



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Evaluación del Teatro con Máscaras como dispositivo grupal de tratamiento de adolescentes con consumo problemático de drogas privados de libertad.

Trabajo de Tesis para optar al título de Magister en Psicología Clínica.

Autora: Lic. en Psic. Fara Lorena de Ávila Machado.

Directora de Tesis: Paola Premuda Conti, Ph.D., CRC; Prof. Asist. Troy University, E.E.U.U.

Co-directora: Denisse Dogmanas, Dra., Asist. Facultad de Psicología, Universidad de la República

Directora Académica: Denisse Dogmanas, Dra., Asist. Facultad de Psicología, Universidad de la República.

Montevideo, Uruguay, Mayo 2015.

Agradecimientos

Quisiera agradecer a las autoridades de SIRPA/INAU por hacer posible esta investigación; especialmente a la Dra. Eva Mígues y a la Psic. Penina Fajgenbaun, por la confianza y el impulso. A los equipos directivos de los Centros CMC, CEPRILI, DESAFIO y SER de SIRPA, por su apertura y colaboración permanente; muy especialmente a la Lic. Rosana Fernández, por su entrega, acompañando la intervención permanentemente.

Mi agradecimiento al Soc. Héctor Suárez, que tan amablemente participó en la adaptación del instrumento de la Junta Nacional de Drogas y el diseño del Cuestionario del Educador; a los profesores C. DiClemente, G. Hervás, H. Brinkmann, M. Vallejos, K. Gratz y D. Gussak, quienes compartieron sus conocimientos con tanta humildad.

A las profesoras Lic. Laura De Souza y Lic. Silvana Contino, gracias por abrirme el espacio y colaborar en una parte fundamental de mi formación académica.

Agradezco a mis tutoras PhD. Paola Premuda y Dra. Denisse Dogmanas, por su paciencia y dedicación, esto no hubiera sido posible sin su sabiduría y apoyo.

Agradezco especialmente a mi pareja, quien me impulsó a embarcarme en este viaje pese a todas las dificultades, gracias por apoyarme en cada paso y creer en mí.

Un gracias enorme al equipo 2008-2010 del Programa CreSer BioBio de la Fundación Tierra de Esperanza de la VIII Región de Chile por permitirme ser parte de uno de los mejores programas de tratamiento de ese momento en su país, gracias por impulsarme a crecer.

Resumen

El consumo problemático de sustancias psicoactivas es un tema de interés social, político y académico a nivel mundial (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2012). Las políticas públicas de tratamiento y rehabilitación del abuso de drogas tienden cada vez más a promover el uso de intervenciones que han demostrado evidencia de sus resultados.

La investigación empírica en arteterapia, en sus diferentes expresiones, modalidades y contextos, es relativamente nueva. El presente estudio utilizó un diseño cuantitativo pre-experimental con un grupo de tratamiento y uno de comparación con el objetivo de valorar si el tratamiento grupal de teatro con máscaras promovía efectos positivos en población adolescente privada de libertad con historia de consumo de alcohol y drogas (reducción de sintomatología psicológica, mejora de la regulación emocional y la autoestima, mayor preparación para el cambio de conducta de consumo de drogas, cambios percibidos por un observador externo a la intervención). También se compararon los efectos del tratamiento grupal de teatro con máscaras y de los servicios habituales brindados por el Sistema de Responsabilidad Penal Adolescente.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en sintomatología psicológica, regulación emocional y autoestima, preparación para el cambio. Sin embargo, si se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los cambios percibidos por observadores externos en el grupo de tratamiento. Se discuten estos resultados, las limitaciones del presente estudio y recomendaciones para futuros estudios (aumentar el tamaño de la muestra, prolongar la intervención y utilizar técnicas más sensibles y adaptadas a la población uruguaya).

Palabras clave: *tratamiento de drogas, adolescentes privados de libertad, teatro con máscaras, arteterapia.*

Abstract

Problematic substance use is an issue of social, political and academic interest worldwide (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2012). Public policy treatment and rehabilitation of drug abuse tend increasingly to promote the use of interventions that have shown evidence of their results.

Empirical research in art therapy in its various expressions, forms and contexts is relatively new. This study used a pre-experimental design with a quantitative treatment group and a comparison group with the aim of assessing whether the masks theatre group treatment promoted positive effects on incarcerated adolescents with a history of alcohol and drugs use (reducing psychological symptoms, improving emotional regulation and self-esteem, greater readiness to change behavior of drug use, changes perceived by an outside observer to the intervention). The effects of masks theatre group treatment and the usual services provided by the Adolescent Criminal Responsibility System were also compared.

No statistically significant differences in psychological symptoms, emotional regulation and self-esteem, readiness for change were found. However, statistically significant differences in the changes perceived by external observers in the treatment group were found. The results, limitations of this study and recommendations for future studies (increase the sample size, extend the intervention and use more sensitive techniques adapted to the Uruguayan population) are discussed.

Keywords: drug treatment, incarcerated adolescents, Masks Theater, art therapy.

Indice

Agradecimientos	1
Resumen	2
Abstract	3
Lista de Tablas	6
Lista de Apéndices	7
Capítulo 1: Introducción	8
Capítulo 2: Revisión Teórica	12
2.1. Drogas y Consumo de Drogas	12
2.1.1. Factores de Riesgo y Factores Protectores en la Adolescencia	13
2.1.2. Percepción de Riesgo	13
2.2. Reducción de Riesgos y Daños	14
2.3. Tratamiento del Consumo de Drogas	15
2.4. Demanda y Acceso a Tratamiento	17
2.5. El Modelo Transteórico y los Estadios del Cambio	18
2.6. Terapia a través del Arte	20
2.6.1. Terapia a través del Arte y Psicoterapia Gestalt	21
2.6.2. Terapia a través del Arte con Población Privada de Libertad	22
2.7. El Teatro y su Implicancia Terapéutica	27
2.7.1. Teatro Espontáneo y Psicodrama	28
2.7.2. Máscaras, Teatro y Psicoterapia	30
2.7.3. Teatro con Máscaras	31
2.8. Marco Legal y Nuevas Políticas de Estado en torno al consumo de drogas en Uruguay	32
2.9. Sistema de Responsabilidad Penal Adolescente (SIRPA)	34
2.10. Consumo de Drogas en la Adolescencia y su relación con el Delito	35
2.11. Caracterización de los Adolescentes Infractores	37
2.11.1. Cultura, Subcultura, Contracultura	40
2.11.2. Delincuencia y Construcción de Identidad	41
2.11.3. Autoestima	42
2.11.4. Regulación Emocional	43
2.12. Efectos de la Privación de Libertad, Síndrome de Prisionización	45
Capítulo 3: Definición del Problema y Preguntas de Investigación	48
3.1. Objetivos Generales	48
3.2. Objetivos Específicos	48
Capítulo 4. Metodología	50

4.1. Participantes	50
4.1.1. Criterios de Inclusión/Exclusión	53
4.2. Procedimiento	54
4.3. Operativización de Variables	57
4.3.1. Intervención: Teatro con Máscaras	58
4.3.2. Variables Dependientes	59
4.3.2.1. Adaptación del Cuestionario Estudio sobre Menores Infractores Atendidos en el Instituto Técnico de Rehabilitación Juvenil (INTERJ)	59
4.3.2.2. Inventario de Síntomas SCL-90-R	60
4.3.2.3. Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA)	62
4.3.2.4. Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS)	64
4.3.2.5. Cuestionario de Autoestima de Coopersmith	65
4.3.2.6. Cuestionario para el Educador	67
4.4. Análisis de datos	68
Capítulo 5: Resultados	69
5.1. Participantes	69
5.2. Adaptación del Cuestionario Estudio sobre Menores Infractores Atendidos en el Instituto Técnico de Rehabilitación Juvenil (INTERJ)	69
5.3. Resultados para el objetivo 1	73
5.4. Resultados para el objetivo 2	74
5.5. Resultados para el objetivo 3	74
5.6. Resultados para el objetivo 4	76
5.7. Resultados para el objetivo 5	76
5.7.1 Fiabilidad del Cuestionario del Educador	79
5.8. Percepción del Riesgo de Consumo de Drogas (Adaptación del Cuestionario <i>Estudio sobre Menores Infractores Atendidos en INTERJ</i>)	80
Capítulo 6: Discusión	83
6.1. Conclusiones y Recomendaciones	86
6.2. Limitaciones	87
Referencias Bibliográficas	89
Apéndices	104

Lista de Tablas

Tabla 1. Caracterización general de los Centros del SIRPA incluidos en este estudio	52
Tabla 2. Distribución de la muestra al comienzo del estudio por Centro de procedencia	53
Tabla 3. Distribución de la muestra al final del estudio por Centro de procedencia	69
Tabla 4. Características seleccionadas de los participantes	70
Tabla 5. Consumo de drogas por grupo en el último año	72
Tabla 6. Medias pre y post tratamiento del cuestionario del Educador para grupo de comparación y de tratamiento por dimensión	77
Tabla 7. Comparaciones post-intervención en las sub-escalas del Cuestionario del Educador para el grupo de control y el de tratamiento	78
Tabla 8. Comparaciones para el grupo de tratamiento pre y post intervención en las sub-escalas del Cuestionario del Educador	79
Tabla 9. Consistencia inter-ítem para el Cuestionario del Educador	80
Tabla 10. Percepción de riesgo de consumo habitual de sustancias pre y post tratamiento	81

Lista de Apéndices

1) Adaptación del Cuestionario <i>Estudio sobre Menores Infractores Atendidos en INTERJ</i>	105
2) Cuestionario del Educador	114

Capítulo 1: Introducción

El consumo problemático de sustancias psicoactivas, es un tema de interés social, político y académico, siendo que en los últimos 50 años, ha ido creciendo y diversificándose, convirtiéndose en un problema a nivel mundial (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2012). Uruguay se encuentra en los primeros lugares de América del Sur, luego de Argentina y Chile, en prevalencia del consumo de drogas tales como marihuana y cocaína, entre la población de 15 a 64 años (UNODC, 2011). El consumo de marihuana en América del Sur pasó de 3% en 2009 a 2,5% en 2010, mientras que la media general del consumo de cocaína disminuyó de 0.9% a 0.7% (UNODC, 2012). Sin embargo, en el último Informe publicado en 2014, aunque a nivel mundial se mantiene estable el consumo de drogas, la prevalencia anual de consumo de cocaína en América del Sur aumenta, pasando a 1.2%, y la de marihuana también, pasando a ser 5,7% según datos recabados en 2012. Cabe señalar además, que los hombres tienen dos o tres veces más probabilidad que las mujeres de consumir drogas tales como cannabis y cocaína. El consumo de drogas es altamente prevalente en la población privada de libertad, mayor aún que en la población general (UNODC). Además, mientras los delitos por tenencia para consumo y los que tienen que ver con tráfico de drogas han ido en aumento durante el periodo 2003-2012, aquellos relacionados con delitos violentos y contra la propiedad bajo el efecto de sustancias psicoactivas tienden a disminuir (UNODC, 2014).

En Uruguay, de acuerdo a los últimos datos de la Quinta Encuesta Nacional de Hogares (Junta Nacional de Drogas [JND], 2012a), es mayor la prevalencia de consumo de drogas en hombres, exceptuando tranquilizantes y estimulantes. La sustancia ilegal más consumida en la población entre 15 y 65 años, es la marihuana, con una prevalencia anual de 8.3%, siendo que en la encuesta nacional de hogares del año 2006, la prevalencia anual era de 5.5% (JND, 2006). En segundo lugar, se ubica la cocaína con una prevalencia anual de 1.9%, de los cuales el 34% presenta signos de dependencia (JND, 2012a). En comparación con estas drogas, el consumo de pasta base es reducido (0,4% en los últimos 12 meses y se ha mantenido estable desde 2006) pero el 53% de estos consumidores presenta signos de dependencia (JND, 2012a). Su uso denota una gran segmentación territorial, siendo sus consumidores personas de contexto de alta vulnerabilidad social y en su mayoría policonsumidores (JND). Si consideramos el consumo de drogas legales en nuestro país, la cifra asciende a 74% cuando hablamos de prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 12 meses entre la población de 15 a 65 años, de los cuales un 23% presenta consumo problemático; 33.9% es la prevalencia anual de consumo de tabaco, y un 16% declara haber consumido tranquilizantes alguna vez en el último año,

de los cuales un 42% lo hizo sin prescripción médica. En nuestra población el inicio en consumo de alcohol ocurre a edades muy tempranas y es el punto inicial de la escala en el consumo de drogas (JND, 2012a). Según datos presentados recientemente sobre el consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media en el año 2014, 2 de cada 3 estudiantes de 13 a 17 años consumió alguna droga en los últimos 12 meses, siendo el consumo de alcohol el de inicio más temprano, seguido por el tabaco y la marihuana. La prevalencia anual de consumo de marihuana ha ido en aumento en el periodo 2003-2014 encontrándose en 17%, así como el consumo de cocaína que tiene una prevalencia anual de 2.1% (JND, 2014a).

La demanda de tratamiento por trastorno por consumo de cannabis y dependencia a la misma, considerando el periodo 2003 a 2012, en Latinoamérica y el Caribe aumentó de 24% a 40%, evidenciando que el consumo de cocaína y sus derivados es el principal problema en quienes demandan tratamiento en la mencionada región (UNODC, 2014). La Junta Nacional de Drogas, en su Plan Estratégico 2011-2015, tomando nota de las características del consumo en el país y la situación mundial del consumo de drogas legales e ilegales, se propone promover una serie de políticas públicas en torno a la prevención y el tratamiento, dentro de las que se incluye la promoción de la investigación en el tema, teniendo a la Universidad de la República como aliado fundamental (JND, 2011a). Se pone el énfasis en el modelo de reducción de riesgos y daños (que definiremos más adelante) y en la implementación de tratamientos con evidencia científica de sus resultados, considerando siempre la necesidad de un abordaje integral del problema, definiéndolo como un problema multicausal, multidimensional, que necesita de un abordaje, por lo menos interdisciplinario, así como abarcativo en todos los niveles de participación de la comunidad (JND, 2011a). Es relevante destacar, que se propone la implementación de Programas para el tratamiento del consumo de drogas de personas privadas de libertad [PPL] (JND, 2011a). Sin embargo, el desarrollo de la investigación en el área de tratamiento de drogas con población privada de libertad es, por lo menos, insuficiente, sobre todo si se trata de población adolescente en conflicto con la ley penal. Quevedo-Blasco, Díaz-Piedra y Guglielmi (2010) encontraron que de los 2246 artículos publicados entre 2005 y 2008 en las revistas de psicología clínica y de psiquiatría iberoamericanas indexadas en el Journal Citation Reports, solo 152 trataban sobre drogodependencias. De éstos, apenas 19 provenían de revistas de psicología clínica; los principales temas estudiados tenían que ver con el tratamiento (18.42%), pero solo el 13.82% se refería al consumo en adolescentes. Luego de una búsqueda lo más exhaustiva posible, no se han encontrado en Uruguay estudios empíricos acerca de adolescentes privados de libertad y consumo de drogas. Incluso es incipiente la implementación de programas específicos de tratamiento de drogas en la Colonia Berro, principal centro de reclusión de adolescentes del país. También a nivel

latinoamericano los tratamientos para esta población son recientes. Por ejemplo, en Chile en el año 2007 se implementan los primeros programas de tratamiento en cárceles de menores, y si bien se han producido y publicado investigaciones en torno al tema drogas y adolescencia, continúa siendo escasa la investigación específica respecto al tratamiento de drogas con adolescentes privados de libertad.

Una de las modalidades de tratamiento utilizadas con esta población es la terapia a través del arte o el arteterapia. A nivel mundial, la investigación empírica en arteterapia, cualquiera sean sus expresiones, modalidades y contextos, es relativamente nueva (Slayton, D'Archer y Kaplan, 2010). Slayton y colaboradores (2010), realizaron una revisión de los hallazgos de los estudios de resultados publicados entre 1999 y 2007 sobre la efectividad del arteterapia. Los Autores toman solo aquellos estudios donde el arteterapia es la intervención central del tratamiento. Concluyen que si bien la investigación acumulada en este campo desde su creación es escasa, existen estudios que han aportado evidencia de la efectividad del arteterapia como intervención única en distintos ámbitos y poblaciones (Slayton et. al., 2010). Por ejemplo, el estudio cuasi-experimental de Hartz and Thick (2005), donde se comparan los grupos de arteterapia con los grupos de psicoterapia a través del arte, con adolescentes mujeres privadas de libertad. Los autores señalan, que ambas modalidades no trabajan en modos muy diferentes, y ambas son efectivas para trabajar la autoestima de esta población (Slayton et. al., 2010). En Uruguay, son muchas las experiencias de trabajo con la expresión a través del arte como vehículo para el tratamiento terapéutico de personas con consumo problemático de drogas (JND, 2012; JND, 2014), pero no existen publicaciones científicas sobre estudios empíricos que utilicen esta terapéutica.

El presente trabajo de investigación surge de la experiencia llevada adelante por el Proyecto CreSer BioBio, un Programa de Tratamiento Clínico Integral de Alcohol–Drogas y otros trastornos de salud mental dirigido a menores privados de libertad de la Fundación Tierra de Esperanza entre los años 2008 y 2009 en la VIII Región de Chile (una descripción detallada se ofrece en la sección “Teatro con Mascaras” en el capítulo 2). Este programa, basado en el modelo de reducción de riesgos y daños, cuenta con un equipo de profesionales de distintas áreas, entre las que se encuentran la psicología y las artes. Dentro de las modalidades de tratamiento grupal ofrecidas por el programa se encuentra el grupo terapéutico de Teatro con Máscaras. Esta modalidad terapéutica surge de la iniciativa de Czischke (2010) y la investigadora del presente estudio. La tesis de maestría de Czischke (2010) es el único antecedente específico del presente estudio que hemos encontrado. Este estudio pretende contribuir a la evaluación de resultados de tratamientos de drogas de adolescentes privados de libertad y terapia a través del arte, desde una perspectiva de reducción de riesgos y daños.

Organizaremos nuestro trabajo en los siguientes capítulos: En el capítulo uno encontramos una breve introducción al tema que nos ocupa. En el capítulo 2 hacemos, una revisión de la literatura, definiendo los conceptos centrales que son eje de esta investigación, describiendo características presentes en la población objetivo y el dispositivo terapéutico de teatro con máscaras. Asimismo, se describen las políticas públicas actuales en tratamiento de drogas y adolescentes privados de libertad, legislaciones vigentes en nuestro país e investigaciones y experiencias con terapia a través del arte. El capítulo 3 define el problema y las preguntas de investigación, describiendo luego los objetivos generales y específicos de este estudio. En el capítulo 4 escribimos la metodología y estrategia utilizada, para describir los resultados obtenidos en el capítulo 5. Finalmente el capítulo 6 presenta la discusión, conclusiones, recomendaciones y limitaciones encontradas.

Capítulo 2: Revisión Teórica

2.1 Drogas y Consumo de Drogas

Las sustancias psicotrópicas o psicoactivas, son aquellas sustancias naturales o sintéticas que actúan sobre el sistema nervioso central (en adelante, SNC)], y son capaces de alterar y/o modificar la actividad psíquica, emocional y el funcionamiento del organismo. Se clasifican en depresoras, perturbadoras o estimulantes, de acuerdo al efecto que producen en el SNC. (JND, 2011d). Las depresoras son las que disminuyen el funcionamiento cerebral, provocando reacciones que van desde la desinhibición al coma, suelen generar una sensación de bienestar y facilitar el sueño (alcohol, tranquilizantes, opiáceos, solventes, hipnóticos). Las perturbadoras son aquellas que alteran la percepción y producen alucinaciones e ilusiones, como ser la marihuana y derivados; el LSD, algunos hongos y las ketaminas, entre otros. Con la denominación de drogas estimulantes, nos referimos a aquellas que aceleran la actividad cerebral y producen reacciones que van desde tener dificultad para dormir (por ejemplo, café o mate), a un estado de hiperactividad motriz y cognitiva, reforzando el estado de alerta y la atención (por ejemplo cocaína y anfetaminas) (JND, 2011d).

El consumo puede ser experimental, recreativo o social, habitual y/o problemático. El consumo experimental, es aquel que se realiza para probar una sustancia, que no necesariamente refiere a una continuidad del mismo y que es muy frecuente en la adolescencia. El recreativo o social, es el que se realiza en grupo como búsqueda de placer y diversión y que no necesariamente tiene efectos negativos en quien consume y/o en su entorno. El habitual supone más frecuencia en el uso y mayor riesgo, mientras que el problemático supone abuso o dependencia a la sustancia, por lo tanto es aquel consumo que tiene consecuencias negativas para la persona y/o su entorno (JND, 2011d). Con el término abuso, nos referimos a que la persona presenta alguno de estos síntomas: complicaciones físicas y/o psíquicas relacionadas al consumo, incapacidad para cumplir con las obligaciones, utilización repetida de sustancias en situaciones cuyo uso puede comportar un peligro (por ejemplo en el embarazo), tiene problemas judiciales relacionados al consumo, presenta problemas interpersonales o sociales persistentes o recurrentes (JND, 2011d). Con Dependencia nos referimos a que el uso se vuelve más importante para la persona que otras actividades que antes lo eran (por ejemplo, ir al liceo o ir a trabajar), pasando a ser éste el centro de su vida. La dependencia puede ser física, (el organismo se habitúa a la sustancia y la necesita para funcionar, necesitando cada vez más cantidad para sentir el mismo efecto [tolerancia]); o psíquica (la compulsión a consumir para sentirse bien emocionalmente o para evitar sentirse mal). La dependencia física se reconoce cuando la

persona que no mantiene el mismo nivel de consumo siente síntomas desagradables (síndrome de abstinencia), como ser sudoración nocturna, movimientos involuntarios, ansiedad, dolor abdominal, excitación motriz, entre otros (según la sustancia que haya generado la dependencia). Este tipo de dependencia se supera tras un periodo de desintoxicación, mientras que la dependencia psíquica requiere de cambios conductuales y emocionales en el individuo, por lo tanto, es la más difícil de superar (JND, 2011d).

El policonsumo es muy frecuente en adolescentes y se define por el uso de dos o más sustancias a la vez o secuencialmente (por ejemplo, mezclar alcohol y marihuana y otro día cocaína y alcohol) (UNODC, 2014). Existen tres patrones de policonsumo. Uno de ellos es el uso de varias sustancias a la vez, buscando un efecto complementario o acumulativo; una segunda manera se observa cuando se usa una sustancia para contrarrestar los efectos de otra y el último patrón encontrado es cuando se sustituye gradualmente una droga por otra (UNODC).

2.1.1. Factores de Riesgo y Factores Protectores en la adolescencia

Como ya dijimos, el consumo de drogas es un problema multidimensional y multicausal, que debe observarse caso a caso. Por ello es que se habla de factores que aumentan el riesgo de consumo (factores de riesgo), y factores que disminuyen ese riesgo de contacto con las drogas (factores protectores) (JND, 2011d).

En la adolescencia se visualizan como factores de riesgo la curiosidad, la presión del grupo de pares, la constante búsqueda de placer, el control inconsistente de la familia sobre el joven y la disponibilidad de la sustancia, entre otros. Algunos de los factores protectores en esta etapa, son el uso adecuado del tiempo libre lo que puede ser realizando deportes o actividades culturales de interés para el joven, el desarrollo de habilidades sociales, la educación y el ejercicio responsable de la autoridad parental (JND, 2011d).

2.1.2. Percepción de Riesgo

La Percepción de Riesgo se define como la medida subjetiva del daño asociado al consumo de sustancias (UNODC, 2010). Es la medida de peligrosidad en la conducta de consumo (JND, 2011d). En los adolescentes la percepción del riesgo (en todos los sentidos) está disminuida respecto de la del adulto, pues "...en sentido estricto el riesgo se configura a partir de la información y de las experiencias que una persona va acumulando." (García del Castillo, 2012, p.136). Cuanto menor es la percepción del riesgo de consumir una sustancia, mayor es la probabilidad de consumo (Gussak, 2003; Winters et. al., 2014; UNODC, 2014). Es contundente la evidencia que demuestra que es una de las variables

que más impacta en la iniciación y mantenimiento del consumo de drogas (García del Castillo, 2012). Al referirnos a drogas, hablamos de un riesgo real que podemos controlar. De hecho el mito del control juega un importante papel en los consumidores, pues su percepción de riesgo se ve alterada en la medida que creen estar controlando el consumo. Ahora bien, la percepción de riesgo, es subjetiva, pues aunque exista un riesgo real, basado en indicadores objetivos, es individual y como tal, se configura de acuerdo al sistema de creencias, experiencias y conocimiento del tema que tenga ese individuo (García del Castillo, 2012).

2.2. Reducción de Riesgos y Daños

Alrededor de los años 80, principalmente en Inglaterra y Holanda, surge la necesidad de generar acciones tendientes a disminuir la creciente aparición de enfermedades infectocontagiosas como el HIV y la Hepatitis. Existía suficiente evidencia para afirmar, que esto tenía estrecha relación con el uso de drogas inyectables, lo cual denotaba el fracaso en las políticas sanitarias adoptadas hasta ese momento para tratar el problema del consumo de drogas (JND, 2004). La política de Naciones Unidas de “Guerra a las drogas”, aprobada y rectificada por los países miembros en la Convención Única de Estupefacientes de Naciones Unidas del año 1961, privilegia la reducción de la oferta y la demanda (Mino, 1993) y está vigente aún hoy. Las estrategias de Reducción de riesgos y daños, parten de la premisa de que las drogas no pueden ser erradicadas, dado que existen desde antes de la existencia de la humanidad y son consumidas desde entonces en diversas formas y contextos; por lo tanto el desafío es aprender a convivir con ellas de la manera menos riesgosa posible (JND, 2004).

El primer país miembro en desafiar la Convención, fue Holanda, revisando la Ley del Opio en 1976 y tomando una serie de medidas entendidas como contrarias a la represión del consumo y la abstinencia como la despenalización del consumo de haschich y la posesión personal, el desarrollo de tratamientos con metadona (opiáceos) para consumidores y el programa de intercambio de jeringas llevado adelante por una organización de consumidores de drogas (Mino, 1993). Los resultados fueron inmediatos: se redujo considerablemente la incidencia de hepatitis en un periodo de 4 años (26% en 1984 y un 5% en 1988), al igual que la de HIV (12% en 1986 y un 3% en 1988). Otros efectos observados fueron el aumento en la edad de inicio de consumo, la estabilización del número de consumidores y el aumento de la demanda de tratamiento orientado a la abstinencia (Mino). Posteriormente, en 1986, Inglaterra comienza a promover programas de intercambio de jeringas, determinando así, el comienzo de la promoción de estrategias de reducción de riesgos y daños en su país, entendiendo que el SIDA es un grave problema de

salud pública, mayor aún que el del consumo de drogas en la época (JND, 2004).

Así, comienza a haber un interés público y mundial en estas nuevas estrategias, sumándose en el correr del tiempo aunque en menor medida, algunos Estados de Norteamérica y Australia. El mundo comienza a entender que la tolerancia cero produce más daños y menos resultados y que el consumidor de drogas es sujeto de derechos y responsable de sus actos (Mino, 1993).

Este modelo define al riesgo como la probabilidad que tiene la conducta de consumir drogas de causar alguna consecuencia negativa (daño) a la persona o a su entorno (JND, 2004). Se define como un marco conceptual, un modelo de intervención o también una política, que se compone por todas aquellas estrategias y acciones individuales o colectivas que tienen como objetivo disminuir los efectos negativos del consumo de drogas en todas las áreas en las que puede verse afectada una persona (social, psíquica, física) (JND, 2004). Sus objetivos principales son llegar al mayor número de usuarios de drogas posible, incrementando las alternativas asistenciales y adaptándolas a los perfiles de los usuarios; incrementar la permanencia de los usuarios en los tratamientos (mejorar la adherencia), pues hay evidencia de que es un factor de mejor pronóstico. Se propone además disminuir la morbilidad y mortalidad; minimizar el deterioro psicosocial (salud mental, delincuencia, marginalidad, conflictos familiares) y mejorar la calidad de vida de los usuarios (JND, 2004).

