hacer con su futuro.

Si bien se observa una familia unida, la preocupación de los padres por las mentiras de su hija y su problema con el consumo los llevó en los primeros periodos del tratamiento a grandes discusiones matrimoniales acerca de cómo abordar el problema de la adolescente, por un lado la madre se registra como sobreprotectora de su hija, motivo por el cual desde un primer momento quiso intervenir y hacer por su hija el tratamiento, y por otro lado el padre se identifica en cierta forma con su hija, ya que en su juventud tuvo un boliche bailable y era una persona muy popular en el ambiente y desde esa identificación cree que la hija debe hacer su propio proceso y experiencia. Por lo tanto muchas veces es la hermana quien resalta la importancia de actuar de manera activa en la problemática de la adolescente y trabajar de forma conjunta para lograr un cambio grupal sin perder de foco la causa de adicción de su hermana.

La familia de fase C se integra por ambos padres, el paciente y dos medios hermanos mayores por parte del padre, quienes no asisten de forma regular al tratamiento. El padre plantea una gran dificultad para comunicarse y conectarse con su hijo menor ya que es una persona muy tímida e introvertida. El paciente manifiesta al igual que su padre problemas de comunicación argumentando que el mismo suele ser frío, distante y estar muy ocupado debido a su trabajo. La madre a diferencia de lo planteado por el padre describe al chico como una persona muy dulce y compañera, un poco reservada a la hora de hablar de su vida privada, pero al ir avanzando en el tratamiento ella registra mayor transparencia por parte de su hijo. También menciona

que ella no tiene dificultad para comunicarse con su hijo y considera que la relación con su padre cambió a partir de enterarse sobre su homosexualidad, lo cual generó indudablemente un cambio en todos.

La familia graduada se integra por, el paciente que finalizó el tratamiento, la madre y la actual pareja de la madre. Luego de separarse del padre de su hijo, la madre describe una creciente y aguda desorganización familiar, ella tenía que trabajar y el chico quedaba todo el día solo en su casa por lo general invitaba amigos o chicas sin previo aviso y consumían ahí mismo. La madre ya no sabía qué hacer ni como poner un freno a la situación, ya que por necesidad ella tenía que salir a trabajar y el chico al ser hijo único quedaba siempre solo. Ella describe a su hijo como a una persona muy carismática y compradora, que siempre consigue lo que quiere. Al estar atravesando el duelo de la separación ella siempre tendía a sobreprotegerlo o justificarlo frente a sus comportamientos abusivos e inmaduros. Tanto la madre como el adolescente en tratamiento registran un lazo muy fuerte, un vínculo muy estrecho que les trajo graves problemas a ambos, ya que no se permitían la entrada de otra persona en esa diada madre e hijo tan fuerte. Fue a raíz del tratamiento que se comenzó a indagar acerca de los vínculos afectivos de la madre y recién ahí se comenzó a, de a poco, integrar a la pareja de la misma, lo cual permitió un alivio en ella, ya que podía recibir ayuda y contención con respecto al proceso que estaba realizando junto a su hijo en tratamiento. Al incluir a la pareja de la madre se logró ir construyendo un nuevo orden familiar donde el adolescente volvió a ser hijo y la madre recuperó su confianza y libertad para poder comenzar a soltar a su hijo y focalizar en su pareja.

Una vez realizada esta breve introducción de los casos que se tomaron, se analizaron los objetivos planteados.

5.2. Objetivo 1: Indagar, según el equipo de profesionales de la Institución, cuál es el beneficio de utilizar el psicodrama dentro del tratamiento de rehabilitación en adicciones.

Si bien cada uno de los entrevistados hizo un recorte personal acerca de la temática planteada, ambos coinciden en el beneficio de trabajar en el aquí ahora las escenas conflictivas planteadas por los pacientes, así como también la posibilidad de activar el registro emocional de los mismos, y representar el paso de lo verbal a lo corporal.

Durante la entrevista que se le realizó al Coordinador de la Fundación, se indagó acerca del motivo por el cual se incluye el psicodrama como método de intervención en dicho tratamiento, a lo cual contestó “El trabajar con personas adictas requiere de mayores habilidades y herramientas por parte del terapeuta, ya que muchas veces el consumo impide lograr un contacto con el paciente, una vez que se logra correr el consumo, el terapeuta debe abordar aquellos patrones comportamentales desadaptativos del sujeto y es justamente el psicodrama, muchas veces, quien nos brinda la posibilidad de hacerlo. El psicodrama nos permite trabajar en el aquí ahora con el paciente y su familia. La entrevista se convierte así, en una escena en vivo de lo que acontece en el funcionamiento cotidiano de dicho sistema”. De esta manera la argumentación planteada por el especialista se encuentra en consonancia con la definición que brinda Bello (1999) planteando que en la acción dramática lo que se busca no es relatar el pasado, sino reproducir lo vivido, aquí y ahora.

El coordinador también sostiene, que a diferencia de tantas otras formas de hacer terapia, dicho método ofrece la oportunidad de trabajar *insitu* con el sistema familiar, ya que a partir de la espontaneidad que genera el accionar en vivo, aparece la creatividad del sujeto y se logra abordar aquellos aspectos conflictivos en post de producir un cambio y lograr conductas y relaciones positivas. Como así lo mencionaba Bello (1995) la espontaneidad es la capacidad de brindar una respuesta novedosa a un estímulo ya conocido.

En la misma línea, al entrevistar al Fundador de la Institución, él mismo agregó “El psicodrama es fantástico, porque nos permite transformar el relato en acción, recrear aquello que el paciente y la familia traen como problema en el aquí y ahora”. A esto mismo se refieren Ayazi Nofuti y Bajelan (2015) cuando describen el psicodrama como una terapia dinámica y experiencial, producida en el aquí y ahora. A partir de la observación activa en una de las entrevistas de la familia de fase A se pudo registrar que frente a la dificultad de no comprenderse al hablar madre e hijo, el director de la dramatización los convocó a un cambio de roles, donde ambos lograron comprender lo que el otro buscaba comunicar mediante la palabra en la acción presente. También el paciente de fase C al entrevistarlo menciona que es por medio del psicodrama que logra expresarse con mayor claridad.