La JND, no entiende este modelo como contrario u opuesto a aquellos que buscan la abstinencia, sino como complementarios y facilitadores de ellos a mediano y largo plazo (JND, 2004).

2.3. Tratamiento del consumo de drogas

Según Winters y colaboradores (2014), hay diferencias clínicas importantes que separan a adolescentes y adultos a la hora de pensar un tratamiento, pues el problema drogas se presenta de distinta forma en los dos grupos. Estos autores señalan que en los adolescentes es más frecuente que el consumo se presente como policonsumo. Además, como su percepción del riesgo es menor a la del adulto y el consumo de drogas cuenta con mayor legitimación por parte de los pares, no suelen buscar ayuda por si solos. Por otra parte, señalan que el cerebro adolescente se encuentra en desarrollo, y con él las facultades para la toma de decisiones, el control de impulsos y la regulación emocional, lo que implica mayor dificultad para resolver los problemas (Winters, Tanner-Smith, Bresani, & Meyers, 2014). Por lo tanto los adolescentes consumidores, se enfrentan a mayores problemas que los adultos, por lo que es prioridad de salud pública encontrar tratamientos efectivos de drogas para adolescentes (Becker, 2013). Por otra parte, la co-morbilidad psiquiátrica es más frecuente en adolescentes que en adultos (Winters, et. al., 2014).

Trastornos como la depresión, déficit atencional con hiperactividad, y otros trastornos conductuales como los trastornos de ansiedad, son los más comunes de encontrar y que preceden, la mayoría de las veces, a los trastornos por consumo de drogas. Hay suficiente evidencia para afirmar que aquellos tratamientos de drogas que incluyen el tratamiento de la co-morbilidad psiquiátrica, tienen tasas más altas de abstinencia que aquellos centrados en drogas (Winters, et. al., 2014).

Los programas clínicos de intervención breve dirigidos a adolescentes que aún no cumplen con los criterios de dependencia a alguna sustancia, tienen evidencia empírica de resultados en cuanto a la reducción de la escalada en el uso de drogas. Sin embargo, existe también evidencia de la necesidad de tratamientos más especializados y de mayor duración para quienes han alcanzado la dependencia. Las intervenciones breves ayudan a que el adolescente reconozca las consecuencias negativas del consumo de drogas y los problemas relacionados a él (Winters, et. al.).

En cuanto a las modalidades de tratamiento, se ha recogido vasta evidencia de resultados en los de tipo ambulatorio, ambulatorio intensivo, hospitalización parcial y residencial tanto para adolescentes como adultos. Cada una de ellas está indicada según la dependencia o no a alguna o varias drogas, y los recursos internos y de apoyo familiar y comunitario de cada paciente (Winters, et. al.). En cuanto a los enfoques terapéuticos, la terapia cognitivo conductual, la terapia sistémica familiar, las estrategias motivacionales, terapia para el manejo de contingencias, las terapias de refuerzo comunitario y la terapia de los 12 pasos, son las que mayores reportes empíricos de resultados ofrecen. Winters, et. al., 2014; Becker, 2013; Spas, Ramsey, Paiva and Stein, 2012).

Existe evidencia científica suficiente para afirmar que el enfoque con mayor grado de efectividad es la terapia familiar multisistémica (Spas, et. al., 2012). Igualmente, la literatura señala la existencia de poca investigación de resultados con metodologías rigurosas y los pocos programas de intervención existentes para adolescentes con consumo y trastornos de conducta asociados (Spas, et. al.). Cabe señalar, que aunque la evidencia de la eficacia es menor que las citadas anteriormente, existen intervenciones psicosociales y farmacológicas que cuentan con demostraciones de eficacia significativa (Spas, et. al.). También se señala a las intervenciones multidisciplinarias como las más efectivas en cuanto a indicadores de abstinencia y prevención de recaídas cuando dentro de ellas se cuenta con terapias cognitivo conductuales y participación familiar (Lefio, Villarroel, Rebolledo, Zamorano & Rivas, 2013)

Cuando hablamos de tratamiento de drogas en prisiones, las circunstancias de privación de libertad ponen un marco de complejidad mayor a la elección de las estrategias de los mismos, pues situaciones tales como la incertidumbre en la duración de la pena, la

corta estadía de personas por faltas menores, el contexto obligado en el que se instala el tratamiento y las resistencias permanentes de núcleos duros o subculturas existentes, son muy frecuentes y deben considerarse si se persigue el éxito del tratamiento (CONACE, 2007). La inclusión familiar en un tratamiento, es igualmente difícil. Además, muchas personas que son privadas de libertad, dejan de consumir de repente y sin que medie la propia voluntad, por lo que el síndrome de abstinencia suele presentarse con más crudeza (Muzinic, PenicS, Vukota & Zarkovic, 2011). Según Muzinic y colaboradores (2011) también hay quienes continúan usando drogas, pero baja la frecuencia y la cantidad de la ingesta, aumentando las conductas de riesgo pues se recurre a fuentes caseras que suelen ser más tóxicas (por ejemplo, escabio, gas, alcohol puro) o se cae en deudas que terminan en extorsiones, abusos y violencia. Hay que considerar además, que las personas privadas de libertad generalmente sufren otros problemas de salud, problemas familiares, exclusión social, hacinamiento, escaso acceso a actividades educativas, laborales y recreativas, entre otros (Muzinic, et. al., 2011).

En Chile, las primeras orientaciones técnicas de CONACE hacia los tratamientos de drogas para adolescentes privados de libertad, definen claramente el impulso a estrategias motivacionales de adherencia a tratamiento, terapias cognitivo comportamentales, estrategias multidisciplinarias, que incluyan a la familia y que sean abarcativos de los problemas presentes en el adolescente, definiendo el consumo problemático de drogas, como multicausal y multidimensional, por lo que los programas no pueden centrarse en la droga (2007).

2.4. Demanda y acceso a tratamiento

Según la UNODC (2014), el consumo de cocaína, el de marihuana y el policonsumo son los de mayor demanda de tratamiento en América Latina y el Caribe, y aunque ésta demanda ha ido en aumento, en el transcurso de los últimos años, solo 1 de cada 6 consumidores problemáticos de drogas a nivel mundial tuvo acceso al mismo. Desde las Naciones Unidas se ha expresado la preocupación por el bajo acceso de la población carcelaria mundial a servicios sanitarios generales y particularmente a servicios de tratamiento del consumo de drogas, considerando que el consumo en esta población es usualmente de mayor prevalencia que en la población general (UNODC, 2014).

En Uruguay se está desarrollando un sistema de relevamiento de datos de usuarios ingresados a tratamiento a través del sistema *Tratamiento.Registra* (software de la JND). Recientemente se relevaron los datos ingresados en la ficha de ingreso al sistema entre 01/01/2013 y el 31/01/2015, lo que refleja un total de 1543 personas ingresadas, de las cuales 86 lo hicieron en dos o más oportunidades en el periodo, en los 23 Centros de

Tratamiento del país considerados en el estudio (JND, 2015). El 83,8% son hombres de entre 13 y 74 años de edad, siendo la edad media los 27 años. Más del 50% de la población considerada es menor de 26 años, siendo los menores de 18 el 11,1% del total. El 45,4% refirió haber tenido algún tratamiento previo y el 60,8% consultó por consumo de pasta base, seguido por cocaína (21.6%) y alcohol (10.2%). Es relevante señalar que a partir de junio de 2014, se observa un incremento de consultas por consumo de pasta base como sustancia principal, manteniéndose estable la demanda de tratamiento por consumo de alcohol y marihuana; así como pareciera haber un descenso en las consultas por consumo de cocaína (JND).

Al momento del desarrollo de este estudio, entre la población adolescente privada de libertad no existían dispositivos de tratamiento en los Centros de Internación, contando únicamente con tratamiento médico psiquiátrico para quienes lo requirieran. El Departamento de Adicciones de INAU, brindaba tratamiento en el pre-egreso del joven que lo solicitara, realizando únicamente entrevistas diagnósticas al momento de la solicitud.

En nuestra Región, se destacan los avances en las políticas públicas en la materia de la República de Chile. Allí, se pone en marcha la Ley de Responsabilidad Penal Juvenil en el año 2007, estableciéndose la sanción accesoria de tratamiento de drogas, además de la obligatoriedad de generar las condiciones necesarias para que lo jóvenes que cumplen medidas judiciales, sea en medio libre o privativo de libertad, tengan también acceso a tratamiento (Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes [en adelante, CONACE], 2007). De esta forma, se crean los primeros programas de tratamiento del consumo de drogas y alcohol (y otros trastornos de salud mental) dentro de las llamadas Cárceles de Menores, las cuales se encuentran bajo la órbita del Servicio Nacional del Menor [SENAME].

2.5. El Modelo Transteórico y los Estadios de Cambio

El uso indebido de drogas ha sido concebido como un problema multicausal y multidimensional, que debe ser tratado interdisciplinariamente (JND, 2011a). En el encuentro de Profesionales de distintas áreas, se encuentran las teorías y conceptos subyacentes a cada uno de ellos. Incluso, dentro del área de la psicología, las teorías de base de los psicólogos son muy variadas. Esto resulta en un problema de comunicación importante a la interna de los equipos que trabajan con personas con consumo problemático de drogas (Díaz, 2001). James Prochaska, a fines de los años 70, comienza a estudiar las distintas teorías predominantes en Estados Unidos, en un esfuerzo por integrar las distintas modalidades terapéuticas en el ámbito de la psicoterapia. En sus estudios con Carlo DiClemente en los años 80, buscaron y encontraron respaldo empírico para su propuesta de

un Modelo Transteórico del Cambio, modelo que pretende describir y explicar la estructura del cambio intencional del comportamiento con o sin ayuda de un tratamiento (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992). Este modelo es el resultado del análisis comparativo de 29 de las teorías relevantes a fines de los años setenta que explicaban los cambios en el comportamiento de dependientes de drogas y tabaco, pero ninguna de ellas lo lograba cabalmente. Su nombre refleja la integración de los principios teóricos de aquéllas, y se fundamenta en el entendido del cambio comportamental como un proceso donde las personas presentan distintos niveles de motivación y por tanto distintas actitudes hacia el cambio, transitando entonces por varias etapas en el proceso (Vallejos, M.; Orbegoso, C. y Capa, W., 2007). Este modelo se generalizó luego para todo proceso de cambio, y no solo para los consumidores.

Lo que más ha predominado de su modelo en los investigadores y profesionales abocados a la tarea del tratamiento de drogas, es la dimensión correspondiente a los estadios de cambio, estos son las etapas por las que transita una persona en este proceso. En varios estudios empíricos con distintas poblaciones, Prochaska y DiClemente encontraron la presencia de estadios o etapas en los procesos de cambio, independientemente de la formación teórica del terapeuta, incluso en aquellas personas que no recurren a un tratamiento (Díaz, 2001). Aunque las personas no transitan por los estadios de manera lineal, porque los procesos de cambio son dinámicos y las personas son fluctuantes en su compromiso con él, en la medida que se pueda detectar entre qué estadios transita, se pueden pensar estrategias que lo ayuden a avanzar de forma más efectiva (Díaz, 2001). Hay que tener siempre presente que las recaídas son la regla en el proceso de cambio de un adicto, y este proceso se da en forma de espiral, siendo muy probable que una persona que esté en una etapa avanzada de tratamiento, pueda regresar a la primera y aún así puede retomar su camino hacia el cambio (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992). De acuerdo a McConaughy, Prochaska & Velicer (1983), los estadios definidos por este modelo son los siguientes:

Precontemplación: Las personas no son conscientes de que tienen un problema, o saben que lo tienen pero no tienen ningún deseo de cambiar. Por lo tanto no consultan, o lo hacen bajo presión, por lo que es frecuente el abandono del tratamiento cuando se encuentran en este estadio.

Contemplación: Comienzan a darse cuenta que hay un problema, o por lo menos se dan cuenta de que algo en ellos les molesta. Están abiertos al diálogo pero no hay un compromiso de cambio, son ambivalentes.

Preparación: La persona se ha decidido, quiere cambiar y se compromete con ello, está preparado para responsabilizarse de su proceso pero aún no comienza a tomar acciones en consecuencia.

Acción: La persona comenzó a tomar acciones para cambiar lo que la afecta, está luchando por lograrlo, necesita y pide ayuda.

Mantenimiento: La persona ya ha cambiado, puede estar buscando ayuda para mantener el cambio porque le resulta difícil mantenerlo. Está mucho mejor que al inicio del proceso. Es la etapa de consolidación y prevención de recaídas.

MacConnaughy, Prochaska y Velicer (1983) construyen una escala que permite identificar en qué estadio de cambio se encuentra la persona, logrando identificar con ella 4 de los 5 estadios. Es así que de un cuestionario inicial de 165 ítems, resulta finalmente uno de 32 ítems. Este cuestionario es revisado luego por Prochaska y DiClemente en 1984 surgiendo la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island, conocida como URICA (Vallejos, et. al., 2007).

Es importante considerar que la motivación juega un papel decisivo a la hora de pensar en cambiar una conducta, y en aquellos primeros estadios del proceso donde aún no hay un compromiso real con el cambio, se vuelve fundamental la motivación. En adolescentes infractores, hay varias investigaciones que muestran una baja motivación para el cambio, y esto se relaciona con una baja adherencia a tratamiento y por lo tanto con resultados menos favorables (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992). Los desarrollos en cuanto a técnicas como la entrevista motivacional, asociados a tratamientos cognitivo-conductuales con fuertes componentes de desarrollo de la expresión emocional, generalmente a través del arte, son los modelos de tratamiento más preponderantes en la región; todos ellos utilizan con este modelo como base en el diseño de sus estrategias (JND, 2012b; JND 2014; CONACE, 2007).

2.6. Terapia a través del Arte

La historia marca el nacimiento del arte terapia en los años 40, con la sistematización que realiza Margareth Naumburg de su trabajo (Ulman, 2001; Vasconcellos y Giglio, 2007; Rubin, 2001). Esta psicoanalista freudiana trabaja con las producciones artísticas espontáneas de los pacientes en psicoterapia, entendiendo que son la expresión del inconsciente (Vasconcellos y Giglio, 2007). Naumburg (1991), entiende que el inconsciente encuentra su expresión en imágenes más que en palabras y que las personas tienen la potencialidad de proyectar sus conflictos internos en forma visual; cuando esto ocurre, son capaces de verbalizar lo que les pasa. Andrade (2000) reconoce los aportes que luego hicieron Kramer en el 50, Dolto en el trabajo con niños en el 70, misma época en la que Janie Rhyne introduce el arte en el trabajo de la terapia Gestalt y Natalie Rogers hiciera lo mismo en el trabajo de psicoterapia desde la concepción de la Teoría centrada en la persona.

Sin embargo, Ulman (1992), Rubin (2001) y Vasconcellos y Giglio (2007), refieren la existencia de discusiones teóricas en cuanto a las limitaciones del campo del arte terapia, distinguiéndose dos líneas principales de acción: el arte como terapia (*art therapy*) y la psicoterapia del arte (*art psychotherapy*). Mientras quienes adhieren al concepto de arte terapia consideran curativo al proceso creativo y ponen allí el foco de la terapia; quienes adhieren al concepto de psicoterapia del arte ponen el foco en la psicoterapia, donde la expresión artística es una herramienta utilizada en un encuadre determinado, con bases teóricas y técnicas específicas, siendo generalmente la expresión plástica el vehículo de la comunicación a través del discurso simbólico (Vasconcellos y Giglio, 2007; Ulman, 2001). También hay quienes definen el arte terapia (siempre hablando de las artes visuales), como una disciplina específica o especialización para la prevención, promoción y tratamiento en salud (Marinovic, 2003) y como tal no es exclusiva de psicólogos y/o psiquiatras (Vasconcellos y Giglio). Donde sea que esté puesto el foco, los arte terapeutas basan sus prácticas en distintos enfoques teóricos de la psicología como los gestálticos, psicoanalíticos, cognitivos, junguianos, entre otros (Ulman, 1992; Rubin, 2001).

2.6.1. Terapia a través del Arte y Psicoterapia Gestalt

Gestalt es una palabra alemana que no tiene traducción, Perls (2013) la definió como una forma, una configuración, un modo particular de organización de las partes que entran en su composición. El término estaría refiriendo según Rhyne, a la percepción de la configuración total que algo tiene (Casanova Dos Reis, 2014). Janie Rhyne (2001), principal exponente del arte terapia gestalt (Ulman, 1992), entiende que a medida que crecemos, vamos perdiendo el contacto con lo que realmente somos, pasando a cumplir roles sociales aprendidos y esperados, pues en la educación que recibimos, nos enseñan a actuar como se supone que una persona madura debe actuar, adormeciendo en este proceso nuestra sensibilidad y capacidad creadora, adormeciendo y olvidando partes de nuestra personalidad, desintegrándonos. Los gestaltistas trabajan para romper las barreras que separan nuestro auténtico ser de los roles construidos que jugamos habitualmente (Rhyne, 2001); trabajan para ampliar la percepción del sujeto sobre sí mismo (Casanova dos Reis, 2014), favoreciendo el darse cuenta (*awareness*) de aquellas partes dormidas, olvidadas y rechazadas de su personalidad (Rhyne). Desde la psicoterapia gestalt, se trabaja en el reconocimiento del ser como lo que es aquí y ahora y a partir de ahí, entonces, ser capaz de elegir y hacerse cargo de sus elecciones; estos es, responsabilizarse por su vida aquí y ahora (Latner, 1999). Latner (1999), considera que "...recuperar la salud es restablecer la conciencia que hemos perdido" (p.14).

La actividad artística desde la terapia gestalt es la forma consciente de integrar el

mundo interno con el mundo externo, fantasía y realidad, la obra creada es el puente que une a la persona consigo misma, a través de ella, la persona toma conciencia de aspectos suyos que no consideraba, pero también de nuevas posibilidades de ser (Casanova Dos Reis, 2014). El arte terapeuta gestalt, debe respetar los sentidos que trae la persona sobre su obra, acompañándola y guiándola, utilizando los procesos artísticos para intensificar la toma contacto consigo mismo, con los otros y con el mundo, de forma de poder encontrar nuevos caminos en su vida (Casanova Dos Reis).

2.6.2. Terapia a través del Arte con Población Privada de Libertad

Desde la prehistoria, el arte ha oficiado como una herramienta de comunicación, creando y definiendo las relaciones interpersonales (Gussak, 2007b). Gussak (2007b) ejemplifica el uso habitual del arte sobretodo en adolescentes, quienes utilizan el grafiti (por ejemplo) para comunicar, identificarse y diferenciarse de otros. Por lo tanto, para este autor, introducir técnicas y materiales artísticos en la terapia con adolescentes, libera la expresión, ayuda a descubrir nuevos aspectos del *self* (sí mismo), creando una nueva interacción y por tanto un nuevo patrón de comportamiento social. Desde esta perspectiva, el terapeuta ayuda a pensar la identidad del adolescente a través de las creaciones del joven y refuerza las nuevas conductas positivas que aparecen en la interacción; el proceso artístico ayuda entonces a revisar las “etiquetas” asociadas a la delincuencia y el producto artístico promueve la autoevaluación positiva.

Según Gussak (2007a), el arte terapia ayuda al terapeuta a comprender al “delincuente” y también lo ayuda a él a comprenderse a sí mismo. El autor afirma que el arte terapia puede lograr que la autoevaluación del adolescente cambie y con ella, la “etiqueta” de delincuente o desviado. En un ámbito privativo de libertad, las personas cuidan lo que dicen y hacen, pues no solo se cuidan de quienes los contienen, sino también de sus propios pares, no pueden mostrarse vulnerables, las defensas rígidas son necesarias para la sobrevivencia (Bennink, Gussak & Skowran, 2003). En este ámbito, promover la creatividad y la diversión a través de un discurso no verbal es la mejor herramienta para lograr la expresión, el bienestar, el encuentro con uno y con el otro, disminuyendo así los síntomas patológicos (Bennink, Gussak & Skowran, 2003).

En este estudio preferimos hablar de terapia a través del arte, y sortear de alguna manera esta discusión. Nuestro dispositivo terapéutico toca las dos conceptualizaciones señaladas (arte terapia y psicoterapia del arte), considerándose una psicoterapia (porque coordina una psicoterapeuta a través de un encuadre, teoría y técnicas determinadas) que tiene a la expresión artística plástica y teatral como centro del tratamiento. Consideramos la expresión artística (plástica y teatral) como el vehículo para la expresión emocional y el

discurso simbólico del paciente, pero también entendemos que el proceso creativo es curativo en sí mismo.

El acto de crear le permite también al prisionero “escaparse” y retirarse, aunque sea por un momento u horas, a su mundo creado; le permite la desviación de un entorno sombrío (Gussak, 1997; Gussak y Cohen-Liebman, 2001; Hall, 1997) [...] usar el arte le permite al recluso expresarse de una forma aceptable para ambas culturas, la de adentro y la de afuera.

Hacer arte también les provee de una forma de comunicación cuando la capacidad de expresar qué es lo que realmente sienten escapa de ellos.

(Gussak y Ploumis-Devick, 2004, p. 36)

La investigación empírica en arte terapia, cualquiera sean sus expresiones, modalidades y contextos, es relativamente nueva (Slayton, Archer y Kaplan, 2010). Sin embargo, son muchas las experiencias desarrolladas por educadores, artistas, psicólogos y otros profesionales, utilizando distintos recursos expresivos de manera terapéutica. Slayton, et. al. (2010), realizan una revisión de los hallazgos de los estudios de resultados sobre la eficacia del arte terapia, durante el periodo 1999-2007, revisando solo aquellos estudios de efectividad que toman el arte terapia como intervención específica. Con esto tratan de continuar y mejorar la revisión realizada por Reynolds, Nabors y Quinlan (2000), quienes revisan la literatura existente antes de 1999, haciéndolo con un criterio de inclusión mucho más amplio. Solo encontraron 17 artículos, muchos de ellos combinaban arte terapia con otras intervenciones, por lo que era imposible determinar si los efectos positivos encontrados eran debido a la intervención a través del arte. En la revisión realizada por Slayton et.al. (2010), los autores concluyen que “...en comparación con muchos otros campos científicos, el cuerpo de los estudios en arte terapia que se ha acumulado desde su creación es mínimo” (Slayton, et. al., 2010, p 113,115) Sin embargo, aunque es escasa la evidencia, algunos estudios han logrado mostrar la efectividad del arte terapia como intervención única en distintos ámbitos y poblaciones (Slayton, et. al., 2010).

David Gussak (2007a) reporta los resultados de dos estudios cuantitativos llevados adelante con hombres privados de libertad, utilizando arte terapia con el objetivo de reducir los síntomas depresivos. El primero fue un estudio piloto, realizado con 48 hombres de 21 a 63 años con algún diagnóstico del eje 1 del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Estadounidense de psiquiatría (en adelante, DSM-IV). La mitad de ellos recibía medicación psiquiátrica y todos participaban de sesiones individuales de seguimiento. La intervención fue de 4 semanas de duración, en una frecuencia de dos sesiones semanales grupales. Se utilizaron dos instrumentos para medir resultados: el cuestionario FEATS (Gantt & Tabone, 2003) que consiste en 14 escalas que requieren respuestas en escala likert de 0 a 5 puntos cada una donde el arte terapeuta puntúa las características del dibujo de una persona tomando una manzana de un árbol.

Con esta escala se observa la presencia o no de depresión mayor, trastorno bipolar, esquizofrenia u otros trastornos conductuales del orden de la demencia. El otro instrumento, es el SURVEY (Gussak, 2007a) que es puntuado por el encargado del seguimiento. Está compuesto por 7 escalas que requieren respuestas en escala likert de 6 puntos, donde se mide la interacción y conformidad de la persona privada de libertad con las reglas y expectativas del establecimiento. Ambas escalas se aplicaron pre y post tratamiento. El FEATS mostró diferencias significativas en sus 7 escalas ($p < 0.01$), lo que quiere decir que mejoraron en el relacionamiento interpersonal y la adaptación a las normas, mejorando habilidades personales; mientras que el SURVEY mostró diferencias estadísticamente significativas en 7 de las 14 escalas, pudiendo afirmar entonces la disminución en los síntomas de depresión y el mejoramiento del humor (Gussak, 2007a). El otro estudio, experimental evaluó un grupo de tratamiento y uno de control con asignación aleatoria y voluntaria. El estudio incluyó 27 hombres de 21 a 59 años de edad encarcelados que participaron de una sesión semanal por 8 semanas de arte terapia, de los cuales 16 culminaron el proceso y completaron los cuestionarios. De los 27 participantes, solo 2 no tomaban medicación psiquiátrica. Del grupo control participaron 17 hombres encarcelados del mismo rango de edad. No recibieron intervenciones terapéuticas y se les administraron los cuestionarios pre y post tratamiento, al igual que al otro grupo. El 27% de los 17, no tomaba medicación psiquiátrica. Solo 13 completaron el procedimiento. Los instrumentos utilizados fueron FEATS (Gantt & Tabone, 2003) y el BDI-II (Beck, Rial & Rickets, 1974) para observar cambios en el humor. El grupo de tratamiento tuvo una caída significativa en las puntuaciones obtenidas en el BDI-II comparado con el grupo de control. Sin embargo solo en una de las escalas del FEATS se observaron diferencias estadísticamente significativas. Igualmente, los resultados obtenidos en el BDI-II, apoyan la idea de que los hombres encarcelados que recibieron arte terapia mejoraron su estado de ánimo, reduciendo la sintomatología depresiva (Gussak, 2007a).

Respecto de intervenciones terapéuticas que utilizan el teatro en diversas modalidades como el psicodrama, souldrama, sociodrama, teatro espontáneo, teatro musical, entre otras; encontramos diversos artículos actuales reportando experiencias, estudios cualitativos y descripciones de caso, que abren el campo de la terapia a través del arte teatral en distintas poblaciones con diversas afecciones (adolescentes con desórdenes alimenticios, adolescentes mujeres privadas de libertad, niños y niñas con trastornos del espectro autista, transexualidad, adicciones, adultos encarcelados, entre otros) mostrando también buenos resultados desde el punto de vista clínico no estadístico (Corbett, Gunther, Comins, Price, Ryan, Simon, Schupp & Rios, 2011; Fallon, 2012; John, 2013; Miller, 2013; Okhakhu & Evawoma-Enuku, 2011; Palidofky & Stolbach, 2012; Pellicciari, Rossi, Lero, Di

Pietro, Verrotti and Franzoni, 2013; Tett, Anderson, McNeill, Overy & Sparks, 2012; Visser, 2013).

La Compañía de Teatro Urbano de Base Comunitaria en Estados Unidos, desde 1984 ha trabajado con jóvenes de escuelas públicas y alternativas, de espacios urbanos y suburbanos, en la creación de musicales inspirados en historias personales (Palidofky & Stolbach, 2012). Los principales temas de trabajo han sido el uso y tráfico de drogas, embarazo adolescente, ser padres y la muerte de un ser querido. El objetivo de la Compañía era que los jóvenes pudieran darse cuenta que siempre hay opciones, trabajando grupalmente en los posibles finales de cada historia, realizando teatralizaciones (rol-playing), centrándose en cómo se toman las decisiones más que en qué decisión fue tomada. En 1990 comienza la experiencia con jóvenes, primero varones y luego se instalan con chicas privadas de libertad, trabajando en talleres de teatro, escritura de historias personales, canciones, puesta en escena y actuación, creando musicales basados en sus experiencias con total involucramiento de los jóvenes en cada etapa de creación, presentando la obra luego a familiares y pares. (Palidofky & Stolbach, 2012). Los autores ejemplifican a través del relato de casos, los beneficios del trabajo de experiencias traumáticas a través del teatro, en ellos destacaron que lograron establecer relaciones seguras, desarrollaron la regulación emocional, pudieron crear lazos y entendimiento entre el pasado traumático y el funcionamiento actual, lograron una narrativa del trauma integrada, transformando y dando un nuevo significado a las experiencias traumáticas, logrando proyectarse al futuro (Palidofky & Stolbach, 2012).

Tett, Anderson, McNeill, Overy, & Sparks, (2012), realizaron un estudio de caso en 3 prisiones de población masculina de Escocia (una prisión de jóvenes, una prisión de larga estadía y una de población general), para mostrar cómo el arte logra comprometer a los internos con el aprendizaje, mejorando su alfabetización e impacta positivamente en su rehabilitación y alejamiento de conductas delictivas. En la prisión de jóvenes se trabajó durante 4 meses con 25 personas privadas de libertad (en adelante, PPL) enseñándoles a tocar y grabar música formando 4 subgrupos: guitarra, teclado, percusión y letras. Luego se reunían para tocar la canción que fuera, hacer arreglos y hacer piezas originales. Finalmente, 15 de ellos hicieron presentaciones en público. En la Prisión de larga estadía trabajaron con 25 PPL durante 6 meses con el propósito de crear una Ópera. Todos los aspectos de la misma (historia original, elección de la música y representación) fueron realizados por las PPL en conjunto con artistas profesionales del proyecto. En la prisión para población general, se trabajó con 35 PPL durante 5 meses en la creación y presentación de una obra de teatro. El tema a desarrollar por las 3 experiencias era explorar las opciones que enfrentan frente a la liberación. Todos ellos trabajaron en conjunto con artistas profesionales. Los resultados obtenidos demuestran que estas experiencias

generaron interés por aprender, mejoraron su alfabetización y habilidades de comunicación. Aprendieron a trabajar en equipo y a confiar en el otro, mejorando el relacionamiento interpersonal. Crecientemente fueron confiando en sí mismos, en sus capacidades, potencialidades y capacidad para lograr una meta. Lograron verse a sí mismos de una forma más positiva, alterando la identidad interiorizada como negativa. Abrieron además, el abanico de posibilidades de desarrollo personal, académico y profesional que hasta el momento estaba muy sesgado (Tett, et. al., 2012)

En nuestra región se destacan los desarrollos teóricos en teatro imagen, teatro foro y teatro del oprimido de Augusto Boal con comunidades de contexto vulnerable (Boal, 2001; Boal 2004), así como las conceptualizaciones y prácticas de creación de máscaras y representaciones teatrales de Mario Buchbinder en Argentina (Buchbinder, 1993; Buchbinder, 2001).

En Uruguay, específicamente con adolescentes privados de libertad, la experiencia de trabajo más conocida y con más trayectoria utilizando el arte como herramienta terapéutica es la llevada adelante por la Asociación Civil Proyectos Culturales (en adelante, PROCUL). Esta experiencia inicia con el proyecto de un taller de música en Colonia Berro, coordinado por Mario Villagrán, reconocido músico de nuestro país en el año 1998. El objetivo del taller era la promoción de habilidades socializantes. La experiencia fue creciendo, formando luego la murga “La Menor” con los jóvenes, participando del Concurso de Murga Joven, y la edición de los discos “Esperando Salir” y “Esperando Salir 2”, con letras creadas por los adolescentes. Actualmente PROCUL, lleva adelante distintos talleres de expresión artística dentro de Colonia Berro, utilizando la danza, el teatro, la música y la plástica con objetivos terapéuticos más amplios (PROCUL, s.f.)

Intentando dar visibilidad al trabajo de distintas organizaciones, sistematizar experiencias y dar fundamento a las mismas, la JND viene realizando encuentros nacionales de trabajadores en prevención y tratamiento de drogas que llevan adelante experiencias de trabajo con recursos expresivos (JND, 2012b; JND, 2014) Allí se presentaron diversas estrategias de prevención y tratamiento, con niños, adolescentes y adultos, desde el ámbito comunitario, de atención primaria en salud, educativo, de salud ocupacional y carcelario, utilizando recursos tales como el teatro espontáneo, el socio-drama, el psicodrama, títeres, reciclaje, manualidades, plástica, música, el juego, expresión corporal, danza-teatro, teatro y máscaras, Chi Kung Li (JND, 2012b; JND, 2014) Desde el ámbito carcelario, la única experiencia presentada es la llevada adelante por Barone, Director de la Organización Civil Somos Sonido, en la que se apunta a promoción de salud con mujeres privadas de libertad, utilizando técnicas de meditación, relajación y armonización corporal. Con adolescentes con consumo problemático de drogas infractores de ley pero no privados de libertad (no es una intervención específica para infractores pues

al Centro acuden adolescentes con otras problemáticas), se presenta la experiencia del taller de Expresión Plástica desarrollado por Feria en el Centro Diurno y Residencial Prado del INAU. otro dispositivo donde también puede participar población adolescente infractora de ley pero no privada de libertad, es el Portal Amarillo, que presenta dos modalidades de intervención con recursos expresivos: taller de manualidades y taller de Chi Kung Li (JND, 2012b).

Una de las experiencias que no fue presentada en estas sistematizaciones de la JND (2012b; 2014), es el trabajo del Actor Saralegui, en el taller de máscaras que coordina en el Portal Amarillo. Saralegui, trabaja desde la creación de máscaras y representación teatral en su taller (comunicación personal, 2013). Sus máscaras son autoconstruidas y permiten el uso de la palabra, lo cual lo hace muy diferente a la intervención de este estudio, pues utilizamos una máscara autoconstruida que es específica de una pedagogía particular (Jacques Lecoq, 2004) trabajando siempre en la representación teatral sin la palabra.

2.7. El Teatro y su Implicancia Terapéutica

...la palabra «psique», que designa el conjunto de fenómenos psíquicos que conforman la unidad de la persona, en griego designa también el espejo montado en una estructura incunable en el que una persona se puede ver por completo, entera. En la psique vemos el cuerpo y en el cuerpo, la psique. En la psique vemos la psique: nos vemos a nosotros mismos en el otro. El teatro es esa psique donde podemos ver nuestra psique.

(Augusto Boal, 2002, p. 46)

Como decíamos anteriormente, desde niños aprendemos a reprimir nuestras expresiones emocionales, nuestras necesidades y deseos en pro de una educación que nos “habilita” a la vida en sociedad, por lo que aprendemos los roles sociales que debemos actuar, y en ese proceso nos vamos perdiendo a nosotros mismos (Rhyne, 2001). El teatro, como representación del sí mismo, nos permite hacer el camino inverso, trabajando desde lo social contactamos con lo individual, porque las personas pueden representarse sin la carga emocional del contacto con la realidad, logrando la visualización, elaboración y reelaboración de la escena protagonizada (Hernández, 2000).

El hombre es el único ser capaz de representarse a sí mismo, y por tanto, el teatro existe desde que el hombre tomó consciencia de que podía auto-observarse en un reflejo imaginario (la representación mental), donde también podía ensayarse haciendo, inventándose alternativas a su acción (Boal, 2002). Para Hernández (2000), el teatro es una terapia de rehabilitación social, porque permite ensayar ambientes sociales con pacientes enfermos mentales, sin la carga emocional que esos ambientes les suponen, carga

emocional que suele ser la que no permite que establezcan relaciones adecuadas con los demás.

Cuando trabajamos el teatro como terapia, el protagonista-paciente divide su atención y su deseo: cuando revive en escena una situación de la vida real, quiere, por un lado, mostrar la escena (como fue vivida, cuáles son sus deseos y si se concretaron o se frustraron) y por otro mostrarse en escena (darle consistencia a su deseo concretándolo, volverlo real), por lo tanto el deseo sale de sí, volviéndose algo palpable, es observable por él mismo y por todos (Boal, 2002). En este sentido, Oaklander (1996), entiende que la actuación aumenta la auto-percepción, al ser una herramienta natural (en el juego se dramatiza) con la que los niños teatralizan su propia vida, su propio yo. En la dramatización creativa o espontánea (representación espontánea improvisada y/o co-creada por niño y terapeuta), los niños se vivencian ellos mismos en formas genuinas, auténticas, *“la actuación ayuda a los niños a acercarse a sí mismos, pues les permite salirse de sí mismos.”* (Oaklander, 1996, p.137). En la actuación podemos ver los vacíos del paciente, los retrasos del desarrollo, los bloqueos emocionales, la rigidez o fluidez corporal, podemos ayudarlo a desarrollar sus potencialidades, visualizar sus fortalezas y trabajar debilidades; podemos centrarnos en el contenido de la obra y también en el proceso y también podemos divertirnos mucho, fundamental para la adherencia a tratamiento (Oaklander). La autora agrega que en este contexto de teatro terapéutico, las máscaras y los títeres, suelen ser potenciadores de la expresión: una máscara es un objeto concreto que le permite al niño convertirse en otro y decir cosas que no diría de otra manera. Hay que considerar además que cuando se trabaja con teatro se trabaja en grupo, el grupo es ideal para trabajar con adolescentes pues en este periodo los pares cumplen un rol fundamental en la conformación de la identidad y lo que se trabaja con el protagonista tiene impacto y sentido en los espectadores (Oaklander).

2.7.1. Teatro Espontáneo y Psicodrama

En 1921 Austria estaba abatida por la inestabilidad política, producto de las consecuencias del contexto social y político de posguerra (Sintes, 1995). En ese contexto, el psiquiatra rumano Jacob Levy Moreno, alquila un teatro en Viena, coloca una silla y una corona en el escenario e invita a los espectadores a asumir el rol del “Rey”, marcando así el nacimiento del teatro espontáneo, que será luego psicodrama (Sintes).

Según Aguiar (1998), el primer objetivo que perseguía Moreno, era romper con el teatro clásico de la época, no representando personajes ficticios y historias clásicas, sino representando la propia vida, la propia historia de las personas, teniendo como segunda finalidad la catarsis. Luego se dio cuenta que su “Teatro de la Espontaneidad” tenía un

potencial transformador, se podía utilizar para debatir problemas sociales como también podía servir para trabajar problemas de relacionamiento interpersonal, no hay que olvidar que era el tiempo de la revolución freudiana y esto influyó, sin lugar a dudas su pensamiento. De esta forma, nos dice Aguiar (1998), el teatro espontáneo propuso una nueva forma de tratar el comportamiento, introduciendo la creación artística en la representación de la vida donde el actor es el autor, proponiendo la exploración de los conflictos psíquicos y su resolución, naciendo así el psicodrama.

El psicodrama es el teatro espontáneo aplicado a situaciones reales y concretas, donde los participantes buscan algún tipo de crecimiento en la representación sin ensayo, en el aquí y ahora de una experiencia de vida (Aguiar, 1998). Para Sintés (1995), psiquiatra psicodramatista uruguayo, el psicodrama es, en esencia, grupal, aunque pueden usarse recursos del psicodrama en psicoterapia individual, como también se utilizan sus técnicas en contextos educativos, comunitarios y laborales. Para Sintés, está indicado especialmente en adolescentes, pues contrario a quienes piensan que favorece el pasaje al acto, el psicodrama favorece el acceso a la simbolización mucho más rápido que una terapia individual. En las sesiones psicodramáticas, el grupo define al protagonista, que será quien trabaje algún aspecto de su vida previamente conversado en el grupo. Éste a su vez, elegirá a sus “yo auxiliares”, integrantes del grupo que harán los papeles de las personas involucradas en la historia (escena). El terapeuta es el director o mejor, el coordinador, pues es quien organiza las etapas de la sesión y coordina las dramatizaciones, realizando los señalamientos terapéuticos que considere oportunos; y el escenario es simplemente el espacio donde se dramatiza la escena (Sintés, 1995). La sesión psicodramática consta de tres etapas: Caldeamiento, Dramatización y Comentarios o cierre, todas ellas igualmente importantes (Czischke, 2010). Sintés (1995) afirma que el caldeamiento comprende técnicas lúdicas, expresión corporal y/o relajación a modo de precalentamiento psíquico, lo que permitirá el acceso a la espontaneidad. Para el autor, la dramatización es la representación de la escena y los recursos técnicos elegidos por el coordinador para potenciar la elaboración de los aspectos conflictivos, mientras la etapa de Comentarios, es cuando se devuelve la atención al grupo, es el momento para que expresen lo que sientan y piensen de lo vivenciado, es el momento de chequear la resonancia de la historia en el grupo.

Algunas de las técnicas psicodramáticas más utilizadas son el cambio de roles, el espejo, el soliloquio y la maximización (Sintés, 1995). Según Sintés (1995), el cambio de roles ofrece la oportunidad al protagonista de sentir el efecto de sus acciones y palabras desde el lugar del otro, mientras el espejo le permite verse desde afuera, mientras un yo auxiliar dramatiza su papel. El soliloquio le exige poner en palabras lo que siente cuando el coordinador se lo pide interrumpiendo la escena y la maximización es la representación con

todo su cuerpo de un gesto, movimiento o palabra que al coordinador llame la atención en la dramatización, a los efectos de descubrir su efecto o significado.

2.7.2. Máscaras, Teatro y Psicoterapia

Las máscaras son un elemento artístico de los más antiguos de la humanidad, hay tantos tipos de máscaras como expresiones culturales, porque se han creado y usado con fines religiosos, tribales y prácticos, por lo tanto las máscaras han sido un recurso válido a lo largo de la historia del hombre occidental como del hombre oriental (Columbia Electronic Encyclopedia, 2013). Las máscaras teatrales occidentales, nacieron con la tragedia del teatro griego; allí, las máscaras eran una caja de resonancia que servía tanto para amplificar la voz, como para caracterizar al personaje (Czischke, 2010). Luego, en el renacimiento italiano, aparecen las máscaras arquetípicas, que representarán personajes tipo en la comedia del arte, una modalidad teatral con fuerte presencia de la improvisación, cuyas representaciones eran una parodia social que divertía mucho al público a la vez que sembraba una visión crítica de su contexto (Czischke, 2010).

Tal es el uso de máscaras en el teatro, que Jacques Lecoq (2004), pedagogo teatral, funda en 1956 en París, una escuela de teatro basada en el movimiento de máscaras, donde el actor, debe ir evolucionando de una hacia la otra a medida que avanza en su formación, así pasará por la máscara neutra, luego la larvaria, después la expresiva, finalmente media máscara y clown. Según el autor, cada una de ellas implica un trabajo corporal y un contacto emocional específico, yendo del silencio verbal (pantomima) hacia la palabra. Lecoq (2004) basa su trabajo formativo de actores en la exploración del cuerpo y su movimiento, como en la exploración de la personalidad del actor, sus emociones y sus actitudes. Asienta las bases de su pedagogía en la tragedia griega y la comedia del arte, pero no para reconstruir sus arquetipos, sino para que éstos estimulen al actor a desarrollar una interpretación dramática personal, explorando su espontaneidad y su imaginación creativa, habiendo fortalecido primero el auto conocimiento y su propio carácter.

En este contexto, la máscara expresiva, obliga al actor a encontrar en su propio cuerpo, los movimientos, los gestos, las intenciones y ritmos del caminar que propone la máscara, porque ella tiene un carácter definido, un estado de ánimo particular (Cañal y Cañal, 2001). La máscara expresiva es la representación en imagen de un estado de ánimo (Czischke, 2010), reproduce un rostro fijo que no tiene voz (es una máscara entera sin abertura en la boca) representa una emoción particular que el actor deberá representar de forma intensa, con todo su cuerpo, pero también debe lograr mostrar (con distinta intensidad) una amplia gama de emociones, explorando y desarrollando la expresión de las mismas en su propio cuerpo (Cañal y Cañal, 2001).

Según Trepal-Wollenzier, & Wester (2002) en psicoterapia, las máscaras son una herramienta para que el paciente ponga fuera la imagen de sí y tomar distancia para darse cuenta de sus conflictos. Las autoras afirman que la creación de máscaras puede servir para representar dos lados de un dilema, la percepción de la identidad, un rol social y hasta una parte conflictiva de un sueño perturbador.

Mario Buchbinder (2008), médico psicoanalista y psicodramatista argentino, uno de los fundadores del Instituto de la Máscara en Argentina, trabaja grupalmente con técnicas psicodramáticas y de teatro espontáneo, utilizando 3 tipos de máscaras: la máscara neutra, la máscara personaje y el maquillaje como máscara. Cada una de ellas es autoconstruida y/o elegida en el trabajo grupal, promoviendo la desestructuración del sujeto lo que posibilita la generación de nuevas estrategias de estructuración de la personalidad. El autor sostiene que el trabajo grupal con adictos es pertinente, porque la adicción se genera y se sostiene en un grupo, por tanto el grupo terapéutico oficia de decodificador de las relaciones adictivas y codificador de nuevas formas de relacionarse, un lugar de identificación y de identidad, de reconstrucción de la historia y de proyecto. En estos grupos la máscara es el objeto transicional que permite al adicto comunicar lo prohibido, con la expresión dramática de la máscara se le da espacio a las distintas versiones de lo psíquico y de lo social (Buchbinder, 2001).

2.7.3. Teatro con Máscaras

El tipo de intervención utilizada en el presente estudio surge de la experiencia llevada adelante por el Proyecto CreSer BioBio, un Programa de Tratamiento Clínico Integral de Alcohol–Drogas y otros trastornos de salud mental dirigido a menores privados de libertad en el Centro CIP-CRC (Centro de Internación Provisoria [CIP] y Centro de Régimen Cerrado [CRC], dependiente del Servicio Nacional del Menor [SENAME]) de Coronel, VIII Región, Chile.

Este programa, basado en el modelo de reducción de riesgos y daños, cuenta con un equipo de profesionales de distintas áreas, entre las que se encuentran la psicología y las artes. Los usuarios acceden a él de forma voluntaria aunque en contexto obligado, lo que implica que las actividades se asumen como obligatorias en contexto de privación de libertad aunque no lo sean (Milán, 1997). Las intervenciones se realizan en modalidad individual y grupal. Grupalmente, se trabaja mayoritariamente inter y transdisciplinariamente, basando la intervención en la expresión a través del arte. Al implementar dispositivos lúdico-terapéuticos basados en la previa consulta a los jóvenes, se motiva su participación y adherencia al tratamiento. Dentro de las modalidades de tratamiento grupal ofrecidas por el programa, se encuentra el grupo terapéutico de Teatro

con Máscaras.

Esta modalidad terapéutica surge de la iniciativa de Czischke (2010) y la investigadora del presente estudio, y se basa en la pedagogía teatral de Jacques Lecoq, utiliza fundamentos gestálticos (Oaklander, 1996; Latner, 1999; Rhyne, 2001), del teatro espontáneo (Aguar, 2009; Sintés, 1995), del teatro del oprimido (Boal, 2001; Boal, 2004) y el psicodrama (Sintés, 1995), dando así el sustento teórico a la experiencia. La tesis de maestría de Czischke (2010) es el único antecedente específico del presente estudio que hemos encontrado.

En el presente estudio, definimos la intervención de Teatro con Mascaras como un dispositivo grupal de tratamiento, coordinado por una psicoterapeuta que basa su intervención en la pedagogía teatral de Jacques Lecoq, la psicoterapia gestáltica, los postulados fundamentales del arte terapia Gestalt, y toma como herramientas elementos del teatro espontáneo y el psicodrama. Consideramos que el teatro con máscaras es una herramienta expresiva potenciadora de las emociones y su representación, trabaja el reconocimiento y la flexibilización del cuerpo, las polaridades del sujeto y la integración de la personalidad; potencia la autoestima, el desarrollo de habilidades sociales, el pensamiento crítico, promoviendo el autoconocimiento (Czischke, 2010).

El dispositivo tiene como actividades centrales la construcción de máscaras expresivas, el aprendizaje de los movimientos básicos de máscaras expresivas y la representación de escenas de la propia vida o de historias ficticias creadas por sus participantes. La finalidad que persigue la intervención es la reducción de riesgos y daños del consumo problemático de sustancias psicoactivas y la reducción de los efectos de prisionización. Idealmente, la intervención requiere un terapeuta y un co-terapeuta con formación en terapéuticas teatrales como ser teatro espontáneo, teatro del oprimido y/o psicodrama.

2.8. Marco Legal y Nuevas Políticas de Estado en torno al consumo de drogas en Uruguay

La Ley 14.294 de 1974, modificada por la Ley 17.016 en 1998 y recientemente por la Ley 19.172, son el marco legal vigente en nuestro país, por medio del cual se prohíbe la producción y comercialización de sustancias estupefacientes, psicotrópicas (Ley 14.294) y precursores químicos o productos químicos (Ley 17.016); definiendo penas que van de los 20 meses a 10 años de penitenciaría, despenalizando a quien *“tuviere en su poder una cantidad razonable, destinada exclusivamente a su consumo personal”* (Ley 14.294, Art. 31). También refieren al cultivo para investigación científica y elaboración de productos terapéuticos, los cuales deben ser previamente autorizados y controlados por el Ministerio

de Salud Pública (Ley 17.016). Se han promulgado, además, otras leyes que refieren a los bienes confiscados por producción y/o comercialización (Ley 18.046 de 2006) y nuevas leyes para el lavado de dinero relacionado al narcotráfico (Ley 17.835 de 2004 y la Ley 18.494 de 2009). Todo esto en un contexto de adherencia a normas y convenciones internacionales en el tema drogas, como ser la Convención Única de Estupefacientes de Naciones Unidas del año 1961, donde los Estados parte declaran la guerra a las drogas.

Sin embargo, luego de varios años de discusión popular y parlamentaria, las políticas públicas de nuestro país comienzan a dar un giro sin precedentes en nuestra Región: en Mayo de 2014, entra en vigencia el Decreto reglamentario de la Ley 19.172 mediante la cual es el Estado quien controla la producción, comercialización y el consumo de Cannabis dentro del territorio nacional (JND, 2014b), despenalizando así su producción y comercialización dentro de los parámetros definidos por la Ley (creación del Instituto de Regulación y Control de Cannabis [IRCCA]; reglamentación de clubes de membrecía, autorización de venta en farmacias, auto cultivo) así como se obliga al Sistema Nacional Integrado de Salud a generar políticas y dispositivos de promoción, prevención y tratamiento del uso problemático de cannabis; imponiéndole además al Sistema Nacional de Educación Pública, la generación de políticas educativas de promoción y prevención, siempre desde una perspectiva de reducción de riesgos y daños. Empodera además a la JND en la generación de los lineamientos de las políticas, el impulso a la investigación y el desarrollo de una evaluación sistemática de los Programas de Diagnóstico y Tratamiento (JND, 2014b). Mediante esta medida, se busca fortalecer las políticas públicas de reducción de riesgos y daños, pues la marihuana es la tercer droga más consumida en nuestro país, la que era, hasta la promulgación de esta Ley, la droga ilegal más consumida en el territorio nacional, siendo una sustancia cuya capacidad para generar dependencia física y psicológica es de leve a moderada, lo que difiere ampliamente de sustancias tales como la pasta base, el alcohol y el tabaco, cuyo potencial toxicológico y adictivo es aún mayor (JND).

Dentro de los motivos de la redacción de la Ley, se expresan los riesgos a los que se exponen las personas que consumen marihuana al tener que abastecerse de forma ilegal, pues no solo se ven involucrados en la actividad delictiva y con ella se exponen a conductas de alto riesgo, sino que además se propicia el consumo de sustancias más riesgosas como la pasta base (JND, 2014b). Se expresa la necesidad de dar un giro en las políticas represoras que desde 1961 se han llevado a cabo, pues éstas han fracasado, exponiendo como prueba de ello el número creciente de consumidores de distintas sustancias a nivel mundial año tras año, la generación de negocios ilegales multimillonarios y la gran escalada de violencia en nuestras sociedades, entre otros (JND, 2014b).

De esta manera, Uruguay es el primer Estado parte de la Convención de 1961 en

legalizar la producción, distribución, comercialización y consumo de la Marihuana para uso recreativo además del uso medicinal y científico, y se posiciona en la vanguardia de América del Sur en lo que tiene que ver con nuevas estrategias para el control del mercado de las drogas; basándose en las experiencias de Holanda, algunas provincias de Australia y de España, y de 17 Estados de los Estados Unidos de América, los cuales son precursores en el tema pero en menor medida (algunos en la distribución, otros en el uso medicinal y científico). Estas nuevas políticas, son monitoreadas de cerca por organismos internacionales tales como la UNODC, la que expresa su preocupación por este giro en las políticas de Estado de los países miembros, entendiéndolo como una falta al acuerdo firmado y manifiesta la necesidad de evaluar los ingresos que generará a los Estados la venta de la sustancia, contra los costos que tendrán las políticas de prevención y atención de salud, argumentando que estas leyes disminuyen la percepción del riesgo, aumentan la disponibilidad, y esto hace muy probable el aumento del uso y el inicio más temprano de los jóvenes en su consumo (UNODC, 2014).

2.9. Sistema de Responsabilidad Penal Adolescente (SIRPA)

El Estado Uruguayo desde el año 2005 ha tenido una sucesión de cambios estructurales en su estructura organizativa. Estos cambios estructurales, se acompañan por la creación de nuevas Institucionalidades, y con ellas se mejora la asignación y distribución de recursos económicos, materiales y humanos, en favor de las poblaciones más vulnerables y más relegadas por las políticas públicas llevadas adelante hasta ese momento. Es así que, en diciembre de 2010 se aprueba la Ley 18.719 sustituyendo a la entonces Dirección Nacional de Cárceles, Penitenciarias y Centros de Recuperación (en adelante, DNCPyCR) por el actual Instituto Nacional de Rehabilitación (en adelante, INR). Se crea entonces el Sistema Nacional Penitenciario, que de forma gradual comienza a incorporar bajo su órbita todos los establecimientos penitenciarios del país, que anteriormente tenían distintas dependencias institucionales. A través del INR, se comienzan a generar y fortalecer los programas de tratamiento de las PPL, mejorando las condiciones de reclusión y el hacinamiento, comenzando el alejamiento progresivo de los funcionarios policiales del interior de los establecimientos, para darle paso a personal capacitado para el trato directo y rehabilitación de PPL. (Ley 18.719)

Dentro de este marco, el Instituto Nacional del Niño y el Adolescente del Uruguay (en adelante, INAU) también es sede de transformaciones estructurales. El INAU tiene como misión la protección de los derechos de la infancia y la adolescencia y como tal, era el organismo que se encargaba, a través del Sistema de Ejecución de Medidas a Menores Infractores (en adelante, SEMEJI), de las medidas judiciales aplicadas a jóvenes infractores

de ley. La Ley 18.771 del año 2011, crea un nuevo órgano dependiente transitoriamente de INAU, pero que funcionará por comisión delegada, dándole así, autonomía del mismo. De esta forma entra en funcionamiento el SIRPA, el que tiene como cometido la ejecución de las medidas socioeducativas dispuestas en el Código de la Niñez y la Adolescencia, promulgado en 2004. El SIRPA garantiza la protección de los derechos del adolescente privado de libertad a través de 5 Programas fundamentales que le dan orden y progresividad de medidas: Programa de ingreso y derivación; Programa de medidas socioeducativas no privativas de libertad; Programa de medidas socioeducativas privativa de libertad y semi-libertad; Programa de Medidas Curativas y Programa de inserción social y comunitaria (SIRPA, 2014). Esta nueva institucionalidad sigue la misma lógica de creación del INR, buscando el mejoramiento de la atención de los jóvenes en conflicto con la Ley Penal, a través de la generación de políticas Nacionales de rehabilitación, asignando recursos económicos, materiales y humanos para efectivizar los programas pertinentes a favor de la rehabilitación y reinserción social de los jóvenes, mejorando la infraestructura, el hacinamiento y la inclusión educativa y laboral.

2.10. Consumo de Drogas en la Adolescencia y su relación con el Delito

Los adolescentes ocupan un lugar destacado en las agendas sanitarias, siendo que los comportamientos que afectan la salud como ser el consumo de drogas, se presentan fuertemente en esta etapa y tienen efectos devastadores en la adultez (OMS, 2014).