Además de resaltar el beneficio de reproducir en vivo la escena problemática planteada por el paciente, ambos entrevistados agregan como segunda característica del psicodrama, la importancia de trabajar sobre la emocionalidad del paciente y los

familiares. De esta manera el Coordinador planteó “El gran beneficio de este tipo de herramienta como método de intervención, es el poder obtener una mayor conexión emocional por parte del paciente y su familia, la cual se logra gracias a que dicho método propone salir del esquema comunicacional tradicional, pasando de una postura rígida, donde terapeuta y paciente se encuentran sentados frente a frente y la sesión es netamente racional y verbal, a una propuesta de integración corporal, es decir que el psicodrama permite incluir la acción y tantos otros elementos no verbales; entre ellos el cuerpo, el movimiento, el lenguaje no verbal, el espacio y el tiempo”. A esto hace alusión Ramírez (1997) cuando se refiere al psicodrama como método que permite por medio de la acción corporal reforzar sentimientos y emociones. También Forselledo (2008) agrega que Moreno, incursiona en la terapia grupal, pasando de la terapia individual centrada en lo verbal a la terapia grupal centrada en la acción.

El Fundador de la Institución, menciona al entrevistarlo, que a partir de su primer acercamiento al psicodrama quedó impactado por los alcances de dicho método, y fue al profundizar en el estudio del mismo que experimentó una fuerte atracción por el compromiso de Moreno al trabajar aquellos aspectos emocionales del sujeto. “Considero además, un hecho de suma necesidad trabajar sobre las emociones en personas adictas, ya que ingresan a la Institución completamente apáticos y desconectados, y muchas veces es por medio del psicodrama que se logra ablandar y descubrir sus emociones”. Esto es lo planteado por Martínez et al. (2019) al mencionar que el sujeto logra, por medio de la escenificación, registrar su parte cognitiva y emocional, como también analizar las causas de consumo.

De esta manera, en su entrevista, el paciente graduado relata como ingresó a la Institución, y como se fue de ella. Recuerda que los primeros tiempos no hablaba con nadie se mantenía siempre alejado de todos con la capucha puesta y los brazos cruzados, totalmente reticente a todo tipo de conexión tanto con compañeros como con profesionales, lo cual fue cambiando a lo largo del tratamiento a medida que logró correr el consumo, comprometerse con el proceso y mostrarse tal cual es, compartiendo sus emociones y problemáticas.

Retomando nuevamente la entrevista del Coordinador, el mismo agregó “Cuando uno dramatiza vuelve a vivir cosas en un escenario distinto, el de la entrevista, como si las estuviera viviendo de verdad, lo cual le permite al paciente lograr un mayor registro tanto de sí mismo como del otro, un mayor nivel de conexión y la potencia del paso de un plano racional a un plano más emocional, afectivo, gestual y corporal”. De

esta manera lo abordan Martínez et al. (2019) considerando el uso de las técnicas psicodramáticas como facilitadoras para obtener autoconocimiento, generar vínculos positivos, desarrollar habilidades, conductas y desarrollar empatía. En este punto vale la pena agregar un fragmento de la entrevista hecha a la madre del paciente graduado, donde relata brevemente una dramatización y la describe como un antes y un después en el tratamiento, ya que al representar corporalmente el fuerte vínculo de apego que tenía con su hijo ambos lograron visualizar la complejidad de algo que vivían con total normalidad y naturalidad. La madre del paciente describe la experiencia como movilizadora pero necesaria ya que la ayudó a repensar el vínculo con su hijo y trabajar sobre ello que le hacía daño.

Otro aspecto positivo del psicodrama que surge de ambas entrevistas es la idea de pasar de lo verbal a la acción. El Fundador menciona en su entrevista que, el psicodrama brinda la posibilidad de abrirse más, salir del encierro de lo verbal, no creer tanto en lo que refiere el paciente, sino en lo que se va dando en lo relacional y si es posible poner el cuerpo en cada encuentro, como una instancia agregada a lo verbal. De ello da cuenta Ramírez (1997) al plantear que el director dramático a cargo de la sesión, escucha y observa al protagonista en escena focalizando principalmente en el lenguaje no verbal del mismo.

El Fundador también recordó su experiencia como psicodramatista y agrego “A mi particularmente cuando ocupo el rol de director dentro de una dramatización o un ejercicio de psicodrama, me cuesta mucho seguir el relato del paciente, porque suelo quedarme mirando lo que veo de él ahora, aquello que comunica con su cuerpo y trasmite con sus emociones. Si el paciente logra hacer algo de lo que dice, la acción, lo corporal, el movimiento, como se desarrolla la relación, el vínculo en acción, enriquece enormemente la sesión y la posible solución del problema planteado”. Dicha argumentación se encuentra relacionada con lo planteado por Giacomucci (2020) cuando sostiene que toda conexión en la puesta en acción les proporciona a los pacientes, la oportunidad de cerrar aquellos problemas que traen consigo.

Finalmente cabe agregar que a partir de la observación activa en la práctica, se pudo registrar el papel de privilegio que los profesionales le conceden al psicodrama dentro de las sesiones terapéuticas que realizan. Tanto en los distintos grupos terapéuticos como en las entrevistas familiares, se lleva a cabo alguna intervención psicodramática y se puede observar que el convocar a los pacientes a realizar una dramatización genera, ya de por sí, una movilización, una puesta en marcha y un

cambio en la dinámica del grupo establecida hasta ese entonces. Es así que ambos especialistas refieren, en la entrevista, que el psicodrama es una herramienta muy útil para trabajar con personas donde el registro de sí mismo y del otro se encuentra totalmente vulnerado, donde además el paciente busca desde un primer momento evitar todo tipo de conexión sensorial y emocional tanto con el terapeuta como con su propia familia. Es por ello, afirma el Coordinador, que las técnicas psicodramáticas son ampliamente beneficiosas ya que permiten por medio de la acción un contacto, un acercamiento, un compromiso y el estar presente en el aquí ahora por parte de los distintos miembros de la dramatización. En consonancia con lo planteado anteriormente, Ramírez (1997) planteaba que el director es el encargado de acortar la distancia física y emocional con el paciente, por medio de un correcto caldeamiento, con la finalidad de captar información sobre el problema a dramatizar en escena.

En relación a los beneficios de las técnicas psicodramáticas, la madre de la paciente de fase B menciona en su entrevista, que el utilizar la técnica de cambio de roles con su hija en tratamiento, le brindó la posibilidad de percibir ciertos aspectos con mayor claridad y empatía, logró comprender más fácilmente ciertos comportamientos de su hija. También el ver a su hija haciendo de ella la impactó, ya que ciertas actitudes que creía correctas al verlas plasmadas por otra persona le resultaron chocantes y abusivas. Finalmente el Fundador al cerrar la entrevista agrega “Todo aquel que conoce el arte del psicodrama me entenderá, cuando uno logra incorporarlo como una herramienta más de trabajo, para producir cambios en sesión, logra observar el alcance que tiene dicho método sobre el paciente y su proceso. Lo considero un juego, del cual se debe conocer en profundidad sus instrucciones para animarse a jugarlo y enriquecerse con escenas vividas en el aquí ahora”. A esto mismo se refiere Moreno cuando define el psicodrama como un método para examinar y conocer en profundidad la verdad del alma por medio de la acción (Moreno, 1966).

5.2. Objetivo 2: Describir las intervenciones realizadas desde el psicodrama en las entrevistas familiares.

En la entrevista realizada al Fundador de la Institución, el mismo se refirió a las técnicas psicodramáticas como instrumento de acción, del cual se nutre el terapeuta para llevar a cabo posibles intervenciones, con el fin de producir un cambio. Tal como lo menciona Ramírez (1997) las técnicas psicodramáticas, funcionan como un medio del

cual dispone el terapeuta para trabajar en escena. En la misma línea, en su entrevista, el coordinador a cargo de las sesiones familiares, conceptualiza el psicodrama, como una herramienta privilegiada para llevar a cabo intervenciones en vivo, donde por medio de distintas técnicas se le solicita al paciente y familia realizar modificaciones sobre lo dramatizado. Asimismo Ayazi Nofuti y Bajelan (2015) describen la acción como una característica fundamental de dicha herramienta, ya que por medio de ella la persona logra visualizar la problemática y trabajar en posibles soluciones. Para concretizar lo planteado anteriormente se toma una frase dicha por el paciente de fase C en su entrevista quien reconoce como beneficio del psicodrama, la posibilidad de visualizar con claridad la problemática que no lograba conceptualizar de forma verbal en la sesión. A partir de la técnica del soliloquio, logró expresar aquello que pensaba y muchas veces no decía por temor a lo que puedan decir los demás. También agrega que la técnica de cambio de roles fue de gran ayuda para trabajar las problemáticas de su familia, ya que una de las principales dificultades era la mala comunicación con su padre. “El poder intercambiar roles y desempeñar el del otro nos ayudó a ver cómo nos ve el otro y a partir de eso el terapeuta nos invita a trabajarlo para poder ir modificándolo y lograr una mejor relación”.

A continuación se mencionarán las técnicas de intervención utilizadas por el terapeuta en las entrevistas que se seleccionaron para el desarrollo del presente trabajo.

En la observación activa en la entrevista familiar de la familia de fase A, a partir de un comentario que realiza la madre del paciente, donde expresa ver a su hijo mucho más activo, conectado y contento, el terapeuta propone llevar a cabo un pequeño ejercicio psicodramático, el mismo consiste en la realización de la técnica de la escultura (Población, 2019). En primer lugar se le pide a esta madre que moldee a su hijo y lo fije en una escultura que represente como lo veía antes de iniciar el tratamiento, frente a esta petición la mujer ubica al paciente de espaldas y alejado del resto de la familia. A partir de dicha escena el terapeuta interviene nuevamente y le pide, esta vez, a toda la familia que se integren a la escultura y moldeen al chico a como lo ven ahora. Como así lo menciona Población (2019) el protagonista puede realizar la escultura de forma individual o bien el director puede solicitar al resto del grupo que se integren a ella y recreen una nueva imagen estática. Al continuar con la escenificación, la hermana menor toma la iniciativa y lo ubica de frente a la familia, acto seguido el padre disminuye la distancia que lo separa de la familia y aclara que ahora lo siente dentro de ella. El terapeuta, en esta oportunidad, le pregunta a la madre si quiere agregar

algo o modificar algo de la escena actual, a lo cual ella se acerca y abraza al hijo, pero él se mantiene totalmente rígido, la madre se emociona y llora. El terapeuta en su rol de director dramático (Bello, 1999), interviene una vez más y le pregunta a ambos que sienten en esa postura, a lo cual la mujer expresa llorando que siente tranquilidad de tenerlo cerca, por el contrario el paciente expresa una notoria incomodidad.

El coordinador entrevistado, considera la técnica de la escultura como una de las más significativas a la hora de trabajar con familias, ya que a partir de la realización de la misma, uno puede observar como son los vínculos y la forma de relacionarse entre sí de la familia. Es así que la escultura permite concretizar una mirada sobre la situación actual de la familia y, desde ella convocar a los participantes a pensar posibles modificaciones (Ramírez, 1997). El coordinador desde su rol de dramatasta agrega “Muchas veces se le pide al paciente que realice una misma escultura en tres tiempos (pasado, presente y futuro) para ver su evolución, que modificaciones hace, que agrega y que le gustaría sacar. En la observación de la entrevista de la familia de fase B, el terapeuta pregunta si tienen o traen algún tema puntual para trabajar, frente a dicha pregunta la madre comenta que hace ya algunas semanas que nota a su hija triste, angustiada y caída. El terapeuta le pregunta a la paciente si ella percibe lo mismo que su madre acerca de cómo se siente, a lo cual asegura que es cierto, que se siente triste, sin ganas de nada, ve la vida de color negro, llora mucho sin saber porque y su sensación es como si estaría en un pozo negro del cual no puede salir.

El coordinador se queda con esta última frase de la paciente, le pide que se ponga de pie en medio del salón y le propone realizar un ejercicio dramático:

-Director: Te pido que te presentes en el escenario y te sitúes como si estarías frente al pozo mirándolo y lo describas

-Protagonista: Si, lo veo profundo, muy profundo, es angosto y está todo oscuro

-Director: Ahora te vas a ubicar como si estarías en ese pozo

-Protagonista: No sé bien cómo hacerlo, no soy muy buena para estas cosas.