Según el último informe de salud adolescente de la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2014), los accidentes de tránsito, el VIH/SIDA, las lesiones autoinfligidas, las infecciones de las vías respiratorias inferiores y la violencia interpersonal son las 5 causas principales de muerte en los adolescentes del mundo. Señala además, que la Depresión es la enfermedad mental de mayor frecuencia en la adolescencia y principal causa de discapacidad (OMS, 2014). Se destaca el consumo de drogas como uno de los factores de riesgo principales para la salud adolescente, así como la falta de contención familiar y la deprivación socio-cultural (OMS). Son variados los estudios que demuestran la estrecha relación del consumo de drogas en la adolescencia con las principales causas de muerte en la juventud a nivel mundial, además de otras consecuencias importantes como ser el abandono escolar y los problemas legales (Winters, Tanner-Smith, Bresani & Meyers, 2014). En nuestro país 2 de cada 3 estudiantes de 13 a 17 años consumió alguna droga en los últimos 12 meses, siendo el consumo de alcohol el de inicio más temprano (13 años), seguido por el tabaco y la marihuana (14 y 15 años respectivamente). Entre nuestros adolescentes, la prevalencia anual de consumo de marihuana y cocaína ha ido en aumento en el periodo 2003-2014 encontrándose actualmente en 17% y 2.1% respectivamente (JND,

2014a), siendo que en 2012, la prevalencia anual se ubicaba en 8.3% y 1.9% respectivamente (JND, 2012a).

En el año 2009, UNODC (2010) realizó un estudio comparativo para observar la relación droga-delito en adolescentes de Bolivia, Perú, Colombia, Chile y Uruguay. Alrededor de la mitad de los infractores uruguayos había consumido drogas en el mes previo a la infracción y un tercio de ellos presentó signos de dependencia. Según este estudio, en Uruguay como en Chile, un quinto de los delitos adolescentes podía ser atribuido exclusivamente a las drogas. La mitad de los adolescentes uruguayos que cometieron delito bajo la influencia de una droga, lo hicieron bajo la influencia de la pasta base, dato que marca una diferencia importante frente al resto de los países de la región, donde la prevalencia era de la marihuana.

El Movimiento Nacional Gustavo Volpe y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (en adelante, UNICEF) realizó un estudio en el año 2007, con el 83% de los adolescentes privados de libertad en Uruguay. Según este estudio publicado en el 2008, los adolescentes privados de libertad en el Uruguay eran en un 95% varones, con un rango de edad de 15 a 18 años y una edad media de 17 años. El 73% de ellos residía en Montevideo, provenientes de barrios con una alta incidencia de la pobreza entre niños y adolescentes, y donde se concentran “*las mayores tasas de desnutrición, retraso de crecimiento, fracaso escolar y deserción educativa.*” (UNICEF, 2008, p. 29). UNICEF (2008) señala que el 49% provenían de un hogar monoparental, donde la jefa de hogar era la madre, mientras un 32% vivía con ambos padres. El 37% no terminó primaria, mientras que un 67% si lo hizo. El 53% declaraba haber trabajado alguna vez, pero la mayoría de ellos no había tenido un trabajo formal. La participación en actividades socioeducativas es un contenido fundamental de la medida de privación de libertad, sin embargo el 73% de los jóvenes entrevistados manifestó no haber participado nunca de ninguna actividad. El 63% declaró consumir medicación, de los cuales un 72% recibía medicación para dormir, seguida por la medicación “para los nervios” y/o “tranquilizantes”. Un 76%, dijo no saber cómo plantear sugerencias o quejas a la Institución, lo cual los ubicaba en una situación de mayor vulnerabilidad (UNICEF, 2008).

En el año 2010, la JND realiza un informe de un *Estudio sobre consumo de drogas y factores asociados en población juvenil con problemas judiciales*, realizado en conjunto con el INAU, el que no fue publicado (comunicación personal con Héctor Suárez, 2013), pero es el único estudio de estas características con esta población específica. La muestra era de 168 jóvenes entre 13 y 18 años (edad promedio 16.2) de los 224 adolescentes que se encontraban privados de libertad en 2009, más 9 jóvenes con medidas de libertad asistida o vigilada de los 127 que en ese año cumplían éstas medidas; todos ellos dependientes del Sistema de Ejecución de Medidas a Jóvenes en Infracción (en adelante, SEMEJI), alojados

en Centros de Montevideo, Colonia Berro (Canelones) y Maldonado. Un 89.8% varones y solo un 10.2% mujeres. Los resultados evidencian que entre los 12 y los 15 años los jóvenes se inician en el consumo, abandonan el sistema educativo y comienzan las infracciones. La prevalencia anual de consumo de tabaco es de 80%, de alcohol es de 66%; de marihuana 68%, cocaína y pasta base se ubican en el 38% y existe un 18% de prevalencia anual para el consumo de solventes (JND, 2010). Si comparamos estos resultados con los obtenidos en el estudio con datos recabados en el mismo año sobre el consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media (JND, 2011b), cuya muestra es de jóvenes escolarizados entre 13 y 17 años de edad, observamos que la prevalencia anual del consumo de tabaco es muy diferente, mientras en los infractores se ubica en el 80%, en estudiantes se ubica en 28%. Sucede lo mismo con la prevalencia anual de consumo de marihuana (68% en infractores y 12.5% en estudiantes); cocaína (38% y 2.5% respectivamente) y pasta base (38% contra un 0.6% respectivamente). Mientras que la prevalencia anual de consumo de alcohol es muy similar (66% y 70% respectivamente). Respecto de los consumos diarios, encontramos que el 61% de los infractores presenta consumo diario de marihuana, 42% de pasta base, 32% de alcohol y 27% de cocaína (JND, 2010); mientras que en los estudiantes de enseñanza media es el 17% que consume diariamente alcohol, 8% marihuana y 2.3% cocaína, no encontrándose datos respecto de pasta base, pues el consumo de esta sustancia entre los estudiantes es marginal (JND, 2011a). Es importante tener en cuenta además, que los consumidores de pasta base son policonsumidores, consumiendo 2 o 3 sustancias además de ésta (JND, 2010). Por último señalamos que el 24% de los jóvenes infractores declaran haber cometido alguna vez un delito bajo los efectos del alcohol, 52% bajo los efectos de drogas ilegales de los cuales la mitad lo hizo bajo los efectos de pasta base sola o combinada con otras, mientras que un 41% declara haber cometido delito para conseguir o comprar drogas (JND).

2.11. Caracterización de los Adolescentes Infractores

La adolescencia es una etapa única en el ciclo de vida, que comprende cambios biológicos y psicosociales determinantes en la vida del individuo. Los comportamientos relacionados a la salud que el adolescente tenga, afectarán, para bien o para mal, su desarrollo cognitivo, físico y emocional (OMS, 2014). Es la etapa de transición entre el ser niño y el ser adulto, que implica un proceso de diferenciación parental e identificación con pares. Esta etapa conlleva a la búsqueda y conformación de la identidad a través de diversos procesos involucrados que acompañan y también van determinando el desarrollo del cerebro adulto (Maturana, 2007). En la actualidad hay suficiente evidencia para afirmar que antes de desarrollar las zonas del cerebro relacionadas al control emocional y la

planificación, se desarrollan las zonas relacionadas con la búsqueda de la recompensa, por lo cual, la experimentación y la asunción de riesgos en el adolescente es un rasgo normal, esperable para esta etapa de la vida. También podemos afirmar que el cerebro adolescente tiene una gran capacidad adaptativa y de cambio, por lo que es posible mejorar y corregir consecuencias negativas producidas en la niñez (OMS, 2014). Los factores ambientales y familiares no están ajenos a este desarrollo, situaciones extremas como la marginalidad, la explotación, la ausencia de sostén parental, tienen repercusiones graves en la conducta y en la salud del adolescente (OMS, 2014).

Siguiendo al Código de la Niñez y la Adolescencia del Uruguay (artículos N° 1 y 70, 2004) entendemos por adolescente infractor, a toda persona mayor de trece años y menor de dieciocho, que haya cometido una infracción a la ley penal, un delito. Los delitos son creados por las leyes, las que clasifican algunas conductas humanas como no aceptables (Morás, 2012). A esta caracterización se le denomina “proceso de criminalización” y conlleva un proceso de selección de personas denominada “selectividad penal”. El proceso de criminalización se realiza en dos etapas; la primera es la que realizan las normas definiendo los delitos y las penas, la segunda es la de las agencias encargadas de detectar esos delitos, quienes terminan siendo muy selectivos (selectividad penal) (Morás, 2012). Se trata de una selectividad que empieza en las intervenciones policiales, siendo mayores las detenciones a adolescentes de contextos vulnerables que en otros contextos. Esta selectividad es la que define que los adolescentes infractores sean, en su gran mayoría provenientes de contextos muy vulnerables (UNICEF, 2010).

Según el estudio de la JND presentado en 2010, los adolescentes sometidos al sistema penal uruguayo, eran en su gran mayoría, varones (89%), de los cuales más del 18% ya tenía hijos; provenientes principalmente de familias monoparentales, teniendo como referente principal a la madre, la cual frecuentemente se encuentra en relación de pareja, la que no es demasiado estable. También eran muy frecuentes los casos en que los adolescentes vivían con otros familiares, como hermanos mayores o abuelos. La mayoría de ellos provenían de familias muy numerosas, con más de 4 hermanos, quienes por lo general son hijos de distinto padre (JND, 2010). Los padres de los que los hijos tienen conocimiento, mayoritariamente se desempeñaban en tareas relacionadas a la construcción y las madres en tareas de baja calificación como ser limpiezas o cuidado de otras personas, siendo alto el porcentaje de amas de casa o desocupadas (1 de cada 3). La tendencia marca que la mayoría eran padres y madres de bajo nivel educativo (la mitad de los que se tiene información no alcanzaban el nivel primario) (JND, 2010). Los adolescentes que llegan al sistema penal, en el entorno de un 30% completaron la educación primaria, mientras que algo más del 30% no lo hizo y más del 70% está desfasado del grado en el que debería estar para su edad (UNICEF, 2010). Menos de la mitad de los jóvenes privados de libertad

trabajaban antes de su internación y solo un 22% estudiaba antes de ingresar al sistema penal (JND, 2010).

Otra característica importante que señala el estudio de la JND (2010), es la presencia de la violencia en su vida cotidiana, sea por haberla sufrido (42% lo declaraba) o por ejercerla, pues el mismo porcentaje admite que pierde el control con mucha facilidad. Esto es notorio en su participación en actos violentos en el sistema educativo donde más del 21% refiere haberle pegado a algún profesor, el 45% dice haber participado en una pelea entre grupos y un 34% refiere participación en un grupo que molestaba a algún compañero, entre otras declaraciones de participación en actos violentos. Además, aproximadamente el 62% admitió haberse pegado o cortado a sí mismo (autoagresiones) y muchas veces referían hacerlo para desviar el foco de atención (de dolor) del síndrome de abstinencia (JND, 2010). Es importante tener en cuenta que casi la mitad de ellos dice tomar riesgos solo para divertirse, entre ellos el consumo de drogas y más del 90% vive en barrios donde hay una legitimación de patrones de conducta no aceptados por el resto de la sociedad (JND, 2010). No solo sus amigos consumen distintas sustancias, sino que también sus familias y es frecuente la presencia de consumos problemáticos en ellas: el 35% de los padres, casi un 5% de las madres y un 29% de hermanos y otros familiares presentaba consumo problemático de alguna o varias sustancias. También resulta considerable la presencia de actividad delictiva en el núcleo familiar, pues el 14% de los padres se dedicaban a actividad delictiva y algo más de un 3% de las madres estaban privadas de libertad) (JND, 2010).

Todas estas características marcan un contexto (vulnerable) que no facilita ni promueve el desarrollo saludable del joven, disminuyendo las capacidades del mismo para hacerle frente a la adversidad (OMS, 2014).

Según Maturana (2007), desde el punto de vista psíquico, a estos adolescentes les es difícil percibir su mundo interno, les cuesta reconocer sus sentimientos y sensaciones y rechazan al adulto porque no están acostumbrados a recibir empatía de ellos. Los adolescentes infractores, tienden a sentirse amenazados (perseguidos, desconfiados), suelen presentar sintomatología depresiva asociada a irritabilidad e ira, teniendo frecuentes ideaciones e intentos suicidas (Maturana, 2007). Presentan además, falta de empatía con el otro y falla en la capacidad reflexiva (Maturana, 2007).

En Chile, Alarcón, Vinet y Salvo (2005), realizaron una investigación respecto a los estilos de personalidad de adolescentes reincidentes en infracciones a la ley, a través de la aplicación del Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (en adelante, MACI), en su versión chilena (Vinet, Brió, Correa, Díaz, Diez, Echeverría, et. al. 1999), con una adaptación especial realizada por la misma autora, denominada "versión amigable". Las autoras describen los estilos de personalidad encontrados y refieren determinadas

características como prevalentes: los jóvenes no tienen preocupación por sus actos ni las consecuencias en otros (insensibilidad social); expresan rabia de forma explosiva, testarudez, culpa y vergüenza, como un patrón de conducta. Las autoras afirman que éstos jóvenes tienen gran inestabilidad emocional; pueden presentar aislamiento, inseguridad y desconfianza hacia los demás; suelen ser muy dependientes de la valoración de su grupo de pares, siendo muy sumisos frente a ellos (Alarcón, et. al., 2005). La baja autoestima tiene mucho que ver con cuatro de los cinco perfiles encontrados, así como la regulación emocional en la expresión de la agresividad y la impulsividad (Alarcón, et. al.). Maturana (2007), refiere a la dificultad para acceder a la dimensión simbólica en estos jóvenes, la que se expresa en perturbaciones de las funciones del lenguaje y perturbaciones cognitivas, además, el adolescente infractor vive en el presente, le resulta difícil construir su pasado objetivamente (de manera lógica y cronológica) como proyectarse al futuro. Estos aspectos llevan a que exista una dificultad en trabajar con ellos desde el lenguaje formal, por lo cual recomienda planificar intervenciones desde lo sensorial y lo lúdico.

Basado en la teoría del interaccionismo, Gussak (2007b) entiende que la identidad se construye en la interacción con los otros y en la asunción de roles. El adolescente “desviado” es el que queda fuera de lo esperable, y lo esperable lo dictan las normas, normas legales, normas morales y las normas populares. Esa “etiqueta” formal (dictada por la escuela, el psiquiatra o la justicia) o informal (dictada por vecinos, familiares u otras personas), afecta la autoevaluación y al afectarla perpetúa esas conductas. Los desviados son los que no encajan, los que amenazan la estabilidad de la sociedad. Los adolescentes desviados pasan rápidamente al acto y expresan su rabia y frustración de formas peligrosas e inadecuadas, por ello se los castiga y se los encarcela, su conducta se ve reforzada tanto por sus pares como por sus cuidadores y por la sociedad toda, lo que hace que entren en un círculo vicioso generador de su identidad (Gussak, 2007b).

2.11.1. Cultura, Subcultura, Contracultura

La cultura es un sistema de conocimientos compartidos por el grupo de pertenencia, que dan sentido a su comportamiento, dada la capacidad del ser humano de producir y reproducir símbolos y acciones simbólicas (Zambrano y Pérez-Luco, 2004). Esto hace posible la constitución de sistemas sociales que posibilitan el entendimiento cotidiano y el ejercicio desigual del poder; sistemas enmarcados en una cultura dominante. Las subculturas son una ramificación de la cultura dominante que no generan conflicto pues se acercan a ella, pero se diferencian y se reagrupan de acuerdo a religión, edad, sexualidad, y otros, que constituyen elementos identificatorios particulares. El propio grupo ejerce un control social interno que atrae a sus integrantes, y a su vez existen fuerzas contraculturales

y de otras subculturas que lo repelen (Zambrano y Pérez-Luco, 2004). La contracultura aparece como reacción negativa al sistema cultural, representando insuficiencias y contradicciones en la sociedad, se genera como posición antagónica y conflictiva. Posee la misma estructura que la subcultura, pero genera mayor cohesión e identificación interna. (Zambrano y Pérez-Luco, 2004). La cultura dominante siempre intentará mantener el equilibrio, el status quo, acercando a las subculturas y contraculturas a través de la represión, persuasión y minimización de las diferencias. La crisis o la desviación son errores en el funcionamiento del sistema que deben ser corregidos o controlados para que el sistema vuelva a estabilizarse (Zambrano y Pérez-Luco, 2004). *“En este contexto, la delincuencia puede ser comprendida como una contracultura, caracterizada por la existencia de códigos éticos, lenguaje y estratificación característicos (Cooper, 1994), que cohesionan y otorgan identidad a quienes forman parte de ella.”* (Zambrano y Pérez-Luco, 2004, p.119) La Identidad delictiva es la imagen de sí que tiene una persona perteneciente a una contracultura delictual, conformada en contraposición a la cultura dominante, distanciada de ella en sus pautas, pero fuertemente arraigada a un grupo social que la valida y la promueve (Zambrano y Pérez-Luco, 2004).

2.11.2. Delincuencia y Construcción de Identidad

El término “delincuencia” alude a la legalidad de una conducta, a haber transgredido una norma establecida en un código legal de determinada sociedad. Sin embargo, la delincuencia implica mucho más que una consecuencia legal, implica la construcción de una identidad (Zambrano y Pérez-Luco, 2004). La identidad se construye a través de la idea que tiene la persona de sí misma, representación de sí que se construye en relación con otros. La identidad no es algo fijo y circunscripto a los valores familiares transmitidos, sino que se va moldeando a lo largo de la existencia del ser a través de sus múltiples pertenencias sociales, siendo mediada por los roles sociales que hacen que el individuo cumpla determinado lugar en el orden social. Para Zambrano y Pérez-Luco (2004), la construcción de identidad en jóvenes infractores de ley, se puede entender, mirando primero su primer espacio socializador, la familia. Los autores refieren a este como un espacio de victimización temprana, donde el niño tiene vivencias de marginación, abandono, desprotección y condicionalidad afectiva; relaciones que comunican al niño que tiene poco valor, y que luego se traducirán en formas de relacionarse a través de la desconfianza y desvaloración de sí mismo. Todo esto, en un contexto, la mayoría de las veces, de pobreza, donde resulta difícil satisfacer necesidades básicas para la subsistencia y las posibilidades de transgredir normas son aún mayores. Las vivencias adolescentes y la necesidad de pertenecer a un grupo, resultan en el acercamiento de jóvenes con características similares,

formando las subculturas juveniles, donde la transgresión está siempre presente. Así, se potencia el proceso de identificación con los pares, constituyéndose estos grupos en referentes de afecto, libertad e incondicionalidad. De esta forma van construyendo su identidad en torno a su capacidad para cometer delitos, adquiriendo del entorno y su experiencia, valores y códigos de una subcultura que los acoge y les da un lugar en la sociedad, pudiendo sentirse pertenecientes a algo y ya no “de más” en la estructura social (Zambrano y Pérez-Luco, 2004). Igualmente, la intervención del sistema penal, termina reforzando esta identidad:

Estas conductas desadaptadas provocan inevitablemente la intervención de las instituciones de control social (...). En la medida que el muchacho va experimentando las presiones de las exigencias institucionales o recoge en la interacción con el personal que allí labora una imagen estigmatizada y devaluada de sí mismo, se produce una progresiva personalización del conflicto. Esto lo conduce a considerarse a sí mismo inadaptado (o delincuente) y, asumiendo esa etiqueta, tenderá a alejarse progresivamente de las normas convencionales de conducta y desarrollará pautas de comportamientos en consonancia con la dinámica conflictiva en la que se ve envuelto. (Zambrano y Pérez-Luco, 2004, p. 127)

2.11.3. Autoestima

La autoestima es considerada un factor predominante en el comportamiento de una persona, es frecuente encontrar dos categorías en su conceptualización: la autoevaluación que hace una persona sobre sí misma y la expresión conductual que esa auto evaluación tiene (Coopersmith, 1959). Luego, Brinkmann, Segure y Solar (1989), amplían esta conceptualización definiendo “concepto de sí mismo” y “autoestima” como aspectos diferentes y complementarios. El concepto de sí mismo refiere a las cogniciones que el sujeto tiene de forma consciente sobre su ser, equivalente al concepto de auto imagen, pues incluye todas las características que el sujeto reconoce como propias. La autoestima, por otra parte, es la valoración positiva o negativa que la persona hace de la imagen que tiene de sí, incluyendo las emociones que asocia a su concepto de sí mismo y las actitudes que tiene en consecuencia (Brinkmann et. al., 1989). La autoestima es una experiencia subjetiva que se transmite a los otros verbalmente o en actitudes. En definitiva, la autoestima es un constructo multidimensional, pudiendo observarse 4 dimensiones de acuerdo a Coopersmith (1959): escolar, hogar-padres (familiar), social y general. Las dimensiones tienen que ver con la valoración que hace el sujeto de sí mismo en esos ámbitos, valoración directamente relacionada con la imagen propia en cada contexto (por ejemplo, la valoración que hago de cómo percibo a mis padres respecto de mis actitudes conforma la autoestima familiar) (Coopersmith, 1959).

La baja autoestima suele unirse a sentimientos y actitudes negativas para la persona como la apatía, el aislamiento, la pasividad, el desinterés; mientras que la alta autoestima se relaciona con personas más activas y sociables, con control sobre sus circunstancias, menos ansiosas y con mejores capacidades para tolerar situaciones de estrés, son menos sensibles a las críticas y suelen tener mejor salud (Lara-Cantu, Verduzco, Acevedo y Cortés, 1993). La capacidad de aceptarse a sí mismo y el relacionamiento con los demás, además de estar estrechamente vinculado con el sentimiento de seguridad personal, está relacionado íntimamente con el concepto de sí mismo y con la autoestima (Olivari y Barra, 2005). Las personas con alta autoestima, son poco susceptibles a factores sociales como la presión del grupo de pares, la cual suele ser significativa en sujetos que presentan consumo de drogas, sobretodo en la adolescencia (Olivari y Barra, 2005). Las personas con baja autoestima tienden a ser más vulnerables y a usar modos de afrontamiento evitativos basados en las emociones que sienten frente a lo que sucede, mientras que las personas con alta autoestima son activos frente a la adversidad y usan estrategias de afrontamiento focalizados en el problema; por tanto la autoestima también tiene un rol importante en el manejo del stress (Sharma & Jagdev, 2012). La autoestima negativa predispone a los adolescentes a trastornos psiquiátricos como la depresión (Sharma & Jagdev). Hay estudios que muestran la importancia de la autoestima familiar y escolar como factor protector de conductas delictivas en adolescentes, mientras una elevada autoestima social y física (autoimagen corporal conformada a partir de la retroalimentación de los pares) son factores de riesgo para la presencia de estas conductas (Jiménez, Murgui, Estévez & Musitu, 2007). Son diversos los estudios que sustentan la relación entre baja autoestima (total) y consumo de drogas, mayoritariamente en cuanto a consumo de tabaco (Olivari y Barra, 2005).

2.11.4. Regulación Emocional

Gratz y Roemer (2004), definen la Regulación emocional como un constructo multidimensional que implica el conocimiento, comprensión y aceptación de las emociones, la capacidad de utilizar las estrategias situacionalmente apropiadas, modulando las respuestas emocionales de acuerdo a las metas perseguidas y al requerimiento de la situación particular; también implica la capacidad para controlar la conducta al vivenciar emociones negativas. De acuerdo a esta conceptualización, la regulación es adaptativa cuando el sujeto puede modular sus emociones, reduciendo la urgencia de descarga emocional, en lugar de eliminarla, siendo capaz de controlar su comportamiento. Por lo tanto, la regulación emocional no es sinónimo de control emocional, y debe evaluarse de acuerdo a la situación a la que se enfrenta el sujeto y a las metas que quiere alcanzar en

ella. La relativa ausencia de alguna de las capacidades descritas puede implicar la presencia de dificultades en la regulación de las emociones (Gratz y Roemer, 2004).

Cuando la regulación es disfuncional (desregulación emocional), condiciona a la persona y la desorienta en cuanto a su accionar y sentir puesto que se presentan dificultades para identificar emociones, modular la activación fisiológica de las mismas, tolerar el malestar que producen y confiar en la respuesta emocional como una respuesta adecuada a lo que le pasa al sujeto (Marín, Robles, González-Forteza, Andrade, 2013). Estas dificultades podrían determinar la aparición y mantenimiento de distintos problemas físicos y psicológicos (Hervás y Jódar, 2008). Hay evidencia empírica que sustenta esta relación en la aparición y mantenimiento de trastornos de la ansiedad, trastornos del humor, stress post traumático, ataques de pánico, trastornos por abuso de sustancias y trastorno límite de la personalidad, entre otros (Gratz y Roemer, 2004; Hervás y Jódar, 2008; Axelrod, Perepletchikova, Holtzman & Sinha; 2011; Pérez, Venta, Garnaat y Sharp, 2012; Dvorak, R. D., Sargent, E. M., Kilwein, T. M., Stevenson, B. L., Kuvaas, N. J., & Williams, T. J. 2014). Hervás y Jódar (2008) reportan evidencia de la relación entre baja autoestima y dificultades en la regulación emocional.

Las dificultades en el proceso que involucra el reconocimiento, comprensión y aceptación emocional se ha relacionado en diversos estudios con las conductas autolesivas y el trastorno límite de la personalidad, de la misma forma que se asocia a trastornos depresivos como también se asocia a ellos la mayor atención y menor claridad emocional (Hervás y Jódar, 2008).

Durante la adolescencia, la variabilidad de las emociones y particularmente las emociones negativas aumentan en comparación con la niñez y la adultez; las tasas de prevalencia de los problemas de ansiedad y depresión como las conductas agresivas y transgresoras también se elevan en esta etapa de la vida (Gómez-Simón, Penelo & De la Osa, 2014). Las conductas autolesivas son comúnmente utilizadas como una estrategia desadaptativa de regulación emocional en adolescentes, quienes refieren una marcada disminución de emociones como la frustración, la rabia y la soledad durante y después del episodio autolesivo (Perez, Venta, Garnaat & Sharp, 2012).

El control de impulsos que es uno de los principales elementos de la regulación emocional (Gratz y Roemer, 2004), ha sido identificado como uno de los componentes principales de los procesos adictivos (Fox, Axelrod, Paliwal, Sleeper & Sinha, 2007). Las personas con dependencia a la cocaína, como también a otras sustancias adictivas como la pasta base, en la búsqueda de la satisfacción inmediata, presentan dificultades para inhibir conductas inapropiadas o impulsivas en situaciones estresantes, también presentan dificultades para darse cuenta de lo que sienten con claridad; la claridad y la conciencia de las emociones resultan esenciales para el mantenimiento del consumo en grupos

vulnerables (Fox et. al., 2007).

Se ha encontrado evidencia de que el mal manejo del estrés y de las emociones sean positivas o negativas, son características fundamentales en la motivación de adolescentes y adultos jóvenes que consumen medicamentos sin receta médica (estimulantes, tranquilizantes, hipnóticos) (Wong, Silva, Kecojevic, Schragger, Bloom, Iverson & Lankenau, 2013).

Wong et al. (2013) reportan que las estrategias de afrontamiento (la capacidad de hacer algo para resolver un problema) están íntimamente relacionadas con la regulación emocional, y la falla en aquéllas en adolescentes y adultos jóvenes se relaciona a la iniciación y escalada en el consumo de drogas.