Dicha frase de la paciente nos remite a lo descrito por Población (2019) frente a la propuesta de dramatizar un conflicto familiar o problema personal, surge muchas veces, la vergüenza, el pudor o el miedo a hacer el ridículo, ya que al actuar en el ahora uno se expresa desde su espontaneidad.

-Director: Bueno, no hay problema vamos a llamar a tu hermana como yo auxiliar para que te pueda ayudar. Vamos a utilizar otra técnica psicodramática conocida como doble ella va a hacer de vos y vos de pozo.

Una vez hecha la escenificación, el director cree que se puede trabajar aun un poco más y le propone a ambas realizar un cambio de roles (Bello, 1999), donde esta vez la hermana haga de pozo y la paciente cumpla nuevamente el rol de protagonista. Una vez plasmada la escena el terapeuta pide que se congelen en una escultura, y desde ella le pregunta ahora a la paciente que siente, ya que su hermana, a diferencia de ella, no se ubicó como pozo debajo de ella sino abrazándola como conteniéndola, la paciente responde que se siente más tranquila porque se apoya en el pozo (la hermana), pero que no quisiera que el pozo la siga, ni la acompañe a todos lados. El terapeuta interviene nuevamente y le pide a la paciente que realice un soliloquio (Bello, 1999) como si fuera el pozo. La misma dice “Soy quien te hace las preguntas a las que no tenés respuesta, soy quien no te deja salir de la oscuridad, ni pensar a futuro, soy todas tus dudas sobre el futuro, sobre qué hacer y tu miedo a estar sola”.

Para cerrar el Coordinador incluye al resto de la familia, quienes cumplían el rol de público en la dramatización (Bello, 1999) se encuentran presentes, pero no forman parte de manera activa en la dramatización, y les pregunta que sienten ellos al observar la escultura. El padre responde “El pozo no me preocupa, porque es ella con ella misma y sus dudas acerca de planes a futuro, de hecho quizá tenga que pasar un tiempo más en el pozo, es un periodo de transición”. Por el contrario la madre dice “Yo, me contuve para no ir corriendo al pozo con ella a contenerla, es lo que siempre solía hacer cuando la veía mal, pero ahora trato de dejarla sola para que pueda pensar conectarse con ella misma. Es una nueva etapa sin consumo, lo cual conlleva muchos cambios”.

El terapeuta, una vez finalizada la entrevista, comenta que podría haberle pedido al resto de la familia que realice una salida novedosa del pozo, como si fueran la paciente en ese lugar.

En la entrevista familiar de fase C, el paciente plantea que en el transcurso de la semana no se sintió muy bien y al comentárselo a su madre, ella confirma que lo notó raro, por momentos lo veía totalmente tirado, desgastado, desconectado de todo y por otros momentos lo veía muy inquieto, acelerado, queriendo hacer muchas cosas a la vez sin terminar haciendo ninguna. Tomando este tema como punto de partida, el terapeuta los convoca a realizar un pequeño ejercicio de psicodrama. Al ver que la familia pone

una cierta resistencia frente a la propuesta, el terapeuta a modo de caldear a los participantes para entrar en escena le pide al paciente y su madre que realicen una puesta en acto, donde ambos interactúen entre sí y hablen acerca del tema que trajeron, de la manera más natural y espontánea posible. Una vez lograda la primer etapa de la acción psicodramática, el caldeamiento (Ramírez, 1997), se pasa a la dramatización y el terapeuta le pide al paciente a partir de la técnica de auto presentación (Cukier, 2005) que represente en escena esa dualidad que experimenta, al ver que el paciente no logra expresar con claridad esta dualidad interna que vive, se le pide a la madre que desde rol de yo auxiliar, cooperando con el protagonista en la acción a fin de poder desplegar una dramatización (Bello, 1999) realice corporal y verbalmente aquello que el hijo va describiendo. Es a partir de la utilización de la técnica del espejo (Cukier, 2005), donde el yo auxiliar le devuelve al protagonista su propia imagen, permitiéndole así mayor claridad y una mirada más global de lo que quiso plantear (Bello, 1999). Finalmente el terapeuta le pregunta a la madre que sintió al representar al hijo en esas dos posturas, a lo cual ella respondió “incomodidad y fastidio, ya que ninguna de las dos son gratas de transitar”.

A partir de la observación activa en las distintas entrevistas se pudo registrar como por medio de las intervenciones realizadas por el terapeuta los pacientes logran correr el foco de la temática del consumo logrando de esta manera expresar sus emociones, conectarse entre sí y crear nuevas alternativas sobre la problemática planteada. En consonancia con lo observado el coordinador planteó en su entrevista, que la temática de las sesiones familiares, no suele ser en torno al consumo en sí, sino a los vínculos familiares y los patrones relacionales disfuncionales de cada familia en lo que se trabaja y profundiza.

5.3. Objetivo 3: Indagar los cambios percibidos por los pacientes en la dinámica del sistema familiar a partir de la aplicación del psicodrama.

A partir de las entrevistas realizadas tanto a pacientes como a familiares, surgen varios aspectos en común a tener en cuenta: El trabajo sobre los vínculos familiares, el desconocimiento y pudor acerca del método psicodramático y los beneficios de transformar la palabra en acción.

En primer lugar al indagar acerca de su opinión sobre las entrevistas familiares, se obtiene una respuesta positiva por parte de todos los pacientes, ya que toman las

sesiones como un espacio donde poder plantear cuestiones relacionadas a los vínculos y a la comunicación, tales como asperezas y desencuentros mutuos. En la misma línea Villaseñor (2001) sostiene que la terapia familiar toma cada familia como un grupo, a fin de trabajar sobre sus vínculos y de lo que esos vínculos generan.

A partir de las entrevistas realizadas a familiares y pacientes surgieron las siguientes frases en relación a lo anteriormente planteado. “La terapia es un espacio donde recibimos ayuda para aprender a dialogar sin discutir y entendernos mejor”, “Los encuentros familiares nos permiten revisar ciertas formas de relacionarnos entre nosotros, para poder adquirir herramientas más eficaces centradas en el registro del otro, la comprensión y el respeto mutuo”, “Es un espacio ideal para generar un cambio no solo en mí como paciente, sino a nivel familiar como sistema”, “Si bien en un principio las sesiones con mis padres no eran de mi mayor agrado, con el tiempo puede sacarle provecho y trabajar en ellas ciertos patrones relacionales que uno tiende a repetir y cristalizar y que no son sanos ni funcionales para el bien familiar”. En relación a lo planteado Villaseñor (2001) describe como objetivo de todo proceso terapéutico el desarrollo de una nueva estructura familiar, no patológica.

En segundo lugar, todos los participantes de las entrevistas mencionaron no conocer el psicodrama, ni haber participado nunca de una dramatización. Por dicho motivo, los pacientes, en su totalidad, refieren la sensación de una cierta incomodidad, vergüenza, pudor, e inquietud a la hora de realizar las primeras ejercitaciones psicodramáticas propuestas por el terapeuta. En la misma línea Población (2019) argumenta que cuando lo lúdico pierde su carácter de espontaneo, suele aparecer la vergüenza el pudor, y el miedo de hacer el ridículo delante de la mirada de otro”. Tal es así que la madre de un paciente al entrevistarla agrega “El psicodrama me sacaba de mis espacios cómodos y conocidos, exponiéndome a mostrarme tal cual soy frente a los demás”.

Otro aspecto en común que surgió en las entrevistas a partir de la pregunta acerca de que diferencias percibía entre aquellas sesiones familiares clásicas habladas y las entrevistas activas donde se realizan ciertas intervenciones psicodramáticas fueron las siguientes; por un lado la familia de fase A respondió “Es más fácil ponerse en el lugar del otro y comprenderlo al realizar la situación en vivo”. La familia de fase B agregó “El psicodrama habilita muchos más vértices de observación, dinamiza y destraba cuando las palabras no alcanzan y sobran”. Por otro lado el paciente de fase C describió el psicodrama como método psicológico que le permitió conectarse con el

mismo, con sus padres y con sus hermanos, con los cuales no tenía relación alguna. También agregó “con este tipo de psicología logramos expresar mucho mejor nuestros sentimientos, nos llevó a un mayor nivel de entendimiento y empatía, a conectarnos más y hablar sin pudor. Siento que, a diferencia de una entrevista normal, estas dramatizaciones me obligan a conectarme con mis emociones, verlas con claridad y poder demostrarlas a otros”. En consonancia con lo descrito por el paciente, Martínez et al. (2019) mencionan que el sujeto logra, a raíz del uso de las técnicas psicodramáticas, conectarse con su parte cognitiva y emocional. Por último la madre del paciente graduado respondió “La diferencia principal es que se puede visualizar y corporizar la dificultad o aquello sobre lo que se trabaja. Colocado en el cuerpo, con la intervención del terapeuta, se materializa el trabajo dándole una imagen diferente a la situación. En consonancia con su madre el hijo menciona la importancia de lo corporal de la siguiente manera; “La mayor diferencia es el ver en un plano físico las cosas que digo, eso le da aún más fuerza a lo que quiero transmitir, y se recibe con mayor intensidad también”. Tomando esta última frase del paciente se agrega la teorización hecha por Hoffman (1987) quien describe la terapia familiar como el espacio donde se investiga la forma de comunicación de los individuos y sus relaciones a partir de la experiencia de un cara cara en grupos vivos.

Ahora bien al ahondar en los cambios percibidos a partir del uso del psicodrama tanto en uno, como en la dinámica del sistema familiar, las respuestas fueron variando.

Tal es así que el familiar de fase A plantea que el cambio que registra en sí es la posibilidad de verse desde afuera lo cual resulta más fácil para comprender ciertas acciones propias. El hecho de verse a sí mismo representado por otro le otorga a la persona una imagen global de su situación, el protagonista queda en lugar de observador de su propia historia (Bello, 1999). Por otro lado, a la hora de hablar de cambios en la dinámica familiar el paciente menciona que aún se trabaja en ello, “primero es necesario aceptar aquello que está mal para poder cambiarlo” afirmó.

Por el contrario al entrevistar al familiar de fase B acerca de cambios propios a partir del uso de distintas técnicas psicodramáticas, plantea la posibilidad de comprender mejor al resto de la familia al escenificar la acción y poder vivirlo nuevamente pero con calma y la posibilidad de proponer nuevas formas de resolver esa escena. Al hablar de cambios en la dinámica familiar registra cambios favorables, y agrega “aún estamos en proceso, el coordinador nos ayuda mucho a pensar nuevas respuestas a situaciones que solíamos no poder resolver solos”. En relación a lo

planteado por el paciente Mazieres y Ravazzola (1986) describen el encuentro terapeuta familia como una posibilidad de co-construir una nueva estructura funcional, de la cual devienen nuevos comportamientos interactivos. El paciente de fase C, quien se encuentra cercano a finalizar el tratamiento, menciona como aprendizaje a partir del uso del psicodrama el registro de las emociones propias y ajenas, la necesidad de empatizar con ellas, escucharlas y no sancionarlas o enjuiciarlas. En esta línea Martínez et al. (2019) considera las técnicas psicodramáticas como facilitadoras para obtener autoconocimiento, generar reaprendizaje y ampliación de habilidades, conductas y desarrollar una mayor empatía. Por consiguiente a nivel familiar plantea que si bien en un principio solía tener mucha vergüenza de abrirse y realizar una dramatización en familia, con el paso del tiempo, logro sacar provecho de ello y por medio de la acción mostrarse tal cual es y conectarse de manera real entre el grupo familiar.