2.12. Efectos de la Privación de Libertad, Síndrome de Prisionización

La privación de libertad implica la separación del adolescente de todo su entorno conocido, es un cambio de hábitat repentino y brusco; se lo separa de su familia, de sus grupos de referencia, de sus espacios comunes de interacción, reduciéndose su espacio social, restringiéndose al mínimo sus derechos (a la salud, trabajo, educación, recreación). Esto afecta considerablemente su vida, dejando huellas en sus saberes, sus vínculos y sus cuerpos (UNICEF, 2008). En la cárcel el sujeto pierde totalmente su independencia, su capacidad de tomar decisiones y se somete a un sistema total perverso, donde los códigos aprendidos afuera no sirven de mucho, y es necesario adaptarse para sobrevivir, en un medio en el que prima una cultura propia, subcultura “canera”, donde el código que rige, más allá de las propias normas carcelarias es el “código del interno”, mandan las jerarquías propias y los status internos (Segovia, 2002). Las cárceles, son ambientes hostiles, con infraestructuras deficientes y deterioradas, hacinamiento, falta de recursos que determinan escasas actividades para internos y con cuidadores (“educadores”) con escasa formación para la tarea. Es difícil convivir con desconocidos y la violencia entre internos es la forma de ganar estatus y respeto, pero además se impone la violencia institucional, pues es el mismo sistema el que atenta contra la identidad, la autonomía y la autoeficacia de la persona, en la búsqueda de una disciplina eficiente que logre “encausar” al “desviado” (González, 2001). En la cárcel, la celda se convierte en la casa y el patio en la plaza (Segovia, 2002). En la mayoría de los establecimientos penitenciarios, las celdas son espacios reducidos donde conviven 4 (en el mejor de los casos) o más personas, durmiendo muchos en el piso y a veces sin colchón. Es el mismo lugar donde duermen, juegan cartas, hacen sus necesidades fisiológicas (son muy pocos los establecimientos con el baño fuera de la celda) y comen sus alimentos. La vida cotidiana es tediosamente rutinaria, con muy escasos elementos motivadores y poco contenido. Las visitas son escasas, y compartidas por el

resto, pues se dan en conjunto, en un patio compartido, donde no hay lugar para el encuentro privado. Las sensaciones sensoriales y perceptivas se van afectando de forma que se producen trastornos en los sentidos (deprivaciones sensoriales), por la falta de estímulos y el acostumbramiento a los tonos grises, los ruidos altos y los mismos olores y sabores (Segovia, 2002). Nada realizan por decisión propia, todo es impuesto y sancionado el no cumplimiento. El encarcelamiento tiene tal magnitud en la subjetividad de la persona, que se va con ella una vez que es liberado. Luego de la euforia inicial que conlleva la libertad, es usual que se acompañe de un periodo de decepción, pues es necesaria la readaptación (Segovia, 2002). Tanto tiempo sumergido en un sistema con reglas y normas propias, falta de estímulos, de motivaciones, dependiendo en todo de una institución, que volver a tomar las riendas de su vida, no resulta para nada sencillo y puede producir un gran quiebre en la identidad personal (Segovia, 2002).

Segovia (2002) define la Prisionización como la progresiva asunción por parte de la persona privada de libertad de una nueva forma de vida, aprendiendo nuevas habilidades y consistencias comportamentales. Sus efectos se hacen visibles en la presencia de algunos o todos éstos síntomas, dependiendo del tiempo y contexto de privación de libertad, como de las características de personalidad del individuo: A nivel biológico se caracteriza por el aumento del estado de alerta, trastornos del sueño, problemas musculares por falta de actividad deportiva y deprivaciones sexuales que suelen generar situaciones de abuso o relaciones homosexuales situacionales, que acarrearán riesgos para la salud por efectuarse de forma clandestina y sin protección (González, 2001). También aparecen deprivaciones sensoriales afectándose la percepción por la exposición constante a: murmullos y golpeteos permanentes, los mismos olores y sabores, los mismos colores y dificultades visuales por la poca exposición a la luz natural (González, 2001). También se altera el esquema corporal y se produce cierta confusión témporo-espacial (Segovia, 2002). A nivel psicológico se puede observar la aparición de los siguientes síntomas:

Desproporción reactiva: cuestiones que en otro contexto carecerían de importancia son vivenciadas con una desproporcionada resonancia emocional y cognitiva.

Dualidad adaptativa: o se produce una autoafirmación agresiva-con fuerte hostilidad hacia todo lo que provenga de la "autoridad" - o la sumisión frente a la institución como vía adaptativa. Entre estos dos extremos, oscilan las formas de adaptación del preso a la cárcel (la permanente elección de extremos que caracteriza la vida del inadaptado).

Presentismo galopante: Si no puede controlar su presente, mucho menos su futuro. Tanto por la extremada primariedad de su comportamiento como por la imprevisible dirección de su vida en la cárcel, se deja llevar por un vivir sólo el presente desde el fatalismo, la ausencia de introspección, planificación y análisis de consecuencias.

Síndrome amotivacional: no se deja interesar por nada, está cerrado a la novedad, cada vez más encapsulado en un mundo interior que trata de defenderse de las emociones con una aparente dureza emocional cerrada a influjos externos. Delega su responsabilidad y creatividad en el entorno institucional del que depende”.

Baja estima de sí mismo. Impotencia. Sentimiento de inferioridad que le hace situarse con “envidia” agresiva hacia los “pringaos” normalizados. Es difícilmente capaz de definirse desde sus potencialidades, más lo hace desde sus carencias y necesidades. (Segovia, 2002, p. 9-10)

CONACE (2007) considera a la prisionización como un síndrome que se puede presentar en los adolescentes en distintos momentos de su internación. Por tanto, recomienda a los equipos técnicos que trabajan en contexto privativo de libertad que tengan como uno de sus objetivos de intervención la reducción del impacto de la privación de libertad (CONACE, 2007).

Capítulo 3: Definición del Problema y Preguntas de Investigación

Tal como se expuso anteriormente, son escasas las investigaciones empíricas de efectividad terapéutica de tratamientos en consumo de drogas con adolescentes privados de libertad, así como también la de resultados terapéuticos de intervenciones basadas en la expresión a través del arte.

A nivel mundial, las políticas públicas en torno al tema Drogas tienden a promover y muchas veces requieren que quienes liciten los proyectos de tratamiento o prevención, asienten sus bases y por tanto su modalidad clínica y sus formas de intervenir, en aquellos tratamientos con evidencia empírica de sus resultados. El Teatro con Máscaras como dispositivo grupal de tratamiento, es una intervención que no tiene evidencia empírica de sus posibles efectos hasta el momento.

Por estas razones planteamos las siguientes preguntas de investigación:

¿El dispositivo grupal de teatro con máscaras es una intervención que puede promover efectos positivos en población adolescente privada de libertad con consumo de alcohol y drogas desde una perspectiva de reducción de riesgos y daños?

¿El dispositivo grupal de teatro con máscaras es una intervención que promueve más y mejores efectos en población adolescente privada de libertad con consumo problemático de alcohol y/o drogas que el tratamiento habitual brindado por SIRPA?

3.1. Objetivos Generales

- 1) Estudiar posibles resultados terapéuticos del teatro con máscaras en adolescentes con consumo problemático de alcohol-drogas privados de libertad, desde la perspectiva de reducción de riesgos y daños.
- 2) Comparar la intervención grupal de teatro con máscaras y el tratamiento usual provisto por el SIRPA en cuanto a los beneficios asociados con estos tratamientos.

3.2. Objetivos Específicos

- 1) Determinar si disminuye la sintomatología y/o aumenta la regulación emocional y/o la autoestima de los participantes de la intervención de teatro con máscaras al culminar esta intervención.
- 2) Determinar si los participantes de la intervención de teatro con máscaras progresan respecto al modelo de los estadios de cambio al culminar este tratamiento.

- 3) Determinar si los participantes que reciben el tratamiento usual en el SIRPA con el añadido de la intervención de teatro con máscaras presentan mayor reducción de su sintomatología, mayor aumento de su regulación emocional o su autoestima que los participantes que reciben el tratamiento usual de SIRPA únicamente.
- 4) Determinar si los participantes que reciben el tratamiento usual de SIRPA con el añadido de la intervención de teatro con máscaras presentan mayor progresión en los estadios de cambio que los participantes que reciben el tratamiento usual únicamente.
- 5) Determinar si los participantes que reciben el tratamiento usual en el SIRPA con el añadido de la intervención de teatro con máscaras regulan mejor sus emociones de acuerdo a lo observado por los educadores del SIRPA.

Capítulo 4: Metodología

Si bien el diseño metodológico más utilizado en el campo de las ciencias naturales es el experimental, en el terreno de la psicología es el más difícil de implementar, pues con él se quiere realizar un conjunto de observaciones sistemáticas no contaminadas del fenómeno en estudio: el investigador varía directamente algún factor o factores (variables independientes), manteniendo los demás factores constantes (variables contaminantes), y observa los resultados de la variación a través de la medición de lo que se llaman variables dependientes. Cuando se realiza una comparación entre grupos, donde en uno se manipuló un factor y en el otro no, la asignación de los sujetos de investigación a los grupos debe ser aleatoria y aún así los grupos deben permanecer iguales en cuanto a las variables contaminantes, de forma tal de ser comparables en todo sentido. Los estudios pre-experimentales o cuasi-experimentales, son utilizados cuando existe menos control de estas variables que en un estudio experimental, y generalmente se utiliza cuando la asignación aleatoria a los grupos tratamiento y control (o comparación) no es posible (Goodwin, 2010).

Este estudio cuantitativo utilizó un diseño pre-experimental de grupos no equivalentes (Trochim, 2006). Este tipo de diseño utiliza dos grupos, uno de tratamiento, que recibió la intervención grupal de Teatro con Máscaras y el tratamiento habitual brindado a todos los adolescentes del SIRPA, y un grupo de comparación que recibió el tratamiento habitual de SIRPA únicamente y las variables dependientes se evalúan antes y después de la intervención o tratamiento.

4.1. Participantes

La investigación se desarrolló en cuatro Centros de SIRPA que aceptaron colaborar en el estudio, tres localizados en Montevideo (Centro de Privación de Libertad [CEPRILI], Centro de Medidas de Contención [CMC] y Centro Desafío) y uno en Colonia Berro, Canelones (Servicio de Evaluación y Rehabilitación Berro [SER-Berro]). Los Centros CMC y SER-Berro son muy similares en cuanto al nivel de seguridad y las actividades que presentaban en el momento del desarrollo de la investigación, como también en las edades de los chicos allí internados, por tanto en CMC se tomaron participantes para el grupo de tratamiento y en SER-Berro para el grupo de comparación. En CEPRILI y en DESAFÍO, se tomaron participantes tanto para el grupo de comparación como para el de tratamiento. Esta decisión se tomó porque Desafío es el único Centro de SIRPA que aloja jóvenes menores de 15 años, por lo tanto no es comparable con el resto de los centros disponibles (población con características evolutivas diferentes). En el caso de CEPRILI porque no había un Centro de similares características (por ejemplo, mayor variedad de actividades ofrecidas)

accesible y con disponibilidad de población para tomar una muestra de comparación.

Luego de realizada la preselección en cada Centro, se distribuyeron en cada grupo de forma pareada (emparejamiento de grupos) de acuerdo a tres criterios: edad, nivel educativo y reincidencia en el delito; para luego realizar la invitación a cada grupo por separado. Inicialmente se tomó una muestra no probabilística (de conveniencia) de 35 adolescentes con consumo de drogas entre 13 y 18 años, penados y procesados privados de libertad en dependencias de SIRPA; 19 participantes se asignaron al grupo de tratamiento y 16 al grupo de comparación.

Según datos otorgados en comunicación personal por el Sistema de Información para la Infancia [SIPI] del SIRPA, a Setiembre de 2013, la población masculina en los Centros de SIRPA ascendía a 578, de los cuales 316 se encontraban alojados en Colonia Berro y 262 en Centros de Montevideo. Casi el 96% de la población masculina se encontraba entre los 15 y los 18 años de edad, siendo los jóvenes de 18 años el 24.4% de la población en aquel momento. Es importante señalar, que en esa fecha nos encontrábamos preseleccionando la población de este estudio, y según los datos aportados por SIPI, la población de DESAFIO era de 36 varones; CMC 53 varones; CEPRILI 35 y SER 75 varones.

En la Tabla 1 se reflejan las características generales de los Centros incluidos en el estudio, y la Tabla 2 muestra la distribución de los participantes al inicio del estudio por Centro de procedencia.

Tabla 1.

Caracterización general de los Centros del SIRPA incluidos en este estudio.

Características	Centros			
	CMC	SER	CEPRILI	DESAFIO
Localizado en zona urbana de Montevideo	x		x	x
Localizado en zona rural de Canelones		x		
Residentes de 13 a 15 años				x
Residentes de 15 a 18 años	x	x	x	
Aulas pedagógicas	x	x	x	x
Talleres de capacitación laboral				x
Talleres de expresión artística			x	x
Actividad deportiva	x	x	x	x
Talleres de Desarrollo de Habilidades Sociales				x
Grupo de comparación		x	x	x
Grupo de tratamiento	x		x	x

Ninguno de los Centros brindaba psicoterapia al momento de la investigación ni tratamiento de drogas.

Tabla 2.

Distribución de la muestra al comienzo del estudio por Centro de procedencia.

Grupo	DESAFIO	CMC	CEPRILI	SER	Número inicial
Tratamiento	6	6	7	0	19
Comparación	5	0	6	5	16
Totales	11	6	13	5	35

4.1.1. Criterios de Inclusión/Exclusión

La preselección de participantes en cada Centro se realizó de acuerdo a los siguientes criterios:

- **Sexo:** Se trabajó en aquellos Centros de privación de libertad de adolescentes varones, excluyendo adolescentes mujeres del estudio para evitar la variabilidad de género, considerando que el dispositivo terapéutico hasta ese momento, había sido implementado solamente con población masculina adolescente privada de libertad.
- **Edades:** Se tomaron representantes de 13 a 18 años de edad, siendo que los adolescentes que cumplen la mayoría (18) mientras están procesados, continúan en el sistema de responsabilidad penal adolescente.
- **Consumo de alcohol y/o drogas:** Se preseleccionaron aquellos adolescentes con consumo de alcohol y/o drogas en cualquiera de sus formas y frecuencias y cualquiera fuera la sustancia psicoactiva, entendiendo que el consumo en adolescentes por el periodo evolutivo en el que se encuentran es problemático en sí mismo (OMS,)
- **Tiempo de permanencia:** Se solicitó a cada Centro la preselección de aquellos jóvenes que estuvieran penados o procesados con un tiempo de permanencia mayor a 6 meses desde el momento de la preselección. En el caso de no estar penados, se consideró un tiempo estimado de permanencia mayor a 6 meses de acuerdo al delito imputado, siendo referentes para ello los equipos directivos de los Centros, dada su larga experiencia en el sistema penal juvenil.
- **Co-morbilidad psiquiátrica:** Quedaron excluidos de la muestra diagnósticos psiquiátricos y apreciaciones clínicas de estados psicóticos, limítrofes o deterioro

cognitivo severo. Para ello se solicitó una preselección a los técnicos de cada Centro y se revisaron las historias clínicas de los preseleccionados. También se descartaron aquellos casos que no pudieron completar la aplicación de instrumentos por problemas de comprensión que apoyaban la sospecha de capacidad cognitiva muy descendida.

- Tratamiento previo: No fueron incluidos en la muestra aquellos jóvenes que tuvieron tratamiento de drogas previo a la reclusión por un tiempo mayor a 6 meses, exceptuando aquellos casos que tuvieran un tiempo de interrupción igual o mayor a los 3 meses al momento de la preselección.
- Prestaciones en paralelo: Aquellos jóvenes que estaban siendo tratados por el dispositivo de tratamiento de drogas de la División Salud de INAU fueron excluidos de la muestra, exceptuando quienes solo tuvieron una entrevista preliminar. Todos los participantes recibieron las prestaciones habituales de SIRPA para cada Centro.

Aquellos participantes que en la toma pre tratamiento demostraron serias dificultades de comprensión fueron descartados. Aquellos participantes que no participaron del 50% del tratamiento fueron descartados del estudio, por considerar la duración de la participación insuficiente para lograr algún beneficio clínico.

4.2. Procedimiento

Se tuvo especial cuidado en los aspectos bioéticos de la investigación con seres humanos, de acuerdo a las normas vigentes en nuestro país (Ley N° 18331; Decreto CM/515). Siendo éste un estudio que trabaja de forma directa en la intervención con población vulnerable, el cuidado de los aspectos bioéticos es el principal apoyo para el adecuado desarrollo del mismo.

Tratándose de jóvenes infractores de ley menores de edad al cuidado del SIRPA, Institución paraestatal dependiente de INAU, se gestionó el permiso correspondiente para llevar a cabo el estudio, teniendo un Convenio marco vigente entre INAU y la Facultad de Psicología de la UdelaR para actividades educativas y de investigación, Convenio interinstitucional que facilitó la obtención del Consentimiento.

La Comisión Delegada, organismo rector de SIRPA, designa a la Dra. Eva Migues, Directora del Programa de Medidas Curativas de aquella institución, como referente institucional para la implementación de la investigación. Junto a la Psic. Penina Fajgenbaun, quien está a cargo de la Dirección de Protección de los Derechos Psicosociales de los Adolescentes, Jóvenes y Funcionarios del SIRPA, se seleccionaron los Centros de internación en los que se implementaría este proyecto de acuerdo, en primer lugar, a la

cantidad de población de cada Centro, la distribución por edades en ellos y características particulares de tratamiento e internación de cada uno de ellos, priorizando aquellos donde los jóvenes tuvieran menos actividades tanto educativas como terapéuticas. Este último punto, se fundamenta en la necesidad de controlar lo más posible la influencia que pudieran tener otras intervenciones en el tratamiento de los jóvenes, cuanto menos actividades tuvieran, mayor posibilidad de relacionar los resultados a la intervención de Teatro con Máscaras. En segundo lugar, se tomó en cuenta las posibilidades de acceso a los mismos, siendo más difícil de acceder a Colonia Berro, ubicada en el Departamento de Canelones, por ser muy escasa la locomoción pública al lugar.

Se entendió mejor para los propósitos de la investigación, en lo posible tomar participantes para el grupo de comparación de Centros distintos de aquellos de donde se tomaran participantes para el grupo de tratamiento, entendiendo que de esta manera no generábamos expectativas de tratamiento en quienes no lo recibirían (grupo de comparación) y se eliminaba una posible variable contaminante.

La selección de los jóvenes se realizó en tres etapas. La preselección inicial la realizó el equipo directivo de Centro con sus técnicos de acuerdo a los criterios de inclusión/exclusión. Luego, la investigadora revisó el cumplimiento de los criterios con cada preseleccionado. La selección final incluyó a los preseleccionados que accedieron voluntariamente a participar y que no tuvieran serias dificultades de comprensión en la toma de instrumentos pre tratamiento (criterio de exclusión).

Todos los jóvenes que participaron de la investigación lo hicieron de forma voluntaria y con total conocimiento de los aspectos relacionados con el estudio (objetivos, responsables, fases, desarrollo, riesgos, beneficios, etc.). La invitación fue realizada por la investigadora en forma grupal con los participantes seleccionados en cada Centro y diferenciada por grupo (Tratamiento/Comparación). Una semana después de realizadas las mismas, la investigadora tuvo una entrevista individual con cada uno de los preseleccionados, acompañada por un funcionario de la institución que ofició de testigo, garante de los derechos de cada joven, en la que se reiteró la invitación, se evacuaron dudas y se firmó asentimiento con quienes accedieron a participar voluntariamente.

La segunda preselección y selección final de participantes, adjudicación a grupos, firma de asentimientos, aplicación de instrumentos antes (pre) y después (post) de la intervención de teatro con máscaras y la implementación y coordinación del dispositivo terapéutico, fue realizada por la investigadora en su totalidad.

Para asegurar el anonimato de los participantes, se asignó un código a cada uno para que no fuera posible la identificación de sus datos por terceros. Con este código se identificaron sus datos por la investigadora y únicamente por ella. El listado que correlaciona nombre-código se guarda en lugar seguro al igual que los instrumentos aplicados, los

cuales son guardados en lugar distinto al listado y han sido de acceso exclusivo de la investigadora. Todo este material se mantendrá así por los próximos 5 años, luego de lo cual serán destruidos, tal como lo indica la reglamentación vigente en nuestro país (Decreto CM/515, 2008). Los datos obtenidos de los instrumentos aplicados se analizaron de forma agregada.

Como estrategia de tratamiento, se contaba con la participación de un co-terapeuta que sería propuesto por la investigadora. Sin embargo desde la institución se planteó la necesidad de un co-coordinador del grupo Tratamiento que fuera funcionario de SIRPA, para garantizar la no vulneración de los derechos de los participantes siendo ellos sus tutores legales y la investigadora un extraño a la institución. Se acordó entonces, que el co-coordinador (ya no co-terapeuta) fuera parte del equipo técnico o en su defecto, una persona distinta a un educador de trato directo de los jóvenes, siendo que el rol de éstos se relaciona más con la seguridad y el control, y esto podría ser un obstáculo para el trabajo terapéutico. Cada equipo directivo de Centro designó un co-coordinador del grupo Tratamiento.

Luego de firmados los Asentimientos por los participantes (siendo que el Consentimiento fue brindado por SIRPA, su tutor legal), se realizó la aplicación de instrumentos en dos tomas a cada participante de forma individual (toma de medidas pre tratamiento). Aunque los instrumentos son auto aplicados, al no estar adaptados para esta población, se optó por que la investigadora leyera en voz alta y anotara las respuestas de cada participante, asegurando así la adecuada comprensión y registro de las técnicas.

Se recogió además, la observación de educadores directos de los participantes a través del *Cuestionario para el Educador* que fuera creado específicamente para esta investigación. Para ello, cada equipo directivo de Centro designó Educadores de trato directo que tuvieran más llegada o más cercanía con los jóvenes participantes, quienes quedarán como encargados de responder el cuestionario antes y después del Tratamiento grupal de Teatro con Máscaras. Para asegurar el anonimato de los educadores participantes, se asignó un código a cada uno de ellos para que no fuera posible su identificación por terceros. Con este código se identificaron sus datos por la investigadora y únicamente por ella y se siguió el mismo procedimiento que con los datos de los participantes de la investigación en lo que tiene que ver con la seguridad y confidencialidad de los datos.

Una vez terminada la aplicación pre intervención de instrumentos, se implementa el Grupo Tratamiento en cada Centro. El dispositivo de Teatro con Máscaras se planificó con una duración total de 6 meses, y una frecuencia semanal de hora y media de duración, manteniendo constante día y horario con co-coordinadores fijos en cada grupo.

Una vez finalizada la intervención se vuelven a aplicar los instrumentos pautados (toma de medidas post tratamiento) en una sola toma de forma individual.

Es importante señalar un registro adicional del trabajo realizado. Durante el desarrollo de la intervención, luego de finalizada la etapa de construcción de máscaras, se realizó la firma de asentimientos por parte de los participantes para tomar registro fotográfico y de video de la obra de teatro realizada, producto final del grupo, frente a la presencia del coordinador, quien ofició de garante de la no vulneración de derechos de los participantes, firmando como testigo en los asentimientos. Esto se realizó previa información del propósito del mismo y acuerdo con los participantes del uso de las imágenes, lo cual queda registrado en cada Asentimiento.

La selección de los Centros y de la muestra, tomó un tiempo total de 3 meses, comenzando la misma en Julio de 2013. La recolección de datos concluyó en abril de 2014. El trabajo de campo, tomó un total de 10 meses.

Esta investigación, considerada de riesgo mínimo para sus participantes, obtuvo el aval del comité de ética de la Facultad de Psicología de la UdelaR para su realización, lo que garantiza el cumplimiento de la normativa vigente en nuestro país en lo que refiere a la investigación con seres humanos.

4.3. Operativización de Variables

- Variable independiente: Es la variable que el investigador manipula o introduce a los efectos de observar sus efectos (Kantowitz, Roediger & Elmes, 2009). Se define como variable independiente en este estudio al dispositivo terapéutico grupal de Teatro con Máscaras.
- Variables dependientes: También llamadas variables de resultado, son aquellas sobre las que se busca observar efectos de la variable independiente a través de la medición que se realiza de ellas durante la (Kantowitz, et. al., 2009). Se definieron cuatro: sintomatología psicológica, autoestima, regulación emocional y preparación para el cambio de conducta de consumo de drogas (estadios de cambio).
- Variables Contaminantes: Se entienden como tal aquellas que deben controlarse porque pueden afectar las variables dependientes. Si logran mantenerse constantes a lo largo de la investigación, no tienen efecto en los resultados del estudio y por tanto aquellos pueden relacionarse directamente con la variable independiente (Kantowitz, et. al., 2009). Para este estudio se definieron en los criterios de inclusión/exclusión ya presentados.

4.3.1. Intervención: Teatro con Mascaras

La descripción de los antecedentes y naturaleza del Teatro con Máscaras se encuentra en el capítulo dos, en la sección del mismo nombre. Las particularidades de la intervención tal cual fue llevada a la práctica en este estudio se detallan a continuación.

Por disposición de SIRPA no fue posible utilizar un co-coordinador del grupo con formación idónea, pero se contó con la colaboración de un co-coordinador funcionario de SIRPA. Esto fue necesario a los efectos de garantizar la no vulneración de derechos de los jóvenes participantes, siendo que la psicoterapeuta responsable de la intervención no pertenecía a la Institución. La tarea del co-coordinador fue acompañar la actividad, y estar atento a las necesidades de los jóvenes y de la psicoterapeuta, colaborando en las actividades en un rol más pasivo.

La intervención se planificó para ser desarrollada en un periodo de 6 meses o 30 sesiones, en sesiones semanales de hora y media de duración, en lugar cerrado y con un grupo cerrado. En los hechos, la intervención fue reducida a un tiempo total de 21 semanas (menos de 5 meses), en las que se realizaron 18 sesiones de tratamiento, pues se suspendieron encuentros por motivos ajenos a la investigación.

Cada sesión de tratamiento tuvo tres etapas: *caldeamiento*, *desarrollo* y *cierre*. El *caldeamiento* es el primer momento de cada sesión, donde se realizan ejercicios lúdicos preparatorios para el desarrollo de la misma. Se utilizaron juegos corporales para promover la relajación, el autoconocimiento, el relacionamiento con los pares y con los coordinadores, generando de forma progresiva la confianza necesaria para la entrega al trabajo terapéutico.

El *desarrollo* es el segundo momento de cada sesión, y de acuerdo al momento del proceso terapéutico en el que se encontraba el grupo, se dividió en:

- A. *Construcción de máscaras expresivas*. Es el primer momento del proceso terapéutico, (tiene una duración aproximada de 8 sesiones), y la tarea central fue la auto construcción de las máscaras. El proceso de confección tuvo varias etapas. Primero se cubrió el rostro del participante con venda de yeso para obtener el molde del rostro, luego se vació yeso líquido al primer molde y una vez solidificado se desprendió del molde, quedando el rostro confeccionado tridimensionalmente en base de yeso. Se trabajó entonces sobre esa base, moldeando sobre ella con arcilla la emoción de la máscara que cada participante eligió para sí; formando rasgos grandes, en relieve, grotescos, protuberantes, la emoción ampliada de forma exagerada. Una vez estuvo lista la emoción en arcilla, se cubrió de venda de yeso y luego se aplicó papel con cola. Una vez secos los materiales, se desmoldó la

máscara, se recortaron los ojos, se le dio terminación, se le colocó elástico y se pintó con la gama de colores que cada participante eligió para su máscara.

- B. *Trabajo de Sensibilización corporal y movimiento de máscaras.* Luego de la construcción de las máscaras, trabajamos aproximadamente 8 sesiones en ejercicios de sensibilización para ayudar a los participantes a conectarse con las emociones representadas y la gama de emociones posibles de representar por cada uno de ellos con su máscara. Se trabajó con la improvisación del movimiento de las emociones, en la interacción de máscaras en escena, incorporando herramientas básicas del movimiento de máscaras. Se comenzaron a construir personajes a partir de las máscaras creadas y a representar, en forma espontánea la historia construida para cada personaje, dándole un nombre, una edad, un sexo, una razón para sentirse como representa la máscara y un resultado o un cierre.
- C. *Representación Dramática.* El trabajo principal del resto de las sesiones fue el de construir una historia en común, o trabajar en la representación de una historia de vida de un participante, historia contada voluntariamente para ser representada. Se trabajó en la representación del resultado que tuvo en la vida real y de otros resultados posibles, creando una obra teatral de la que los participantes son guionistas, directores y actores.

El *cierre* de cada sesión es un espacio para el diálogo, donde compartimos las sensaciones, emociones o pensamientos de lo vivido, se evacuaron dudas y planificamos juntos la siguiente sesión. El cierre de la intervención en el caso de este estudio, fue la confección de un video que fue entregado a cada participante y al equipo directivo de cada centro donde se realizó el tratamiento.