Con respecto a la entrevista hecha al paciente graduado, él mismo menciona haber vivido una transformación emocional a partir del poder corporizar ciertas escenas de su vida familiar. “El psicodrama pone a flor de piel las emociones, y anteriormente no lograba ni siquiera registrarlas”. En la misma línea Ayazi Nofuti y Bajelan (2015) resaltan la utilidad del método psicodramático como herramienta terapéutica que le permite al sujeto abordar sentimientos reprimidos y explorar nuevos aspectos psicológicos dentro de su problemática. En relación al cambio en la dinámica familiar, el paciente relata brevemente una dramatización donde se lo comparaba a él con su padre, quien sufre la enfermedad de Parkinson, ya que por ser sumamente dependiente de su madre se lo tomaba como un invalido del cual la madre tenía que cuidar y eso fue justamente lo que se representó en escena, la madre empujándolo tratando de llevarlo a él que simulaba estar en una silla de ruedas. El paciente refiere “Esa escena me hizo darme cuenta de muchas cosas, el vivirlo así en carne propia me hizo sentir sumamente mal, me puse a llorar y me emoció mucho al ver que mi mamá también lloraba, fue muy fuerte. Los dos vimos que esa dependencia que yo tenía con ella no nos hacía bien a ninguno y pudimos trabajarla y de a poco ir modificándolo”.

De forma complementaria la madre también menciona el trabajo que se hizo sobre el apego entre ambos y agrega que ella logró modificar su parte en lo que conformaba al vínculo con su hijo, ya que pudo desarrollar mayor confianza en sí misma y en los recursos de él apoyando su autonomía e independencia, pasando de sostenerlo a acompañarlo.

Por último, retomando la entrevista realizada al Fundador de la Institución, cabe agregar el reconocimiento que el mismo hace acerca del compromiso que las familias van adquiriendo a lo largo del tratamiento. “Al comenzar a percibir cambios no solo del paciente, sino de todo el sistema familiar y los alivios que esto conlleva en cada uno de los miembros, hace que todo el sistema se apropie de las herramientas adquiridas de las distintas experiencias psicodramáticas como nuevos patrones saludables de funcionamiento familiar”.

6. Conclusiones

Con el objetivo de investigar el uso del psicodrama como herramienta terapéutica en un centro de rehabilitación de adicciones, se trabajó con distintos profesionales de la Institución quienes brindaron información acerca de los alcances que brinda el psicodrama en dicho tratamiento. Ambos profesionales destacan la posibilidad que otorga la técnica psicodramática de trabajar en el aquí ahora con el paciente como característica fundamental (Bello, 1999). También resaltan la posibilidad de generar cambios emocionales en los miembros del grupo, ya que se apunta a generar un mayor registro tanto de uno mismo, como del otro y su padecer, lo cual se logra a partir de reproducir en vivo experiencias conflictivas pasadas tomando como herramienta principal la acción, así lo menciona Forselledo (2008) el psicodrama es un método psicoterapéutico basado en la acción y el encuentro. Dicha acción, a diferencia de la escena real se encuentra mediada y dirigida por un experto, el director. Ramírez (1997) caracteriza al director como eje de toda producción dramática. Es quien interviene activamente a fin de generar modificaciones que lleven a construir nuevos repertorios de acción que le sean funcionales y operativos al paciente en su vida cotidiana.

La intervención que el terapeuta realiza desde su rol de director en una escena psicodramática, se lleva a cabo por medio de distintas técnicas activas que le otorga el método, si bien se conocen infinitas técnicas, es el especialista quien determina cuál de ellas es la más funcional y apropiada para cada familia según el objetivo de la sesión, si bien existen numerosas técnicas psicodramáticas, el terapeuta es quien debe seleccionar la más apropiada para trabajar con cada familia en particular (Población, 2019). De esta manera, se puede ahondar en la problemática a fin de obtener información sobre el problema, se puede intervenir en busca de generar un cambio o bien se puede apuntar a resaltar algún aspecto mencionado por los pacientes como importante a fin de trabajar la emocionalidad de los mismos o provocar modificaciones en su dinámica vincular.

De forma acotada es pertinente mencionar lo descrito por el paciente de fase C quien plantea que a partir de la técnica del soliloquio y el cambio de roles (Bello, 1999), logró no solo observar con mayor claridad el conflicto, sino transmitir corporalmente aquello que no conseguía por medio de la palabra. Es así como, por medio de las intervenciones psicodramáticas, la persona consigue registrar nuevamente sus emociones, conectarse de forma positiva con su entorno, y trabajar en nuevos patrones de acción que le permitan configurar una nueva realidad saludable y funcional.

Por último se pudo comprobar a partir del relato de distintos pacientes y familiares que existe una vinculación positiva entre el uso del psicodrama en las sesiones y los cambios obtenidos en la dinámica del sistema familiar. Como así lo menciona el Coordinador de la Institución, una vez que se logra correr el consumo uno comienza a trabajar realmente con el paciente, y es en ese momento que la temática de las sesiones se centran en la dinámica familiar, los vínculos y los conflictos que de ellos surgen, lo cual todas las familias resaltaron el beneficio de poder contar con un espacio donde trabajar dichas cuestiones. Es en las entrevistas familiares, a partir de la dramatización que se alcanza a percibir el proceso de cambio que transita la familia (Barilari et al., 2004). Por otro lado si bien los pacientes no contaban con conocimientos previos de psicodrama y en un principio les resulta intimidante y vergonzoso realizar dramatizaciones, con el paso del tiempo y los avances en el tratamiento, se convierte en una herramienta muy rica para trabajar en grupo, ya que por medio de la acción se vivencian y se resignifican cuestiones familiares que hasta ese entonces no se habían abordado. Es así como el psicodrama se convierte en un medio que le permite al paciente y su familia obtener un mayor registro emocional, un mejor vínculo y la posibilidad de trabajar, por medio de la acción, en experiencias negativas del pasado a fin de producir de manera creativa una respuesta novedosa más adaptativa.

En cuanto a las limitaciones del presente trabajo se pueden describir varias cuestiones. Por un lado se presentaron ciertas limitaciones teóricas motivadas por el Aislamiento Social Preventivo Obligatorio decretado para prevenir la expansión del COVID-19 en nuestro país, enfermedad que actualmente es una Pandemia que azota al mundo entero. A partir de esta situación, surge la imposibilidad de concurrir a la biblioteca para consultar material más preciso sobre los temas abordados, es por ello que se trabajó únicamente con material online.