4.3 2. Variables Dependientes

Se utilizaron seis cuestionarios, uno para caracterizar la muestra y cinco para medir las variables dependientes pre y post tratamiento en ambos grupos (tratamiento y comparación). Algunos de los instrumentos utilizados se encuentran en el Apéndice.

4.3.2.1. Adaptación del Cuestionario Estudio sobre Menores Infractores Atendidos en el Instituto Técnico de Rehabilitación Juvenil (INTERJ)

Es una adaptación realizada por la investigadora solo con fines de investigación del cuestionario *Estudio sobre Menores Infractores Atendidos en INTERJ* utilizado en el Estudio sobre consumo de drogas y factores asociados en población juvenil con problemas

judiciales (JND, 2010). Se trata de un cuestionario estructurado con fines epidemiológicos. El Cuestionario de 73 ítems, explora en detalle la situación social, educativa, judicial, familiar y de consumo de drogas de los menores infractores, como también las relaciones delito-drogas atribuidas por los sujetos involucrados (JND, 2010).

A los efectos de nuestro estudio, se modificó el Cuestionario original, de 73 a 27 ítems que proporcionan información demográfica, patrón de consumo y percepción de riesgo de consumo de diferentes sustancias permitiendo caracterizar a los participantes en este marco. Los ítems son de múltiple opción y de registro de respuesta libre. Se tuvo acceso al Cuestionario y al Informe de Investigación del Estudio citado mediante comunicación personal con el Soc. Héctor Suárez, Coordinador del Observatorio Uruguayo de Drogas (JND), pues el mismo no fue publicado. La adaptación se realizó con su permiso y supervisión personal. Este cuestionario se utilizó para caracterizar la muestra, por lo que fue utilizado solo antes de comenzar la intervención, con la excepción del ítem 23 (percepción de riesgo de consumo de alcohol, marihuana, cocaína y pasta base). Este ítem se utilizó a posteriori de la intervención y de la planificación de la metodología por su posibilidad de detectar cambios debidos a la intervención.

4.3.2.2. Inventario de Síntomas SCL-90-R

El Symptom Checklist-90 R es un cuestionario autoaplicado de 90 ítems que evalúa el estado actual de sintomatología psicológica en el sujeto a través de 9 dimensiones de síntomas y 3 índices globales de malestar psicológico. Las dimensiones son: Somatización, Obsesión-compulsión, Sensibilidad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad fóbica, Ideación paranoide, Psicoticismo. Existen 7 ítems adicionales que no conforman una dimensión en sí misma, pero que tienen relevancia clínica importante, por lo que no fueron eliminados y se suman a las demás dimensiones para calcular los índices, los cuales son: Índice Global de Severidad (GSI), Índice de Síntomas Positivos de Malestar (PSDI), Total de Síntomas Positivos (PST). Los índices globales proporcionan mayor flexibilidad en la valoración global del estado psicopatológico del paciente, niveles de sintomatología y malestar psicológico (Najson, 2008). Cada ítem requiere una respuesta en una escala de tipo Likert de 5 puntos, donde 0 es “nada” y 4 es “mucho”.

El precursor de este instrumento es el *Hopkins Symptom Checklist* (HSCL), creado por la Universidad Johns Hopkins de Estados Unidos; es una escala autoaplicada de valoración de síntomas de 58 ítems con escala Likert de 4 puntos. Esta escala fue diseñada para su aplicación grupal en investigación y no para su aplicación clínica individual y los ítems que lo componen no cubren todas las dimensiones sintomáticas que puede presentar un sujeto, por lo que se comienza a trabajar en su perfeccionamiento, lo que finalmente

culmina en el SCL-90-R. Anterior a éste, Derogatis, Lipman & Covi en 1973, crean el SCL-90, eliminando algunos ítems de HSCL y agregando 45 ítems más, configurando así 4 nuevas dimensiones, valorando todos los ítems en una escala Likert de 5 puntos. El Manual se publica en 1977, de la versión final, SCL-90-R, que realiza modificaciones a 3 de los 90 ítems, siendo modificadas así 2 de las 9 dimensiones: Ansiedad y Obsesión-compulsión. Existe una versión abreviada del instrumento, el *Brief Symptom Inventory* (BSI), de 53 ítems en escala Likert de 5 puntos que contiene las 9 dimensiones y calcula los 3 índices. Este cuestionario fue desarrollado por Derogatis y Melisaratos en 1983 y muestra una alta correlación con el SCL-90-R (González de Rivera y Cols., 2002).

El SCL-90-R se ha estudiado y validado en población general, población psiquiátrica ambulatoria e institucionalizada adulta y adolescentes de distintos países y ha sido adaptado y versionado en distintos idiomas, reportándose más de 940 investigaciones que estudian y reportan su validez y fiabilidad (Najson, 2008). En Uruguay se realizó la validación del SCL-90-R a través de la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC) de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, teniendo como investigadora responsable a la Lic. Silvia Najson, fue llevada a cabo en el año 2003 y su informe final redactado en el año 2008. El instrumento conservó sus características originales y fue validado y baremado para población general de 16 a 62 años de edad y población psiquiátrica ambulatoria de 12 a 57 años de edad. La muestra de esta última fue tomada de pacientes psiquiátricos ambulatorios que se presentan a una primera evaluación al Departamento de Uso Indebido de Drogas de la Clínica de Toxicología de la Facultad de Medicina del Hospital de Clínicas (UdelaR) (Najson, 2008). En cuanto a la fiabilidad del instrumento, se calculó la fiabilidad test-retest a través del coeficiente de correlación R de Pearson, para lo que Najson reporta buen nivel de fiabilidad para todas las dimensiones, siendo las más estables las dimensiones Obsesión-Compulsión, Hostilidad, Depresión, Psicoticismo y Somatización con valores entre 0.92 y 0.86, mientras los coeficientes obtenidos para Sensibilidad Interpersonal y Ansiedad Fóbica fueron de 0.63 y 0.65. El alfa de Cronbach reportó valores satisfactorios para población general, población psiquiátrica ambulatoria y la población total del estudio con valores que van de 0.66 a 0.90, lo que corresponde a una buena consistencia interna (Najson). Respecto a la Validez, el análisis factorial muestra que “hay factores compartidos por más de una dimensión y en muchos casos los ítems comparten sus cargas en 2, 3 y hasta 4 dimensiones” (Najson., 2008, p.41), por lo que el modelo teórico del instrumento original de 9 dimensiones de síntomas no se estaría replicando, concluyendo que presenta inconsistencias por lo que sugieren realizar un análisis factorial confirmatorio y revisar la redacción y traducción del instrumento (Najson). Aún así, lo consideramos de utilidad para fines de investigación, siendo que los valores serán interpretados de acuerdo a su aumento o disminución pre-post tratamiento y

en comparación con grupo comparación, no siendo interpretados como valores en sí mismos.

El SCL90-R tiene copyright de NCS Pearson, Inc. para su aplicación, por lo que se utilizó la versión española de su propiedad (Derogatis, 2004) y se interpretaron los resultados obtenidos a través de los baremos uruguayos para población psiquiátrica ambulatoria (Najson, 2008), por ser la población que más se acerca a la población del presente estudio.

4.3.2.3. Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA)

Es un cuestionario auto aplicado de 32 ítems. Cada ítem requiere una respuesta en una escala de tipo Likert de 5 puntos, donde 1 es “Totalmente en desacuerdo” y 5 “Totalmente de acuerdo”. Evalúa la intención o actitud hacia el cambio del sujeto a través de 4 dimensiones: Precontemplación, Contemplación, Acción y Mantenimiento. Estas dimensiones se definen de acuerdo a 4 de los 5 estadios de cambio pre definidos en el Modelo Transteórico del Cambio (Prochaska y Di Clemente, 1983). La escala URICA, si bien está fundamentada en el Modelo Transteórico, fue diseñada para medir la intención de cambio en las personas que inician un tratamiento de forma genérica, y aunque se diseñó para medir los 5 estadios de cambio, los análisis estadísticos sólo apoyaron los 4 anteriormente descritos (DiClemente, Schlundt & Gemmell, 2004).

En la actualidad, el Laboratorio de Hábitos Saludables y Adictivos de la Universidad de Maryland del Condado de Baltimore, Estados Unidos de América (en adelante, UMBC) dirigido por Carlo DiClemente, uno de los creadores de la escala, reporta la existencia de 7 versiones de URICA: dos para consumidores de alcohol de 28 y 24 ítems respectivamente; 2 para consumidores de drogas ilegales de 32 y 24 ítems respectivamente; una versión de 12 ítems creada para una investigación relacionada a la intención de reducir el consumo en pacientes ingresados a emergencias por problemas de consumo de alcohol; una versión de 32 ítems para evaluar intención de cambio en psicoterapia y una versión para violencia doméstica. Todas de dominio público exceptuando esta última con copyright por Pro-Change. (UMBC, web, 2014) Vallejos et. al. (2007), reportan además la existencia de una versión reducida de 16 ítems, cuya fiabilidad hubiera sido reportada en 1992 por Rossi y otros.

La escala ha sido adaptada y utilizada para su uso con distintas problemáticas (fumadores, trastornos alimenticios, consumo de drogas ilícitas, consumo de alcohol) en distintos países de Latinoamérica como España (Trujols, 2004), México (Timken, 2007), Bolivia (Roth y Exeni, 2010), Brasil (Da Silva, Laranjeira, Brasil, Leal & Di Giorgio, 2003; Da

Silva, 2005a; Da Silva, 2005b) y Perú (Vallejos et. al., 2007); y se ha aplicado a población adulta y adolescente (Timken, 2007).

Vallejos et. al. (2007) realizan la adaptación y validación del instrumento para población masculina drogodependiente adulta peruana, utilizando una muestra de 105 hombres de 18 a 60 años de edad internados en tratamiento ambulatorio y residencial, reportando consistencia interna y validez de constructo satisfactoria (alfa de Cronbach ≥ 0.70 ; KMO 0.676; pesos factoriales > 0.30), por lo que concluyen que el instrumento traducido conservando toda su estructura es pertinente para su uso con población similar (Vallejos et. al.). Solo hay un estudio de DiClemente y Hughes (1990) por medio del que logra estandarizar la escala, generando normas para población adulta anglosajona en tratamiento ambulatorio del consumo de alcohol. En este estudio utilizamos la adaptación de Vallejos et al.

La escala tiene dos métodos de cálculo de resultados e interpretación. El primero, por perfiles, se trata de clasificar a los sujetos según el estadio de cambio en el que se encuentran. Para ello, se suman los puntajes obtenidos en cada sub-escala, y la su escala o estadio que obtiene mayor puntaje es donde se ubica al sujeto. Sin embargo, Vallejos (comunicación personal, enero de 2014) reporta dificultades en la escala para clasificar por estadios, siendo que se requiere de la valoración clínica del técnico para realizar la misma, pues pueden haber puntuaciones empatadas entre sub-escalas, pues siendo etapas o dimensiones dinámicas que no pueden tomarse como etapas lineales y estáticas, que además son medidas por ítems que hablan de conductas relacionadas con los estadios y no son el estadio en sí mismo la clasificación suele ser muy compleja, a lo que se suma el sesgo de las personas que suelen puntuar significativamente más bajo los ítems de precontemplación (Diclemente, Schlundt, & Gemmell, 2004).

El otro método, es el cálculo del *Readiness Score*, creado para Project MATCH, el cual intenta mostrar cuán preparada está la persona para cambiar, entendiendo el cambio como un proceso y no como algo estático determinado en etapas. De esta forma, entiende que las dimensiones Contemplación, Acción y Mantenimiento de la escala, estarían mostrando, en distinta medida, intención de cambio; mientras que la dimensión de Precontemplación no denotaría ninguna intención de cambio. Por tanto, sumando las medias obtenidas de Contemplación, Acción y Mantenimiento y restándoles la media obtenida en Precontemplación, podríamos observar la intención de cambio, o sea, cuán preparada está la persona para cambiar (Diclemente, et. al., 2004), de acuerdo a los 3 puntos de corte preestablecidos por el autor: < 8 corresponde a un estado precontemplativo, por lo que la persona no se estaría planteando la necesidad del cambio en su conducta; ≥ 8 y < 12 , estaría en un estadio contemplativo, por lo que la persona se daría cuenta que tiene un problema pero aún no visualiza la posibilidad de hacer algo al respecto; ≥ 12 y ≤ 14 la

persona es consciente de su problema y está preparado, incluso ya realizando acciones que promueven el cambio (UMBC, web, 2014).

No hay reportes del uso de esta escala en Uruguay, por lo que utilizamos la versión peruana para drogodependientes adultos (Vallejos et. al.), siendo la población con características más próximas a la de nuestro estudio. Utilizamos el método de cálculo de puntaje de Readiness Score (Diclemente et. al., 2004), considerándolo el más adecuado y objetivo para comparar resultados.

4.3.2.4. Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS)

Es un cuestionario autoaplicado de 28 ítems. Cada ítem requiere de una respuesta tipo Likert de 5 puntos, donde 1 es “casi nunca” y 5 “casi siempre”. Evalúa los procesos responsables de monitorizar, evaluar y modificar nuestras reacciones emocionales (Hervás y Jódar, 2008). La escala fue desarrollada originalmente como una medida más completa de la desregulación emocional que las existentes hasta ese momento, las cuales conceptualizaban a la regulación emocional desde una visión controladora de las mismas (Gratz & Roemer, 2004). Las autoras de la escala, basaron su diseño en una concepción más integrativa de los distintos enfoques del momento, conceptualizándola a través de varios factores: la regulación emocional tiene que ver con ser consciente de las emociones, comprenderlas y aceptarlas; comprende la capacidad para comportarse acorde a las metas, contralando las conductas impulsivas cuando se experimentan emociones negativas, y también comprende la capacidad de usar estrategias apropiadas, modulando las respuestas emocionales de acuerdo a las metas y a los requerimientos de la situación. Cuando alguna de estas capacidades está ausente o disminuida, se presentan dificultades en la regulación (Gratz & Roemer).

La escala original de 36 ítems, fue validada en un primer estudio con una muestra de 357 participantes norteamericanos con edades entre 18 y 55 años, 73% mujeres y en un segundo estudio con una muestra de 21 participantes norteamericanos de entre 18 y 48 años de edad, 62% mujeres, reportando una alta consistencia interna ($\alpha=0.93$), buena fiabilidad test-retest en un periodo de 4 a 8 semanas ($p=0.88$, $p<.01$) y adecuada validez predictiva. El análisis factorial determinó la existencia de 6 dimensiones en la escala: Dificultades en el control de impulsos, acceso limitado a estrategias de regulación, falta de aceptación emocional, interferencia en conductas dirigidas a metas, falta de conciencia emocional y falta de claridad emocional (Gratz y Roemer, 2004).

La traducción y adaptación española fue llevada adelante en un estudio con dos muestras independientes. La muestra fue de 254 participantes de 18 a 76 años de edad de

población general, 53% mujeres. La otra muestra, para realizar el estudio de fiabilidad test-retest, se utilizó una muestra de 60 participantes de 18 a 50 años de edad, 83% mujeres de población general. Completaron el retest el 71% luego de 6 meses. El análisis factorial detectó cinco factores interpretables, uno menos que la escala original: Descontrol emocional (“Dificultades en el control de impulsos” y “Acceso limitado a estrategias de regulación” de la escala original se fusionaron), Interferencia cotidiana, Desatención emocional, Confusión y Rechazo emocional, quedando un número total de 28 ítems. Se presentaron datos acerca de la consistencia interna, de fiabilidad test-retest, de validez convergente y de validez incremental. Se reportaron estos datos de consistencia interna para las nuevas dimensiones de la escala: Descontrol entre 0.82 y 0.62; Rechazo entre 0.82 y 0.73; Interferencia: entre 0.87 y 0.82; Desatención: entre 0.80 y 0.64 y Confusión entre 0.84 y 0.66. El alfa de Cronbach para la nueva disposición de la escala oscila entre 0.73 y 0.91 en las sub-escalas y en la escala total 0.93. La fiabilidad test-retest fue $p=0.74$, $p<.001$ (Hervás y Jódar). En conclusión, los resultados muestran evidencia de las buenas propiedades psicométricas de la versión española de la escala para población general adulta. Esta versión española fue la utilizada en este estudio.

La escala se ha utilizado en población adolescente y adulta con trastornos alimenticios (Cooper, O'Shea, Atkinson & Wade, 2014; Sagardoy, Solórzano, Morales, Kassem, Codesal, Blanco y Gallego Morales, 2014), con consumo problemático de drogas (Fox, Axelrod, Paliwal, Sleeper & Sinha, 2007; Dvorak, Sargent, Kilwein, Stevenson, Kuvaas, Williams, 2014), con trastorno límite de la personalidad (Axelrod, Perepletchikova, Holtzman & Sinha, 2011) con conductas autolesivas (Perez, Venta, Garnaat, Sharp, 2012) y con trastornos mentales severos (Fowler, Charak, Elhai, Allen, Frueh & Oldham, 2014); y ha sido adaptada para población adulta turca (Rugancı, & Gençöz, 2010), griega (Mitsopoulou, Kafetsios, Karademas, Papastefanakis & Simos, 2013), adolescentes mexicanos (Tejeda, García, González-Forteza, & Palos, 2012) y recientemente para adolescentes españoles (Gómez-Simón, Penelo & De la Osa, 2014). No hay estudios de validación para población adolescente privada de libertad con consumo problemático de drogas y/o población uruguaya.

4.3.2.5. Cuestionario de Autoestima de Coopersmith

En este cuestionario autoaplicado de 58 ítems, cada ítem comprende una afirmación donde el participante indica “igual que yo” o “distinto a mí”, adjudicando 2 puntos a cada coincidencia con la pauta de puntuación prefijada por los autores. Se deben descartar aquellos sujetos que puntúen $T \geq 67$ en la escala Mentira, pues indica que sus respuestas al cuestionario no son confiables. La escala evalúa la percepción de sí mismo del sujeto en 4

áreas o dimensiones: autoestima general, social, hogar-padres y académica (Brinkmann, Segure y Solar, 1989).

Coopersmith define a la autoestima como el juicio que hace un sujeto sobre sí mismo, por tanto es una experiencia subjetiva que se transmite verbalmente o a través de la conducta, entendiendo que el concepto es un constructo multifactorial (Cantú, Verduzco, Acevedo y Cortés, 1993). Coopersmith publica en 1967 un estudio de validez de una escala de autoestima que venía desarrollando desde 1959, con niños escolarizados de 5 y 6 grado (Forma A) de la que luego desarrolla una versión para adultos (Forma B), reportando alta confiabilidad test-retest (0.88) (Cantú et. al., 1993).

El Cuestionario original consta de 50 ítems que reportan resultados en las 4 dimensiones señaladas y 8 ítems que conforman la escala “mentira”, la cual determina la confiabilidad de las respuestas del sujeto. Esto se conserva en la versión en español validada en Puerto Rico por Prewitt-Diaz en 1984, siendo la que toman los investigadores chilenos para validarla en población adolescente chilena, realizando solo algunas modificaciones en la terminología, por las diferencias de usos del lenguaje entre los países (Brinkmann, et. al., 1989). La escala adaptada fue aplicada a 1398 alumnos de primer y segundo año de enseñanza media (14 a 16 años de edad) de la comuna de Concepción, 52% hombres, considerando establecimientos públicos (62.8%) como privados (36.2%), tomando una submuestra al azar de 330 sujetos para computar resultados, reportando un coeficiente de confiabilidad (Kuder-Richardson) de 0.87, indicando alta confiabilidad en la escala total, siendo muy similares los resultados para las 4 sub-escalas (Brinkmann et. al.). En cuanto a la Validez, se realizó un análisis de correlaciones con el Test de personalidad de California de Tieggs, Clark y Thorpe (1953) que fuera traducido y adaptado anteriormente por investigadores de la Universidad de Concepción, el resultado fue estadísticamente significativo ($\alpha=0.01$ y $r\leq 0.138$). Los autores realizan normas con puntajes T para población adolescente sin diferenciación por sexo por no encontrar diferencias significativas entre ellos (Brinkmann et. al.).

El cuestionario ha sido ampliamente utilizado, reportándose su utilidad relacionando autoestima y consumo de drogas en adolescentes y adultos, en varios estudios (Taylor y Del Pilar, 1995; Olivari y Barra, 2005; Demirbas, Ilhan & Dogan, 2011). En este estudio se utilizó la versión chilena de Brinkmann, Segure y Solar (1989).

La escala cuenta además con una versión abreviada de 25 ítems para adultos y otra para niños, de las que se encuentran varios reportes de validación en distintos países como Méjico (Cantú et. al., 1993) y Gran Bretaña (Hills, Francis, & Thomas, 2007). No se encontraron estudios en Uruguay con este instrumento, como tampoco su adaptación o validez. Tampoco se encontraron estudios de validez de otros cuestionarios de autoestima.

4.3.2.6. Cuestionario para el Educador

El Cuestionario del Educador es un cuestionario semi estructurado, realizado específicamente para este estudio, tomando como referencia las dimensiones indagadas por DERS y Coopersmith. Se trata de un cuestionario auto aplicado de 17 ítems, para el que se encontraron cuatro dimensiones: relaciones interpersonales, autocuidado, regulación emocional y capacidad autorreflexiva. Los ítems del 1 al 5 requieren una respuesta tipo Likert de 7 puntos, donde 1 es “completamente en desacuerdo” y 7 “completamente de acuerdo”. Los ítems 6 al 17, cuentan con una escala Likert de 7 puntos, donde 1 es “siempre” y 7 es “casi nunca”. Es importante señalar que su realización no estuvo a cargo de expertos ni contó con su asistencia.

Los nombres de las dimensiones son constructos simples, para identificar rápidamente qué indagan los ítems de referencia. La dimensión Relaciones Interpersonales, está compuesta por los ítems 1 y 2 e indagan la percepción que tiene el educador respecto del relacionamiento que tiene ese joven tanto con sus pares como con las figuras de autoridad, pretendiendo tener una medida de la capacidad del joven para relacionarse adecuadamente en el medio en el que está desde los ojos de un Educador de trato directo. La dimensión Autocuidado, compuesta por los ítems 3 al 5, refiere a algunas conductas básicas que el joven suele tener alteradas cuando está en privación de libertad, sea por presencia de un estado depresivo, por presencia del síndrome de prisionización, por presencia del síndrome de abstinencia o simplemente por no tener hábitos; es así que preguntamos cómo duerme, si ingiere todas las comidas diarias y se mantiene la higiene personal de forma voluntaria. La dimensión Regulación Emocional, va de los ítems 6 al 13 y refiere a las reacciones emocionales del sujeto, preguntándose por: motivación personal para realizar actividades, autoagresiones, heteroagresiones, angustia, rabia, disfrute de actividades, impulsividad, y reacciones desproporcionadas. La dimensión Capacidad Autorreflexiva está compuesta por los ítems 14 al 17 y refiere a la frecuencia con que el joven demuestra ser capaz de reconocer sus propias capacidades y sus acciones, la frecuencia con que el joven es capaz de reflexionar con otro respecto de sí mismo, analizar consecuencias y planificarse.

La finalidad del Cuestionario es recabar la observación de un tercero neutral, que no participó en la investigación y no tiene conflicto de intereses con ella, respecto del proceso de cada participante. Se aplicó a los educadores referentes pre y post tratamiento. Previamente se realizó una prueba del cuestionario, aplicándose a 4 educadores de trato directo, de un Centro de SIRPA que no participaría en el estudio y se ofrecieron a realizar la prueba de forma voluntaria. Se les explicó que la finalidad de aquello era verificar si el cuestionario necesitaba modificaciones para un mejor entendimiento, pues sería aplicado a

compañeros suyos en el marco de una investigación. Luego de la prueba piloto, se realizaron modificaciones en la redacción de dos preguntas de acuerdo a la sugerencia de los participantes en la prueba. Se realizó una prueba de fiabilidad y validez a través de un análisis factorial y el cálculo del alfa de Cronbach que se reporta en el Capítulo de resultados.

4.4. Análisis de Datos

Se realizaron pruebas estadísticas para determinar si existían diferencias estadísticamente significativas (en las variables dependientes) entre los grupos de tratamiento y de comparación al finalizar la intervención; y en el grupo de tratamiento antes y después de realizar la intervención. Se utilizó el programa SPSS versión 19 para correr las pruebas. Para el ingreso de los datos y cálculo de frecuencias se utilizó Microsoft Excel 2007.

Para el Objetivo 1) Determinar si disminuye la sintomatología y/o aumenta la regulación emocional y/o la autoestima de los participantes de la intervención de teatro con máscaras al culminar esta intervención, se utilizaron la prueba de Student T de una cola para muestras relacionadas y la Prueba de Fisher.

Para el objetivo 2) Determinar si los participantes de la intervención de teatro con máscaras progresan respecto al modelo de los estadios de cambio al culminar este tratamiento, se utilizó la prueba de signos de Wilcoxon para muestras relacionadas.

Para el objetivo 3) Determinar si los participantes que reciben el tratamiento usual en el SIRPA con el añadido de la intervención de teatro con máscaras presentan mayor reducción de su sintomatología, mayor aumento de su regulación emocional o su autoestima que los participantes que reciben el tratamiento usual de SIRPA únicamente, se utilizaron la prueba Student T para muestras independientes (a una cola) y la prueba de Fisher.

Para el objetivo 4) Determinar si los participantes que reciben el tratamiento usual del SIRPA con el añadido de la intervención de teatro con máscaras presentan mayor progresión en los estadios de cambio que los participantes que reciben el tratamiento usual únicamente, se utilizó la prueba exacta de Mann-Whitney a una cola para muestras independientes.

Para el objetivo 5) Determinar si los participantes que reciben el tratamiento usual en el SIRPA con el añadido de la intervención de teatro con máscaras regulan mejor sus emociones de acuerdo a lo observado por los educadores del SIRPA, se utilizaron la prueba de la mediana y la prueba Student T. Además, se realizó un análisis factorial y se calculó el alfa de Cronbach para exploración inicial de la fiabilidad y validez del Cuestionario del Educador.

Capítulo 5: Resultados

5.1. Participantes

El número de participantes del estudio que completó todas las etapas del mismo fue de 19,10 de ellos pertenecientes al grupo de tratamiento y nueve al grupo de comparación. De los 35 sujetos seleccionados al inicio del estudio, cuatro abandonaron antes de completar el 50% de las sesiones de la intervención terapéutica, por lo que no fueron incluidos en el análisis de resultados; ocho fueron trasladados a otros Centros, y cuatro se fueron en libertad. En el caso de los participantes que fueron trasladados, cinco pertenecían al grupo de comparación y no se pudieron aplicar las medidas post intervención dado que fueron trasladados a la Colonia Berro y nunca habían sido contactados para informar de esta investigación porque no formarían parte de ella. Los tres del grupo de tratamiento fueron trasladados antes de completar el 50% de la intervención, por lo que fueron eliminados del estudio. De aquellos que fueron liberados, dos pertenecían al grupo de tratamiento y dos al grupo de comparación. La tabla 3 refleja la distribución de los participantes al finalizar este estudio por Centro de procedencia.

Tabla 3.

Distribución de la muestra al final del estudio por Centro de procedencia.

Grupo	DESAFIO	CMC	CEPRILI	SER	Número final
Tratamiento	4	3	3	0	10
Comparación	4	0	4	1	9
Totales	8	3	7	1	19

5.2. Adaptación del Cuestionario Estudio sobre Menores Infractores Atendidos en el Instituto Técnico de Rehabilitación Juvenil (INTERJ)

La muestra estuvo conformada por 1 participante de 13 años de edad, 3 de 14 años, 6 de 15 años, 4 de 16 y 5 de 17 años de edad (edades registradas al momento de comenzar la toma pre tratamiento), distribuidos de la siguiente manera: el grupo de

tratamiento se conformó por 1 integrante de 13 años, 1 de 14, 3 de 15, 4 de 16 y 1 de 17 años de edad, mientras que el grupo de comparación se integró por 2 participantes de 14 años de edad, 3 de 15 y 4 de 17 años de edad. Por lo tanto, si observamos las dos grandes franjas etarias en las que se puede dividir esta etapa de la vida (pubertad y adolescencia) tenemos que en el grupo de tratamiento participaron 5 sujetos de 13 a 15 años y 5 de 16 y 17 años, mientras que en el grupo de comparación lo hicieron 5 sujetos de 14 y 15 años y 4 de 17 años de edad, por lo que tenemos que las características de franja etaria fueron muy similares.

Tabla 4.

Características seleccionadas de los participantes.

	Grupo Tratamiento	Grupo Comparación
Tipo de delito		
Procesados por hurto o hurto especialmente agravado	0	1
Procesados por rapiña o rapiña especialmente agravada	6	7
Procesados por homicidio, tentativa de homicidio o lesiones	4	2
Procesados por violación o atentado violento al pudor	0	1
Sin datos de la causa del procesamiento	1	0
Reincidentes	4	5
Nivel de Educación		
Primaria incompleta	5	2
Primaria Completa sin estudios secundarios	5	3
Secundaria incompleta	0	4
Actividad principal desarrollada antes del ingreso		
Declaran estar estudiando en el Centro	6	2
Declaran estar estudiando previo al ingreso	2	1
Trabajaba previo al ingreso	6	3
Trabajaba 8 o más horas previo al ingreso	1	0
Pasaba más tiempo en casa que en la calle después de estudiar o trabajar	4	1
N total 19. N grupo Tratamiento 10. N grupo Comparación 9.		

Respecto de la composición familiar, casi todos los integrantes del grupo de tratamiento tienen más de tres hermanos, al igual que el grupo de comparación. En ambos grupos solo un integrante tiene hijos. El núcleo de convivencia se compone por madre, hermanos y algún otro familiar en 7 de los 10 integrantes del grupo Tratamiento, siendo muy dispar la composición del núcleo de convivencia del grupo Comparación. Es de destacar que ningún participante se encontraba en situación de calle previo al ingreso.

Todos los participantes del estudio excepto uno, declaran haber probado tabaco, alcohol y marihuana alguna vez en la vida, iniciando el consumo antes de los 15 años. Más de la mitad de la muestra y con una distribución muy similar para ambos grupos, declaran haber probado cocaína antes de los 15 años (8 de 10 y 6 de 9 respectivamente). 4 de cada grupo declara haber probado pasta base, en el grupo Comparación 3 lo hicieron antes de los 15 años, mientras que en el grupo Tratamiento uno a los 16, 2 a los 15 y uno a los 14 años de edad. Respecto de los inhalantes, 4 del grupo tratamiento contra 2 del grupo Comparación, declaran haberlos probado. Llama la atención que casi la mitad del grupo Tratamiento (4 de 10) y más de la mitad del grupo Comparación (7 de 9) han tomado tranquilizantes sin receta médica, la mayoría antes de los 15 años. Ninguno declara haber probado estimulantes sin receta médica.

Respecto de los motivos para el consumo, en el grupo Tratamiento los más frecuentes son para relajarse y olvidarse de los problemas, para saber de qué se trataba y para pasarlo bien con los amigos; mientras que en el grupo Comparación además de para relajarse y olvidarse de sus problemas, el otro motivo más frecuente es la soledad o el abandono de un ser querido.

En cuanto a episodios de abuso, la mayoría del grupo Tratamiento declara haber tenido episodios de abuso de marihuana (9 de 10) al igual que más de la mitad del grupo Comparación (6 de 9). Mientras la mitad del grupo Tratamiento declara episodios de abuso de cocaína, solo 2 del grupo Comparación declara lo mismo. En ambos grupos son menos frecuentes los episodios de abuso de alcohol (2 de 10; 3 de 9) y de pasta base (3 de cada grupo).

La mitad del grupo Tratamiento (5) declara haber cometido algún delito para conseguir drogas y 4 declaran haber cometido el delito por el que están procesados para conseguir drogas; mientras que en grupo Comparación 5 declaran haber cometido algún delito para conseguir drogas y solo uno dice haber hecho el actual delito para ello.

La mitad del grupo Tratamiento (5) declara haber cometido algún delito drogado, y casi la misma cantidad hizo el delito actual drogado (6), prácticamente la mitad de ellos declara haberlo hecho igualmente sin el efecto de las drogas (3 de 5 y 3 de 6). Se da una distribución muy similar en el grupo Comparación. Respecto del alcohol, casi la mitad del

grupo Tratamiento declara haber cometido algún delito alcoholizado (4) de los cuales la mitad dice haberlo hecho igual sin sus efectos. Sin embargo, respecto del delito actual, solo 2 dicen haber estado alcoholizados y ninguno lo hubiera hecho si no hubiera sido así. En el grupo Comparación 2 participantes declaran haber hecho algún delito y/o el delito actual estando alcoholizados y ninguno lo hubiera hecho sin sus efectos.

Respecto a los últimos 30 días (ya privados de libertad), 8 de los 10 participantes del grupo Tratamiento y los 9 participantes del grupo Comparación declaran haber consumido cigarros y solo 2 participantes del grupo Comparación declaran haber consumido tranquilizantes sin receta.

Tabla 5.

Consumo de drogas por grupo en el último año.

	Grupo Tratamiento	Grupo Comparación
Cigarros	9	9
Alcohol	8	7
Marihuana	9	9
Cocaína y/o nevado	7	4
Pasta base	3	4
Inhalantes (neoprén, éter, nafta, etc.)	3	2
Tranquilizantes sin receta (clonacepan, valium, etc.)	4	6
Estimulantes sin receta (ritalin, cidrin, etc.)	0	0

N total =19. N grupo tratamiento = 10. N grupo Comparación = 9.

Solo un integrante de la muestra, perteneciente al grupo Comparación ha recibido tratamiento por consumo de drogas y lo hizo en 3 oportunidades, su primera vez fue a los 15 años de edad. La última vez estuvo en modalidad residencial y abandonó a los 4 días, sin resultados. Sin embargo, 7 participantes del grupo Comparación y 5 del grupo Tratamiento declaran alguna vez haber hecho un esfuerzo serio para dejar de consumir; pero solo 4 de cada uno está dispuesto a recibir ayuda profesional para ello.

5.3. Resultados para el objetivo 1

Determinar si disminuye la sintomatología y/o aumenta la regulación emocional y/o la autoestima de los participantes de la intervención de teatro con máscaras al culminar esta intervención.

Se realizó la prueba de Student T para muestras relacionadas (de una cola) para ver si existían diferencias estadísticamente significativas en los puntajes obtenidos en el Índice Global de Gravedad del SCL-90 R en el grupo de tratamiento antes y después de la intervención de teatro con máscaras. En base a los puntajes globales ponderados de acuerdo a las normas uruguayas para población psiquiátrica ambulatoria masculina del Índice Global de Gravedad (puntajes t Global Symptom Index o GSI) de la escala SCL-90R (Najson, 2008) se obtuvo un $t(9)=-0.28$ ($p=0.39$), por lo que no encontramos evidencia a favor de que el grupo de tratamiento haya disminuido en su sintomatología después de recibir el tratamiento ($p=0.39 > 0.05$, diferencia estadísticamente no significativa).

Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto a mejoría en regulación emocional (escala DERS) antes y después de la intervención en el grupo de tratamiento ($p=0.71$ a una cola). Se utilizó la prueba de Fischer para comparar las proporciones de participantes que regulan sus emociones (puntajes totales iguales o menores a 75.2) y aquellos que no lo hacen (puntajes mayores a 75.2) (Hervás y Jódar, 2008). Por lo tanto, no encontramos evidencia a favor de que el tratamiento ayude a mejorar la regulación emocional.

Respecto al test de Autoestima de Coopersmith, se tuvieron que dejar fuera a 3 casos del grupo de tratamiento porque sus puntajes en la escala Mentira (escala que evalúa la fiabilidad de las respuestas de los participantes) superaron el punto de corte de fiabilidad de respuesta (puntaje t igual o superior a 67; Brinkmann, comunicación personal). Se realizó una prueba de Student T para muestras relacionadas (de una cola) para ver si existían diferencias estadísticamente significativas en los puntajes obtenidos por el grupo de tratamiento antes y después de la intervención de teatro con máscaras. En base a los puntajes T, puntajes ponderados de acuerdo a las normas chilenas para población general de primer y segundo año de enseñanza media (Brinkmann, et. al., 1989), se obtuvo un $t(6)=-0.076$ ($p=0.47$), por lo que no encontramos evidencia a favor de que el grupo de tratamiento haya aumentado la autoestima de sus participantes después de recibir el tratamiento ($p=0.47 > 0.05$, diferencia estadísticamente no significativa).

5.4. Resultados para el objetivo 2

Determinar si los participantes de la intervención de teatro con máscaras progresan respecto al modelo de los estadios de cambio al culminar este tratamiento.

La Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA) fue utilizada para evaluar las dimensiones de actitud hacia el cambio. Uno de sus autores, Di Clemente, reporta 3 puntos de corte según las puntuaciones obtenidas en el cálculo del Readiness Score en el test URICA: <8 corresponde a un estado precontemplativo, por lo que la persona no se estaría planteando la necesidad del cambio en su conducta; puntajes ≥ 8 y <12 , describen a personas en un estadio contemplativo, por lo que la persona se daría cuenta que tiene un problema pero aún no visualiza la posibilidad de hacer algo al respecto. Los puntajes entre ≥ 12 y ≤ 14 describen a la persona que es consciente de su problema y está preparada, incluso ya realizando acciones que promueven el cambio (UMBC, 2014).

Se utilizó la prueba de signos de Wilcoxon (a una cola para muestras relacionadas) para determinar si existían diferencias estadísticamente significativas entre los estadios en que se encontraban los participantes del grupo de tratamiento antes y después de la intervención de teatro con máscaras. El valor Z fue de -1.134 y el alfa (p) (a una cola) de 0.128, por lo que no se constataron diferencias estadísticamente significativas luego de la intervención en el grupo de tratamiento en cuanto al avance en su preparación para el cambio. Podemos afirmar asimismo, que de los diez participantes que completaron el tratamiento, dos avanzaron en su proceso de cambio, uno retrocedió y 7 se mantuvieron en el mismo estadio de acuerdo al Readiness Score del test de URICA.

5.5. Resultados para el objetivo 3

Determinar si los participantes que reciben el tratamiento usual en el SIRPA con el añadido de la intervención de teatro con máscaras presentan mayor reducción de su sintomatología, mayor aumento de su regulación emocional o su autoestima que los participantes que reciben el tratamiento usual de SIRPA únicamente.

Se realizó una prueba de Student t para muestras independientes de una cola para ver si la media de los puntajes ponderados del SCL-90 R obtenidos por el grupo de tratamiento indicaba una reducción estadísticamente significativa comparada con la del grupo de comparación después de la intervención de teatro con máscaras. Se obtuvo un $t(17) = -0.474$ ($p = 0.32$), por lo cual no se obtuvo evidencia a favor de que el grupo de tratamiento presente una disminución significativa de su sintomatología al terminar la

intervención comparado con el grupo de comparación ($p=0.32 > 0.05$, diferencia estadísticamente no significativa).

Para verificar si los grupos diferían en cuanto a sintomatología en cuanto al Índice Global de Gravedad (GSI para el SCL90-R) antes de iniciar el tratamiento, se realizó una prueba de Student T a dos colas para muestras independientes. El resultado no fue estadísticamente significativo, por lo que no se constataron diferencias a priori entre los grupos de comparación y de tratamiento con respecto a esta variable ($t(17) = -0.15$, $p=0.882$), lo que refuerza la idea que los grupos de comparación y tratamiento eran comparables (no diferían) respecto a esta variable.

Para determinar si existían diferencias estadísticamente significativas en cuanto al aumento de la regulación emocional luego de finalizada la intervención, se compararon los puntajes totales no ponderados obtenidos en los grupos comparación y de tratamiento. Utilizando la prueba de Fisher se compararon las proporciones de participantes que regulaban sus emociones (puntajes totales iguales o menores a 75.2) y aquellos que no lo hacían (puntajes mayores a 75.2) (Hervás y Jódar, 2008) en el grupo de tratamiento y de comparación al finalizar el tratamiento, y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el DERS ($p=0.25$ a una cola).

Para verificar la similitud de los grupos de comparación y tratamiento antes de iniciar la intervención en cuanto a regulación emocional, se realizó una prueba de Fisher a 2 colas y el resultado no fue estadísticamente significativo, por lo que no se constataron diferencias a priori entre los grupos de comparación y tratamiento con respecto a esta variable ($p=0.37$).

Como dijimos anteriormente respecto al test de Autoestima de Coopersmith, se tuvieron que dejar fuera a 3 casos del grupo de tratamiento porque sus puntajes en la escala Mentira (escala que evalúa la fiabilidad de las respuestas) superaron el punto de corte de fiabilidad de respuesta, que es puntaje t igual o superior a 67 (Brinkmann, comunicación personal). Lo mismo sucedió en 2 casos del grupo de comparación, por lo que también se dejaron fuera.

Se realizó una prueba Student T (a una cola para muestras independientes) para ver si existían diferencias estadísticamente significativas en los puntajes ponderados (de acuerdo a las normas chilenas para población general de primer y segundo año de enseñanza media de Brinkmann, et. al., 1989) obtenidos por el grupo de tratamiento y el de comparación después de finalizada la intervención de teatro con máscaras. En base a los puntajes totales t del Inventario de Autoestima de Coopersmith, se obtuvo un $t(12) = -0.6$ ($p=0.28$), por lo que no encontramos evidencia a favor de que el grupo de tratamiento haya mejorado su autoestima respecto al grupo de comparación ($p=0.28 > 0.05$, diferencia estadísticamente no significativa).

Para verificar la similitud de los grupos de comparación y tratamiento antes de iniciar la intervención en cuanto a la variable autoestima, se realizó una prueba de Student T (a dos colas para muestras independientes) y el resultado no fue estadísticamente significativo, por lo que (como esperábamos) no se constataron diferencias a priori entre los grupos de comparación y tratamiento con respecto a esta variable ($t(12)= 1.01, p=0.33$).

5.6. Resultados para el objetivo 4

Determinar si los participantes que reciben el tratamiento usual de SIRPA con el añadido de la intervención de teatro con máscaras presentan mayor progresión en los estadios de cambio que los participantes que reciben el tratamiento usual únicamente.

Para determinar si existían diferencias estadísticamente significativas entre los estadios de cambio (derivados de los puntos de corte del Readiness Score en el test URICA) en que se encontraban los participantes del grupo de tratamiento y del grupo de comparación al finalizar el tratamiento, se utilizó la prueba exacta de Mann-Whitney (para muestras independientes a una cola), teniendo como resultado $U=38.5$ y el alfa (p)= 0.302 . Por lo tanto, no se encontró evidencia a favor de una mayor progresión en los estadios de cambio en los participantes del grupo de teatro con máscaras.

De los diez participantes que completaron el tratamiento (grupo de teatro con máscaras), dos avanzaron en su proceso de cambio, uno retrocedió y 7 se mantuvieron en el mismo estadio de acuerdo al Readiness Score del test de URICA.; en el grupo de comparación de los 9 participantes, 2 avanzaron en su proceso de cambio, pero retrocedieron 3, mientras que 4 se mantuvieron estables.

5.7. Resultados para el objetivo 5

Determinar si los participantes que reciben el tratamiento usual en el SIRPA con el añadido de la intervención de teatro con máscaras regulan mejor sus emociones de acuerdo a lo observado por los educadores del SIRPA.

Hubieron dos participantes del grupo de comparación para los que no se pudo obtener la toma post tratamiento del cuestionario del Educador por motivos fuera del control de la investigadora. Por tanto, el número total de participantes considerado para dar respuesta a este objetivo es de 17, 10 correspondientes al grupo de tratamiento y 7 al grupo de comparación. En otro caso del grupo de comparación, el Educador no completó las respuestas de los ítems 6 al 10 en la toma pre tratamiento, por lo que se completaron esos

valores con la media de los valores otorgados para cada ítem por los demás participantes en la toma pre tratamiento del grupo de comparación (sustitución por la media).

En la Tabla 6 se pueden observar las medias obtenidas para cada dimensión (sub-escala) del Cuestionario del Educador tanto en el grupo de comparación como el de tratamiento antes y después de la intervención.

Tabla 6.

Medias pre y post tratamiento del cuestionario del Educador para grupo de comparación y de tratamiento por dimensión.

Dimensiones	Pre-intervención	Post-intervención
	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)
Relaciones Interpersonales		
Grupo Comparación	5.43 (1.06)	5.36 (1.57)
Grupo Tratamiento	4.05 (1.92)	5.65 (0.94)
Autocuidado		
Grupo Comparación	5.76 (1.77)	6.43 (0.74)
Grupo Tratamiento	5.83 (0.72)	6.37 (0.81)
Regulación Emocional		
Grupo Comparación	5.23 (0.99)	5.21 (1.19)
Grupo Tratamiento	4.48 (1.66)	5.24 (1.00)
Capacidad Autorreflexiva		
Grupo Comparación	4.04 (0.92)	5.21 (1.57)
Grupo Tratamiento	3.35 (1.26)	4.88 (1.43)

N de casos válidos: 17 (7 en grupo de comparación, 10 en grupo de tratamiento)

Se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para verificar la normalidad de la distribución de los datos, y se comprobó que las distribuciones de las sub-escalas tanto para el post test de los grupos de comparación y de control eran normales.

Como se observa en la tabla 7, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas al finalizar el estudio entre los valores promedio de las sub-escalas del Cuestionario del Educador entre el grupo de comparación y el de tratamiento, incluida la sub-escala de regulación emocional, que es el foco del objetivo 5. Sin embargo, si observamos las medias obtenidas por ambos grupos (tabla 6), podemos afirmar que en las sub-escalas Relaciones Interpersonales y Regulación emocional, las puntuaciones medias del grupo Tratamiento suben mientras que las del grupo Comparación bajan, por lo que podemos decir que el grupo que recibió teatro con máscaras obtuvo mejores puntuaciones al post test en esas dos sub-escalas, aunque este incremento no sea suficientemente importante para arrojar significatividad estadística.

Tabla 7.

Comparaciones post-intervención en las sub-escalas del Cuestionario del Educador para el grupo de control y el de tratamiento.

	Student T	p
Relaciones Interpersonales	-0.48	0.32
Autocuidado	0.16	0.44
Regulación Emocional	-0.43	0.49
Capacidad Autorreflexiva	0.46	0.33

N de casos válidos 17 (15 grados de libertad); * indica $p \leq 0.05$ prueba de una cola

Para comprobar si existían diferencias estadísticamente significativas antes del tratamiento (a priori) entre el grupo de comparación y el de tratamiento en cuanto a los puntajes de las sub-escalas del cuestionario del educador se realizaron pruebas de Student T entre los valores pretest de ambos grupos. En el caso de la comparación entre los valores de la sub-escala Autocuidado entre los grupos de comparación y de tratamiento se utilizó el test de la mediana porque la distribución de pretratamiento del grupo de comparación no fue normal. Los resultados fueron los siguientes: para la sub-escala de Relaciones Interpersonales $t(15)=1.71$, $p=0.11$; para la sub-escala de Regulación Emocional $t(15)=1.07$, $p=0.30$; para la sub-escala de Capacidad Autorreflexiva $t(15)=1.23$, $p=0.24$ y para la sub-

escala de Autocuidado test de la mediana $p=0.64$. Si bien hay consistentemente un promedio mayor en todas las sub-escalas en el grupo de control comparado con el grupo de tratamiento antes de iniciar el estudio, estas diferencias no son lo suficientemente grandes para constituir diferencias estadísticamente significativas y permite afirmar que los grupos no diferían a priori en la variable de regulación emocional.

Aunque no se había establecido como objetivo de investigación al iniciar el estudio, se compararon los puntajes de las sub-escalas del Cuestionario del Educador solamente en el grupo de tratamiento antes y después de la intervención para determinar si se observaba algún cambio. Para ello, primero se verificó la normalidad de ambas distribuciones de datos mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov y se utilizó la prueba de Student T para grupos relacionados a una cola. Los resultados se presentan en la tabla 8.

Tabla 8.

Comparaciones para el grupo de tratamiento pre y post intervención en las sub-escalas del Cuestionario del Educador

	Student T	p
Relaciones Interpersonales	-2.33	0.023*
Autocuidado	-1.99	0.04*
Regulación Emocional	-1.63	0.07
Capacidad Autorreflexiva	-4.40	0.001*

N de casos válidos 10 (9 grados de libertad); * indica $p \leq 0.05$, prueba a una cola.

Como se observa, las pruebas determinaron que los puntajes luego del teatro con máscaras en tres de las cuatro sub-escalas mejoraron en el grupo de tratamiento.

5.7.1. Fiabilidad del Cuestionario del Educador

En lo que respecta a la fiabilidad de la escala, se calculó el Alfa de Cronbach para observar la consistencia inter-ítem. En la tabla 9 podemos observar buena fiabilidad tanto para la escala total como para 3 de las 4 sub-escalas, siendo la fiabilidad de la sub-escala Autocuidado apenas aceptable de acuerdo a las reglas generales de George & Mallery

(2003). Los autores señalan la siguiente regla para el Alpha de Cronbach: “_ > .9 – Excelente, _ > .8 – Buena, _ > .7 – Aceptable, _ > .6 – Cuestionable, _ > .5 – Pobre, y _ < .5 – Inaceptable” (p. 231).

Para evaluar la validez del Cuestionario, se realizó un análisis factorial exploratorio, obteniéndose 4 factores. Estos resultados son consistentes con las 4 sub-escalas del Cuestionario: Relaciones Interpersonales, Autocuidado, Regulación Emocional y Capacidad Autorreflexiva.

Tabla 9.

Consistencia inter-ítem para el Cuestionario del Educador:

	N° Items	Alpha de Cronbach
Relaciones Interpersonales	2	0.83
Autocuidado	3	0.56*
Regulación Emocional	8	0.89
Capacidad Autorreflexiva	4	0.87
Escala Total	17	0.89

*indica fiabilidad apenas aceptable (George, & Mallery, 2003).

5.8. Percepción del Riesgo de Consumo de Drogas (Adaptación del Cuestionario *Estudio sobre Menores Infractores Atendidos en INTERJ*)

Al finalizar la intervención de teatro con máscaras, y habiéndose constatado la ausencia de evidencia a favor de los posibles efectos de la intervención de teatro con máscaras, la investigadora decidió observar las frecuencias referidas a la percepción de riesgo de consumo de marihuana, alcohol, cocaína y pasta base [PBC] en los participantes de ambos grupos para evaluar si había habido cambios. Esta información se obtuvo de la pregunta 23 sobre *Percepción del Riesgo* de la Adaptación del Cuestionario *Estudio sobre Menores Infractores Atendidos en INTERJ* (JND, 2010), utilizado para caracterizar a los participantes.

Esta pregunta tiene 5 posibilidades de respuesta para cada una de las sustancias:

ningún riesgo, riesgo leve, riesgo moderado, riesgo grave, no sabe y los participantes eligieron una opción para cada sustancia de acuerdo a su percepción en cuanto al riesgo que corre una persona que consume habitualmente cada una de esas sustancias. Los resultados se muestran en la Tabla 10.

Tabla 10.

Percepción de riesgo de consumo habitual de sustancias pre y post tratamiento.

	Pre		Post	
	Tratamiento	Comparación	Tratamiento	Comparación
Consumo habitual de alcohol				
Ningún Riesgo	1	0	1	0
Riesgo leve	4	1	1	2
Riesgo Moderado	0	1	2	1
Riesgo grave	5	6	6	5
No sabe	0	1	0	1
Consumo habitual de Marihuana				
Ningún Riesgo	5	3	6	3
Riesgo leve	4	2	1	4
Riesgo Moderado	1	1	3	2
Riesgo grave	0	1	0	0
No sabe	0	2	0	0
Consumo habitual de cocaína				
Ningún Riesgo	0	0	0	1
Riesgo leve	1	1	1	1
Riesgo Moderado	2	1	2	2
Riesgo grave	7	7	7	5
No sabe	0	0	0	0
Consumo habitual de PBC				
Ningún Riesgo	0	0	0	0
Riesgo leve	0	1	0	0
Riesgo Moderado	0	0	1	0
Riesgo grave	8	8	8	9
No sabe	2	0	1	0
Total de Participantes	10	9	10	9

Se calcularon los totales de respuestas para cada opción para obtener una visión aproximada de la peligrosidad percibida de forma general en el consumo de sustancias psicoactivas y su posible variación luego de la intervención. Un 61% de los participantes del grupo de comparación antes de la intervención, percibía riesgo grave en el consumo de sustancias, pero luego de la intervención disminuye al 53%. El 8% de los participantes de este grupo consideraba de riesgo moderado el consumo de sustancias, sin embargo, luego de la intervención esta aumenta al 14%. Al agrupar ambas categorías por ser las de mayor nivel de percepción de peligrosidad, podemos decir que el grupo de comparación mantiene su percepción general en cuanto al consumo de sustancias psicoactivas post-tratamiento, siendo que pre tratamiento era de 69% y post tratamiento 67%.

En el grupo de tratamiento, la percepción de riesgo grave y riesgo moderado aumenta en la toma post-tratamiento, de 50% a 53% y de 8% a 20% respectivamente, disminuyendo considerablemente la percepción de riesgo leve de 22% a 7%, por lo que podemos decir que luego de la intervención de teatro con máscaras la percepción general de peligrosidad en el consumo de sustancias aumenta considerablemente (58% pre tratamiento y 73% post tratamiento).

Capítulo 6: Discusión

Contrariamente a lo esperado, no podemos afirmar que el dispositivo terapéutico de Teatro con Máscaras tenga efectos positivos sobre la autoestima, la regulación emocional y la sintomatología de sus participantes. Tampoco podemos afirmar que con este tratamiento se obtengan mejores resultados que el tratamiento que brinda usualmente el SIRPA. Sin embargo, es muy posible que no se encontraran resultados esperados por las limitaciones propias del estudio, ya que la muestra fue muy reducida (lo que incide negativamente en el poder de detectar efectos de la intervención), el tiempo de tratamiento fue bastante menor a lo planificado (menos de 5 meses), no se pudo mantener un co-coordinador fijo en cada centro y éstos eran en su mayoría educadores de trato directo o subdirectores, por lo cual la relación de poder entre éstos y los participantes fue una variable que pudo haber influido negativamente durante la intervención.

Hay que considerar además que si bien tanto el SCL-90R, como el DERS y el Coopersmith han confirmado buenos resultados en distintos estudios de resultados de tratamientos de adicciones (Da Silva, 2005a; Fox, Axelrod, Paliwal, Sleeper & Sinha, 2007; Dvorak, Sargent, Kilwein, Stevenson, Kuvaas, Williams, 2014; Taylor y Del Pilar, 1995; Olivari y Barra, 2005; Demirbas, Ilhan & Dogan, 2011; Pérez del Río, 2012; López, Becoña, Vieitez, Cancelo, Sobradelo, García, Senra, Casete & Lage, 2008; Weizman, Gelkopf, Melamed, Adelson, & Bleich, 2004; Sklar & Turner, 1999), en ninguno de los artículos encontrados se trabajaba con terapia a través del arte, y tampoco su población era adolescente privada de libertad. Otra consideración importante en los estudios a los que referimos, es que ninguno realizó una medición post tratamiento antes de los 6 meses. Por otro lado, para la observación externa (Cuestionario del Educador), la intervención tuvo muy buenos resultados una vez finalizada, he incluso mejor que la brindada usualmente por SIRPA; por lo que nos planteamos la posibilidad de que las técnicas para medir Autoestima, Regulación Emocional y Sintomatología, no fueran las apropiadas para este estudio, quizás porque dependen de la percepción subjetiva del participante sobre sí mismo, o quizás porque sus constructos teóricos y sus bases teóricas tienen poca relación con las de la intervención y entonces los constructos teóricos que mide pueden no ser exactamente los mismos; o simplemente porque no están validadas para población adolescente uruguaya privada de libertad con consumo de drogas.