Otra de las limitaciones del presente trabajo es en relación a la metodología utilizada para evaluar a los pacientes y familiares, ya que por cuestiones de practicidad

y tiempos de los profesionales de la Institución, las entrevistas se hicieron de forma escrita. Esto trajo aparejado una disminución de su calidad, ya que no se pudo dar un feedback con los entrevistados donde quizá se podría haber obtenido mayor información verbal, gestual y comportamental así como también observar otro tipo de producción que surgiera del encuentro. Con respecto a los participantes, si bien se repartieron encuestas de más para cubrir cualquier imprevisto, en un principio se planeaba trabajar con cuatro pacientes y dos familiares de cada uno de ellos, pero al recibir las encuestas (por escrito) algunas de ellas no tenían material significativo suficiente, por lo tanto se optó por hacer una selección de entrevistas y tomar una menor cantidad de familiares para el desarrollo del trabajo.

Por otro lado, en relación a las entrevistas se registró como limitación, el tiempo transcurrido entre la producción de las mismas, y el desarrollo del trabajo, ya que a la hora de analizar los datos surgen ciertas dudas que se podrían haber abordado como preguntas en las entrevistas, o bien ampliar la información sobre un tema ya trabajado.

Como perspectiva crítica y aporte personal, teniendo en cuenta que los resultados demuestran la incidencia del psicodrama en la mejora, no solo del paciente y su cese de consumo; sino de los cambios en la dinámica del sistema familiar en general, una sugerencia podría ser la extensión de la duración de las entrevistas familiares. Por la cantidad de pacientes que posee la Institución, sumado a que las entrevistas se desarrollan de forma continua y en tiempos estimados de 40 minutos aproximadamente, esto conlleva muchas veces a realizar cierres bruscos del tema abordado en sesiones causando en algunos pacientes cierta molestia. La tesista pudo registrar a partir de su observación activa en las distintas sesiones que lo dramatizado en escena genera un análisis profundo de la problemática planteada provocando a su vez, una movilización emocional fuerte en los pacientes, por lo tanto se creería apropiado extender el tiempo de la sesión a fin de lograr un desarrollo gradual de la misma hasta su finalización con la posibilidad de brindarle al paciente la sensación de escucha y contención necesaria.

También se pudo observar como posible dificultad para los profesionales de la Institución la disposición de poco tiempo para poder dialogar entre ellos, lo cual resulta esencial en este tipo de Instituciones donde se trabaja en grupos simultáneos de pacientes y familiares. En estos ámbitos donde todo suele ser muy dinámico y cambiante, es por ello que si bien los profesionales cuentan con dos reuniones de equipo semanales donde ponen en común lo trabajado en cada espacio, comparten inquietudes y debaten posibles soluciones, sería sumamente importante la comunicación entre los

distintos coordinadores de los grupos, esto muchas veces es dificultoso ya que al haber tantos grupos terapéuticos y en horarios continuos, se suelen dar conversaciones y traspaso de información de manera veloz en el patio de la Institución al pasar de un grupo al otro. Esto no solo es perjudicial para el manejo de la información, sino que además pone en riesgo el cumplimiento del horario de los espacios que coordinan. Dado que la puntualidad integra el listado de normas con las cuales se compromete todo paciente al iniciar el tratamiento, sería conveniente plantear una posible alternativa a fin de brindar un ejemplo frente a un requisito que es considera primordial para el orden del paciente y su recuperación.

Por otra parte, se considera pertinente mencionar como una posible mejora en post de extender los beneficios de las intervenciones psicodramáticas, la oportunidad de contar con la presencia de dos coordinadores al trabajar en sesiones donde el grupo familiar es significativamente amplio, ya que durante una de las entrevistas familiares del paciente de fase A, presenciada por la tesista se pudo registrar a partir de una ejercitación dramática en la cual se utilizó la técnica de cambio de roles entre madre e hijo una posible vía de intervención y análisis que podría haber sido un disparador interesante para abordar la problemática planteada en dicha sesión. El coordinador no reparo en lo detectado por la pasante y finalizó la sesión en ese momento, proponiéndole a los pacientes retomarlo en el próximo encuentro. Sin embargo al entrevistarlo una vez finalizada la sesión agregó “A veces cuando se trata de familias numerosas, se cree conveniente utilizar la modalidad de co-terapia, donde al ser dos terapeutas quienes trabajen en sesión, por un lado se logra registrar una mayor cantidad de elementos y por otro lado cada uno de los profesionales realiza su propio recorte acerca de lo abordado, lo cual enriquece la sesión de manera significativa permitiendo un abordaje más completo acerca de la problemática planteada y su posible vía de solución”.

Una pregunta que surgió a raíz del análisis de este abordaje en relación al uso del psicodrama como herramienta terapéutica de intervención fue respecto de si al aplicarlo en el grupo de viernes, se lograría llegar a dramatizaciones realmente significativas para los distintos miembros del grupo. A diferencia del resto de los espacios terapéuticos que brinda la Fundación, dicho grupo se integra por todos los pacientes del tratamiento, adultos y menores, de todas las fases, lo cual hace que sea muy numeroso y heterogéneo. Sería positivo evaluar si al aplicar el psicodrama en dicho espacio surge como necesidad la presencia de más de un dramatasta, para lograr registrar el trabajo de

todos los participantes sin perder la oportunidad de realizar ciertas intervenciones pertinentes al caso y obtener distintos abordajes sobre una misma situación puede enriquecer el trabajo en escena y llegar a elaboraciones más profundas. Además se podría indagar acerca de que técnicas se logran adaptar mejor a ese tipo de grupo.

Para el desarrollo de nuevas líneas de estudio, se pensará en focalizar y expandir la investigación acerca de los cambios en la dinámica del sistema familiar, a partir de la implementación del psicodrama en post de eliminar el consumo, generar nuevos vínculos saludables de interacción, desarrollar un mayor registro de sí mismos y del otro, como así también la capacidad de generar respuestas novedosas. Sería interesante seguir evaluando dicha variable a lo largo del tiempo, es decir, si a partir de la aplicación del psicodrama las modificaciones alcanzadas por las distintas familias se logran mantener o al finalizar el tratamiento se tiende a re adoptar la forma patológica de organización y vinculación familiar anterior. El interés en investigar dicha variable surge a partir de la observación realizada por la tesista a lo largo de su pasantía en la Institución, donde la misma pudo registrar, que aquellos pacientes que se encontraban en la recta final del tratamiento manifestaban en las sesiones familiares una creciente ansiedad, ya que finalizarlo significaba a su vez encontrarse nuevamente solos frente a su problemática, mientras que el tratamiento les brindaba una cálida sensación de sostén y guía. El paciente de fase C, en su última sesión familiar expresaba sentir miedo frente a esa nueva etapa que comenzaba, si bien cuenta con el apoyo de su familia, le preocupaba no poder mantener en el tiempo todo aquello que logró en el tratamiento, argumentaba que le hará falta ese espacio donde poder repensar y trabajar ciertas situaciones conflictivas de su día a día. Luego de dos años y dos meses de concurrir todos los días a la Fundación, el terminar genera ansiedad y miedo, miedo al estar solo en el afuera, frente a distintos estímulos que puedan generar una recaída, miedo a no estar lo suficientemente preparado para terminar, y es allí donde la gran parte de los pacientes comienza a dilatar la finalización de su tratamiento. Ese fin que tanto anhelaban al comenzar hace años atrás, hoy se convierte en miedo e incertidumbre.

7. Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (5th ed.). Buenos Aires, Argentina: Panamericana.
- Apud, I., & Romani, O. (2016). La encrucijada de la adicción. Distintos modelos en el estudio de la drogodependencia. *Salud y drogas*, 16(2), 115-125.
- Ayazi Nofuti, M., & Bajelan, M. (2015). The effectiveness of psychodrama in relapse prevention and reducing depression among opiate-dependent men. *Research on addiction*, 9(34), 111-121.
- Barilari, S., Mazieres, G., & Ravazzola, C. (2004). Terapia Familiar en un programa de rehabilitación ambulatoria de la drogadicción. *Sistemas familiares*, 20(1-2), 25-35.
- Becoña, E. (2016). La adicción “no” es una enfermedad cerebral. *Papeles del psicólogo*, 37(2), 118-125.
- Bello, M. C. (1999). *Introducción al psicodrama: Guía para leer a Moreno*. México DF: Colibrí.
- Bustos, D., & Nosedá, E. (2007). *Manual de Psicodrama en la Psicoterapia y en la Educación*. Buenos Aires: RV Ediciones.
- Cukier, R. (2005). *Palabras de Jacob Levy Moreno*. Brasil: Ágora. De la Salud, I. N. (2010). Principios de tratamientos para la drogadicción. Estados Unidos: NIH Publicación.
- Dayton, T., & Nicholas, M. (2009). Psychodrama in the psychotherapy of adults who have been raised in addictive families (ACoAs). *Group*, 33(4), 329-345.
- Fernández, P. L. (2009). *Drogodependencias*. Madrid. España: Médica Panamericana.
- Forselledo, A. G. (2008). El psicodrama aplicado al tratamiento del consumo de drogas. *Universitario de Estudios Superiores (UNESU)*. Recuperado de <http://www.agforselledo.info/ddnn.asu/psdfar.pdf> .
- Giacomucci, S. (2020). Addiction, traumatic loss, and guilt: A case study resolving grief through psychodrama and sociometric connections. *The Arts in Psychotherapy*, 67, 101627.
- Giacomucci, S., Gera, S., Briggs, D., & Bass, K. (2018). Experiential Addiction Treatment: Creating Positive Connection through Sociometry and Therapeutic Spiral Model Safety Structures. *Journal of Addiction and Addictive Disorders*, 5(17), 2578-7276. doi: [10.24966/AAD-7276/100017](https://doi.org/10.24966/AAD-7276/100017).

- Hall, W., Carter, A., & Forlini, C. (2015). The brain disease model of addiction: is it supported by the evidence and has it delivered on its promises?. *The Lancet Psychiatry*, 2(1), 105-110.
- Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de la terapia familiar*. México: Fce.
- Levin, L. G. (2016). Las adicciones como construcción social: conocimientos, posicionamiento público, e implementación estatal de tratamientos (Tesis de posgrado). Recuperado de RIDAA-UNQ Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto de la Universidad Nacional de Quilmes <http://ridaa.unq.edu.ar/handle/20.500.11807/203>
- Martínez, H., Rodríguez, A., & Vines, G. (2019). Factores asociados en la adicción y recaída de pacientes con consumo de estupefacientes. *Universidad Ciencia y Tecnología*, 23(93), 82-89.
- Mazieres, G. (2008). Respuestas asistenciales en drogadicción. Su evolución. *Sistemas Familiares*, Recuperado de <https://www.proyectocambio.com.ar/2019/08/16/respuestas-asistenciales-en-drogadiccion-su-evolucion/>
- Mazieres, G., y Ravazzola, C. (1986). Una metáfora de la relación terapeuta-familia: co-autores de nuevos libretos. *Sistemas familiares*, 3, 65-71.
- Minuchin, S., Fishman, H. C., & Etcheverry, J. L. (1984). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Moreno, J.L. (1966) *Psicoterapia de grupo y psicodrama*. México. Ed: Fondo de cultura Económica.
- Población, P. (2019) *Tratado de psicoterapia activa*. Madrid, España: Ed. Morata.
- Población, P., & Lopez Barberá, E. (1991). La escultura en terapia familiar. *Revista Vínculos*, (3), 79-98.
- Ramírez, J.A. (1997) *Psicodrama - Teoría y Práctica*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Stanton, M. D., & Todd, T. C. (1997). En *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas* (pp.25-42). Barcelona, España: Gedisa.
- Takis, N. (2018). Psychodrama and mythology in the service of addictions' treatment: a case study. *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie*, 17(2), 333-343.
- Vanegas, M. A. Z. (2009). La familia, soporte para la recuperación de la adicción a las drogas. *CES Psicología*, 2(2), 86-94.

- Villaseñor, M. A. R. (2001). Terapia Familiar y Adicciones. Un enfoque práctico con resultados prácticos. *Revista Internacional de Psicología*, 2(01), 1-10.
- Volkow, Nora. (2016). Las drogas, el cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción. *Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos Institutos Nacionales de la Salud*. Recuperado de https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/soa_spanish.pdf .