En cuanto a la progresión en los estadios de cambio, si bien los resultados no son los esperados, lo que también podría estar influenciado por las limitaciones del estudio a las que referimos anteriormente y que detallaremos más adelante; en ambos grupos dos participantes avanzaron en su preparación para el cambio pero se dieron más retrocesos en la preparación para el cambio en el grupo de comparación que en el grupo de tratamiento

(un participante de diez en grupo de tratamiento, tres participantes de nueve en el grupo de comparación), lo que podría estar indicando que la intervención tuvo un efecto positivo en el mantenimiento de la motivación para cambiar las conductas adictivas. Prochaska, DiClemente & Norcross (1992) afirman que la motivación juega un papel decisivo a la hora de pensar en cambiar una conducta, y en aquellos primeros estadios del proceso donde aún no hay un compromiso real con el cambio, las estrategias motivacionales se vuelven fundamentales. Son varias las investigaciones que demuestran que en adolescentes infractores, hay una baja motivación para el cambio, y esto se relaciona con una baja adherencia a tratamiento y por lo tanto con resultados menos favorables (Prochaska, et. al. 1992). Por lo tanto los resultados observables en la escala URICA, aunque no significativos estadísticamente, tienden a apoyar la idea de que el Teatro con Máscaras puede ser una buena estrategia motivacional, que quizás con más tiempo de intervención y menos variabilidad en la coordinación, pudiera brindar mejores resultados en el avance de sus participantes en la preparación para el cambio de las conductas adictivas.

CONACE (2007), organismo predecesor del actual Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (Senda) en Chile, en sus Orientaciones Técnicas a los equipos de tratamiento del consumo de drogas dirigidos a adolescentes privados de libertad, ya marcaba la necesidad de estrategias motivacionales usando recursos expresivos para motivar la adherencia al tratamiento y reducir los efectos de prisionización. Uno de esos efectos, es el síndrome amotivacional, donde el adolescente no se deja interesar por nada, y se cierra cada vez más en su mundo interior, delegando su responsabilidad y creatividad en el entorno institucional, lo que se traduce en poca iniciativa, escasa creatividad para generar actividades agradables o constructivas, apegándose únicamente a las actividades obligatorias de la Institución (Segovia, 2002). De acuerdo a los resultados observados, podemos decir que el dispositivo grupal de Teatro con Máscaras, en la medida que mantiene la motivación para cambiar, mantiene también el interés en la actividad, la que se realiza con otros desde su propia creatividad y espontaneidad, por lo que estaría promoviendo la minimización de esta consecuencia de prisionización.

Ahora bien, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las conductas observadas por el educador en los participantes del grupo tratamiento luego de recibir la intervención en tres de las cuatro sub-escalas definidas por el Cuestionario del Educador. Podemos afirmar que mejoró significativamente el relacionamiento de los participantes tanto con sus pares como con los educadores (sub-escala Relacionamiento Interpersonal: $p=0.023$); los participantes mejoraron el sueño, la ingesta de comidas diarias y la higiene personal (sub-escala Autocuidado: $p=0.04$). Además, mejoraron la capacidad para reconocer rasgos positivos en sí mismos, la iniciativa para planificar y realizar actividades diarias, la capacidad para analizar las consecuencias de sus actos, como la

capacidad de diálogo y reflexión con otro frente a los problemas (sub-escala Capacidad Autorreflexiva: $p=0.001$). Aunque no llegó a ser estadísticamente significativa, la sub-escala Regulación Emocional, también mejoró ($p=0.07$), por lo tanto mejoró la motivación personal y el disfrute en la realización de actividades del centro (recreativas o no); disminuyó la presencia de auto y hetero agresiones, las expresiones de angustia, de rabia y el pasaje al acto; también se regularon las reacciones emocionales desproporcionadas para la situación que las generó.

Las personas privadas de libertad, suelen presentar reacciones emocionales desadaptativas, exageradas y desproporcionadas; presentan baja iniciativa, sumisión o en su defecto gran rebeldía frente a las figuras de autoridad, son muy frecuentes las autoagresiones y las peleas; les resulta muy difícil visualizar sus potencialidades, y suelen hablar desde sus carencias y sus defectos, se altera también la imagen corporal; viven en un aquí y ahora que no les permite proyectarse al futuro y además, son frecuentes los trastornos del sueño, de la alimentación, los problemas con la higiene personal y las privaciones sensoriales (González, 2001; Segovia 2002; CONACE 2007; UNICEF, 2008). De acuerdo a la observación externa del Educador, el dispositivo grupal de Teatro con Máscaras parece lograr reducir significativamente los síntomas del síndrome de prisionización. Algunos de los síntomas a los que refiere el Síndrome, tienen que ver con el adormecimiento de la capacidad de evaluación y de decisión, de análisis de consecuencias, de planificación, como también al adormecimiento (si no la aniquilación) de la posibilidad de elegir, de contactar con las propias emociones, las que están bajo la coraza que deben ponerse para adaptarse y sobrevivir (Segovia, 2002; Gussak, 2007a; Gussak. 2007b; Bennink, Gussak & Skowran, 2003), síntomas que se ven muy disminuidos de acuerdo a los resultados del Cuestionario del Educador en el grupo de tratamiento. Los resultados de la observación externa nos alientan a pensar que el dispositivo de Teatro con Máscaras puede lograr que la autoevaluación del adolescente cambie y con ella las etiquetas que lleva consigo, logra la expresión, el reconocimiento y comprensión de emociones, promueve el bienestar, el encuentro con uno y con el otro y disminuye los síntomas patológicos (Bennink, et. Al. 2003). No olvidemos además, que el concepto de autoevaluación va ligado al de autoestima, por lo que si se logran cambios en uno, pueden lograrse cambios en el otro (Brinkmann, Segure y Solar, 1989), logrando utilizar mejores estrategias de afrontamiento frente a los problemas (Sharma & Jagdev, 2012).

En las comparaciones en cuanto a las sub-escalas del Cuestionario del Educador entre el grupo de comparación y el de tratamiento, si bien las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas, luego del tratamiento el grupo que recibió teatro con máscaras obtuvo mejores puntuaciones medias al post test en las sub-escalas Relaciones Interpersonales, Regulación Emocional y Capacidad Autorreflexiva que el grupo de

comparación.

Se obtuvieron buenos resultados también en cuanto a la percepción que los participantes tienen de la peligrosidad en el consumo de las sustancias más habituales en nuestro medio (JND, 2010). Si bien este objetivo no fue planteado al inicio de la investigación, es pertinente su exploración pues está comprobada la estrecha relación entre el consumo problemático de sustancias y la percepción del riesgo al que se expone la persona que consume. Cuanto menor es la percepción del riesgo, mayor es la probabilidad de consumo (Gussak, 2003; Winters et. al., 2014; UNODC, 2014); la evidencia que demuestra que es una de las variables que más impacta en la iniciación y mantenimiento del consumo de drogas es contundente (García del Castillo, 2012).

Por lo tanto, no es posible plantearse una investigación de resultados de tratamiento, si no se piensa en evaluar la percepción del riesgo de sus participantes. Los resultados obtenidos en este aspecto son alentadores, porque cuando promediamos la percepción del riesgo de consumo de sustancias el grupo de comparación mantiene su percepción general pre-post tratamiento entre el 69% y el 67%, mientras que los participantes de la intervención de teatro con máscaras aumentaron su percepción de riesgo de manera considerable, 58% pre tratamiento y 73% post tratamiento. Por lo tanto, los resultados tienden a afirmar la idea de que el dispositivo de tratamiento es pertinente para trabajar la percepción del riesgo de consumo de sustancias y esto tiene estrecha relación con el consumo que sus integrantes puedan tener luego de la intervención.

6.1. Conclusiones y Recomendaciones

Con la intervención tal como fue implementada, no obtuvimos los resultados esperados, sin embargo fue posible observar algunos efectos positivos. En referencia a las preguntas iniciales de esta investigación:

1) ¿El dispositivo grupal de teatro con máscaras es una intervención que puede promover efectos positivos en población adolescente privada de libertad con consumo de alcohol y drogas desde una perspectiva de reducción de riesgos y daños?

El modelo de reducción de riesgos y daños tiene como objetivos principales llegar al mayor número de usuarios de drogas posible, incrementando las alternativas asistenciales y adaptándolas a los perfiles de los usuarios; incrementar la permanencia de los usuarios en los tratamientos (mejorar la adherencia al tratamiento), pues hay evidencia de que es un factor de mejor pronóstico; disminuir la morbilidad y mortalidad y minimizar el deterioro psicosocial (salud mental, delincuencia, marginalidad, conflictos familiares), mejorando la calidad de vida de los usuarios (JND, 2004). Por lo tanto, si bien los resultados no son

estadísticamente significativos, podemos afirmar que este dispositivo parece promover algunos efectos positivos en población adolescente privada de libertad con consumo de drogas porque mejora la adherencia al tratamiento, mejora la percepción de riesgo de los participantes y parece minimizar el deterioro social al minimizar las consecuencias de la prisionización.

2) ¿El dispositivo grupal de teatro con máscaras es una intervención que promueve más y mejores efectos en población adolescente privada de libertad con consumo problemático de alcohol y/o drogas que el tratamiento habitual brindado por SIRPA?

De acuerdo a la observación externa de los Educadores del SIRPA no podemos afirmar que el Teatro con Máscaras sea superior al habitual provisto por el SIRPA. Sin embargo, en cuanto a las dimensiones de Relacionamento interpersonal, Capacidad autorreflexiva y Regulación emocional, tal como fueron definidas en el Cuestionario del Educador, el dispositivo podría promover mejores resultados que el tratamiento habitual de SIRPA ya que se observan pequeñas mejorías en las sub-escalas, que en una muestra más numerosa podrían resultar estadísticamente significativas.

Entendemos que la muestra no es representativa de la población carcelaria de menores, por lo que no se pueden generalizar los resultados. Sin embargo, hay efectos positivos observables que nos alientan a continuar investigando. Para ello, resulta imprescindible contar con mayor apertura institucional y más recursos humanos y económicos, que permitan montar el dispositivo con una muestra mayor, con mayor tiempo de intervención (por lo menos 6 meses), menor variabilidad en la co-coordinación, y mejor calidad técnica de los co-coordinadores.

Se vuelve imprescindible la adaptación y validación de instrumentos de evaluación de tratamientos para la población uruguaya, que incluya también a la población privada de libertad. Esta población vive en un contexto que tiene efectos innegables en las conductas y habría que pensar si son comparables a la población general. Tal producción de técnicas es un deber que tiene la comunidad académica uruguaya con la población y es un obstáculo difícil de sortear, al realizar investigación de resultados.

6.2. Limitaciones

El dispositivo de Teatro con Máscaras se planificó con una duración total de 6 meses, en una frecuencia semanal de hora y media de duración, manteniendo constante día y horario con co-coordinadores del equipo técnico, fijos. Sin embargo, pese a que esto fuera acordado previamente a iniciar con las autoridades de cada Centro; no se pudo sostener. La intervención fue reducida a un tiempo total de 21 semanas (menos de 5

meses), en las que se realizaron 18 sesiones de tratamiento, pues se suspendieron encuentros por motivos ajenos a la investigación. La co-coordinación fue muy variable. En CMC se tuvo como co-coordinadora a la Psicóloga del Centro la mayor parte de la intervención, sin embargo, durante dos semanas, previo acuerdo con los participantes, cubrió su ausencia un educador de trato directo. En CEPRILI se designó como co-coordinador un subdirector del Centro, no estando disponible un Técnico del mismo en el horario prefijado, sin embargo, no pudo sostener el total de la intervención, por lo que la co-coordinación fue rotativa entre los 3 subdirectores del Centro. En DESAFIO, se acordó la co-coordinación de la tallerista de artes plásticas, sin embargo, abandonó luego de la primera semana de intervención, siendo sustituida por una de las Maestras, la que, por goce de licencia anual, se retira del grupo a los 2 meses y medio de iniciada la actividad. Finalmente la co-coordinación es cubierta por distintos educadores de trato directo, de acuerdo a disponibilidad del Centro en cada Sesión.

Cuando nos planteamos el proyecto, pensamos en una muestra no menor a 80 participantes (40 por grupo). Sin embargo, debido al tiempo acotado (12 meses) de la planificación inicial de la investigación y la escasez de recursos humanos y materiales para llevarla adelante, diezmaron esa posibilidad, quedándonos con una muestra de 35 participantes. En el transcurso de la intervención, casi la mitad de la muestra inicial se perdió (en menos de 5 meses), en la mayoría de los casos, por traslados de Centro o libertades. La dinámica que tiene nuestro sistema de responsabilidad penal, hace que esta variable sea incontrolable, por lo que se requiere de una muestra mayor para poder visualizar resultados significativos estadísticamente, lo que implica mayor cobertura de Centros (más recursos humanos y materiales). Por otro lado, las posibilidades reducidas de acceso a Colonia Berro- Canelones, dejaron fuera la posibilidad de acrecentar el número de participantes, pues de los 16 centros que conforman SIRPA, 8 están localizados en ella.

De los instrumentos utilizados para medir resultados, solo uno está adaptado y validado en población general y psiquiátrica uruguaya (SCL90-R), pero igualmente los datos del análisis factorial reportados por Najson (2008) muestran inconsistencias que llevan a la autora a pensar que el modelo teórico del instrumento original de 9 dimensiones de síntomas no se estaría replicando, recomendando un análisis factorial confirmatorio, revisar la redacción y la traducción del instrumento.

Referencias Bibliográficas

- Aguiar, M. (1998) *Teatro espontáneo y psicodrama*. Brasil: Agora.
- Aguiar, M. (2009) *Teatro de la anarquía un rescate del psicodrama*. Santiago de Chile: Quimantu.
- Alarcón, P. Vinet, E. y Salvo, S. (2005). Estilos de personalidad y desadaptación social durante la adolescencia. *Psyche* 14(1), 3-16. doi: 10.4067/S0718-22282005000100001
- Andrade, L. Q. (2000). *Terapias expresivas*. São Paulo: Vector.
- Asociación Civil Proyectos Culturales [PROCUL]. (2013, febrero). *Historia* (web). Recuperado en: http://www.procul.org.uy/web/?page_id=2545
- Axelrod SR, Perepletchikova F, Holtzman K, Sinha R. (2011). Emotion regulation and substance use frequency in women with substance dependence and borderline personality disorder receiving dialectical behavior therapy. Abstract. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 37(1):3742. doi: 10.3109/00952990.2010.535582.
- Becker, S. (2013) The Brown University child and adolescent Behavior letter. 29(5). DOI: 10.1002/cbl.20187
- Bennink J., Gussak D. & Skowran M. (2003) .The role of the art therapist in a Juvenile Justice setting The Arts in Psychotherapy. 30(3):163-173. DOI:10.1016/S0197-4556(03)00051-0.
- Boal, A. (2001). *Juego para actores y no actores*. Barcelona: Alba.
- Boal, A. (2004) *El arco iris del deseo*: Barcelona: Alba.
- Breiner MJ, Tuomisto L, Bouyea E, Gussak D & Aufderheide D. (2012) Creating an Art Therapy Anger Management Protocol for Male Inmates Through a Collaborative Relationship. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. ;56(7),1124-43. DOI: 10.1177/0306624X11417362
- Brinkmann, H., Segure, T. y Solar, M. (1989). Adaptación, estandarización y

elaboración de normas para el inventario de autoestima de Coopersmith.

Revista Chilena de Psicología 10(1), 63-71. Recuperado en:

<http://usuario.psicologia98.com/instrumentos-de-evaluacion/test-psicometricos/inventario-de-autoestima-de-coopersmith>

Buchbinder, M. (1993). *Poética del desenmascaramiento Caminos de la cura*. Argentina: Planeta nueva conciencia.

Buchbinder, M. (2001). *Poética de la Cura*. Argentina: Letra Viva.

Cantú M., Verduzco M., Acevedo M. y Cortés J. (1993) Validez y confiabilidad del inventario de autoestima de Cooper Smith para adultos, en población mexicana.

Revista Latinoamericana de Psicología. 25(2),247-255. Recuperado en:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80525207>

Cañal Santos F. y Cañal Ruiz C.(2001). *El mimo en la escuela*. Junta de Andalucía.

Consejería de Educación y Ciencia. Recuperado en:

<http://redined.mecd.gob.es/xmlui/bitstream/handle/11162/3285/00120082000203.pdf>

Casullo, M.M. (1999/2004). *El inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis*.

Adaptación UBA-CONICET. Bs.As.: Autor. Recuperado en:

<http://www.aidep.org/uba/Bibliografia/SCL-90R2004.pdf>

Casanova dos Reis, A. (2014). Arteterapia: a Arte como Instrumento no Trabalho do Psicólogo. *Psicologia Ciência e Profissão*, 34(1) 142-157. Recuperado en:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=282031845011>

Código de la Niñez y la Adolescencia del Uruguay. Ley N° 17.823 (2004)

Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes [CONACE] (2007). *Orientaciones técnicas. Tratamiento del consumo problemático de alcohol y drogas y otros trastornos de salud mental en adolescentes infractores de ley*. Chile: Autor.

Control y prevención de lavados de activos y del financiamiento del terrorismo. Ley N° 18.494 (2009).

Cooper, J. L., O'Shea, A. E., Atkinson, M. J., & Wade, T. D. (2014). Examination of th difficulties in emotion regulation scale and its relation to disordered eating in a young

female sample. *International Journal Of Eating Disorders*, 47(6), 630-639.

doi:10.1002/eat.22278

Coopersmith, S. (1959). A method for determining types of self-esteem. *Journal of Abnormal and Social Psychology*. 59; 87-94.

Corbett, B. A., Gunther, J. R., Comins, D., Price, J., Ryan, N., Simon, D., & Rios, T. (2011). Brief report: theatre as therapy for children with autism spectrum disorder. *Journal Of Autism And Developmental Disorders*, 41(4), 505-511. doi:10.1007/s10803-010-1064-1

Czischke, M. I. (2010). *Psicoterapia en Teatro con Máscaras: Una experiencia desde la pedagogía teatral con jóvenes infractores de ley privados de libertad y con consumo problemático de drogas del Programa CreSer Bíobío Fundación Tierra de Esperanza* (Tesis de Maestría sin publicar). Universidad del Desarrollo, Concepción, Chile.

Da Silva, M. (2005a). *Avaliação da motivação para mudança nos comportamentos adictivos*. Trabajo presentado en el 30º Congreso Interamericano de Psicología- Hacia una psicología sin fronteras, Junio, Buenos Aires.

Da Silva, M. (2005b). *Avaliação e Intervenção Breve em Adolescentes usuários de drogas*. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 1,69-74.

Da Silva, M., Laranjeira, R., Brasil, R., Leal, R. & Di Giorgio, D. (2003). *Estudo dos estágios motivacionais em sujeitos adultos dependentes do álcool*. *Psicología: Reflexão e Crítica*, 16 , 265-270.

Decreto-Ley Investigación con Seres Humanos. Decreto CM/515 (2008).

Decreto-Ley Nº 14294 (1974).

Demirbas, H., Ilhan, I. O., & Dogan, Y. B. (2011). Assessment of the Mode of Anger Expression in Alcohol Dependent Male Inpatients. *Alcohol & Alcoholism*, 46(5), 542-546. doi:10.1093/alcalc/agr056

Derogatis, L. R. (2004). *SCL-90-R. Lista de Síntomas-90-(Revisada)*. USA: NCS Pearson, Inc.

DiClemente, C.C., Schlundt, D., & Gemmell, L. (2004). *Readiness and stages of change*

in addiction treatment. American Journal on Addictions, 13(2), 103-119.

- Díaz, J. (2001). El modelo de los estadios del cambio en la recuperación de las conductas adictivas. *Escritos de Psicología (5)*, 21-35. Recuperado en: http://www.esritosdepsicologia.es/descargas/revistas/num5/esritospsicologia5_analisis2.pdf
- Dvorak, R. D., Sargent, E. M., Kilwein, T. M., Stevenson, B. L., Kuvaas, N. J., & Williams, T. J. (2014). Alcohol use and alcohol-related consequences: associations with emotion regulation difficulties. *American Journal Of Drug & Alcohol Abuse, 40(2)*, 125-130. doi:10.3109/00952990.2013.877920
- Estupefacientes. Ley N° 17.016 (1998).
- Fallon, S. (2012). Sex, Gender, and the Theatre of Self: Acting Theory in (Gestalt) Psychotherapy with a Transsexual Client. *Gestalt Review, 16(2)*, 162-180.
- Fernández, W. (2008). *Cultura y potencialización del vínculo adictivo*. JND. Recuperado en: http://www.infodrogas.gub.uy/html/material-educativo/documentos/REVISTA_DROGAS_4.pdf
- Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (2008). Privados de Libertad. La voz de los Adolescentes. Recuperado en: http://www.unicef.org/uruguay/spanish/uy_media_Privados_de_libertad_Voz_Adolescentes.pdf
- Fowler, C. J., Charak, R., Elhai, J. D., Allen, J. G., Frueh, C. B., & Oldham, J. M. (2014). Construct validity and factor structure of the difficulties in Emotion Regulation Scale among adults with severe mental illness. *Journal Of Psychiatric Research, 58*175-180. doi:10.1016/j.jpsychires.2014.07.029
- Fox, H., Axelrod, S., Paliwal, P., Sleeper, J., & Sinha, R. (2007). Difficulties in emotion regulation and impulse control during cocaine abstinence. *Drug & Alcohol Dependence, 89(2/3)*, 298-301. doi:10.1016/j.drugalcdep.2006.12.026 393-404. doi:10.1007/s10862-012-9292-7

- García del Castillo, J. (2012). Concepto de Percepción de Riesgo y su repercusión en las adicciones. *Salud y drogas*, 12(2), 133-151. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83924965001#>
- George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference*. 11.0 update (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Gómez-Simón, I., Penelo, E., & de la Osa, N. (2014). Factor structure and measurement invariance of the Difficulties Emotion Regulation Scale (DERS) in Spanish adolescents. *Psicothema*, 26(3), 401-408. doi:10.7334/psicothema2013.324
- González, A. (2001). Consecuencias de la Prisionización. *Revista Cenipec* (20), 9-22. Recuperado en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/23516/2/articulo1-20.pdf>
- González de Rivera, J. L., De las Cuevas, C, Rodríguez, M. & Rodríguez F. (2002). *Cuestionario de 90 síntomas SCL-90-R de Derogatis, L.* Adaptación española. Madrid: TEA Ediciones.
- Goodwin, C.J. (2010). *Research in Psychology. Methods and Design*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- Gratz K. and Roemer L. (2004) Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-55.
- Gussak, D. (2000). Book Reviews. *American Journal Of Art Therapy*, 38(3), 92.
- Gussak, D. & Ploumis-Devick, E. (2004). Creating wellness in forensic populations through The arts: A proposed interdisciplinary model. *Visual Arts Research*, 29(1), 35-43.
- Gussak, D. (2006). Effects of art therapy with prison inmates: A follow-up study. *The Arts in Psychotherapy*, 33(3), 188-198.
- Gussak, D. (2007a). The effectiveness of art therapy in reducing depression in prison populations. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 5(4). 444-460
- Gussak, D. (2007b). The deviant adolescent: Creating healthy interactions and re-labeling

through art therapy. In D. Arrington (Ed.) *Art, Angst, and Trauma: Right Brain Interventions with Developmental Issues*. Springfield, Ill: Charles, C. Thomas, Publishers.

Gussak, D. (2009). The effects of art therapy on male and female inmates: Advancing the research base. *The Arts in Psychotherapy*, 36(1), 5-12. (PS)

Hernández a. (2000). Teatro en hospital parcial. *psiquiatria.com*. 4(1). Recuperado en: <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/view/548/>

Hervás, G. y Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y Salud* 19(2), 139-156. Recuperado en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000200001

Hills, P. R., Francis, L. J., & Thomas, E. (2007). The Psychometric Properties and Factor Structure of a Welsh Translation of the School Short Form of the Coopersmith Self-Esteem Inventory. *Research In Education*, 78103-109.

Instituto de responsabilidad penal adolescente. Ley N° 18.771 (2011).

Jiménez, T. I., Musitu, G., & Murgui, S. (2008). Funcionamiento familiar y consumo de sustancias en adolescentes: el rol mediador de la autoestima. (Spanish). *International Journal Of Clinical Health & Psychology*, 8(1), 139-151. Recuperado en: <http://eds.a.ebscohost.com.proxy.timbo.org.uy:443/ehost/detail/detail?sid=de65b56f-d6f0-49f4-92d6-ee9a1193bd5b%40sessionmgr4003&vid=0&hid=4210&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=31184348>

Junta Nacional de Drogas [JND] (2004). *Reducción de riesgos y daños. Guía para profesionales y educadores*. Montevideo: Frontera.

JND (2006). *Cuarta encuesta nacional de hogares sobre consumo de drogas*. Recuperado en: http://www.infodrogas.gub.uy/html/informesdocumentos/docs/Presentacion_4a_Encuesta_Hogares_Drogas.pdf

JND (2010) *Estudio sobre consumo de drogas y factores asociados en población juvenil con*

problemas judiciales. Informe de Investigación. Documento Inédito.

JND (2011a). *Estrategia nacional para el abordaje del problema drogas 2011 – 2015*.

Recuperado en: http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/jnd_estrategia.pdf

JND (2011b). *Sobre ruidos y nueces. Consumo de drogas legales e ilegales en la*

adolescencia. Recuperado en:

http://www.infodrogas.gub.uy/html/publicaciones/docs/201107_sobre_ruidos_y_nueces.pdf

JND (2011c). *Abordaje del uso problemático de drogas en varones privados de libertad. Un modelo posible*. Autor.

JND, (2011d). *Drogas: Más información menos riesgos*. “Problema drogas, compromiso de todos”. (10 ed.). Montevideo: Autor.

JND (2012a). *Quinta encuesta nacional en hogares sobre consumo de drogas*. Recuperado en: http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/v_enc_hogares_2011.pdf

JND (2012b). *Experiencias de trabajo en drogas con recursos expresivos*. Montevideo: Autor.

JND (2014). *Del síntoma a la expresión. Recursos expresivos en promoción de salud, prevención, atención y tratamiento de consumos problemáticos de drogas*. Montevideo: Autor.

JND (2014a). *Sexta Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media*. Recuperado en:

http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/vi_estudiantes_2014.pdf

JND (2014b) *Ley N° 19.172. Regulación y Control del Cannabis/Uruguay*. Montevideo: Autor.

JND (2015) *Sistema de Gestión de Usuarios en atención y tratamiento por consumo problemático de Drogas: tratamiento.registra* .INFORME XIV. Documento Inédito.

John, C. (2013). Catharsis and Critical Reflection in IsiZulu Prison Theatre. *Matatu: Journal For African Culture & Society*, (44), 85-96. Recuperado en:

<http://eds.a.ebscohost.com.proxy.timbo.org.uy:443/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=468>

[a6fbc-499b-4874-8e49-397a56cb453a%40sessionmgr4002&vid=0&hid=4211](#)

Kantowitz, B.H., Roediger III, H.L., & Elmes, D.G. (2009). *Experimental Psychology*.

Ninth Edition. Belmont, CA: Wadsworth Cengage Learning.

Latner, J. (1999). *Fundamentos de la Gestalt* (2ª ed.). Santiago de Chile: Cuatro

Vientos.

Lecoq, J. (2004). *El Cuerpo Poético* (2a ed.). Barcelona: Alba.

Lefio L., Villarroel S., Rebolledo C., Zamorano P. & Rivas K. (2013). Intervenciones eficaces

en consumo problemático de alcohol y otras drogas. *Revista Panamericana de Salud Pública*.

34(4), 257-266. Recuperado en:

http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892013001000007&lng=en&tlng=es.

López, Becoña, Vieitez, Cancelo, Sobradelo, García, Senra, Casete, Lage, (2008). ¿Qué

Ocurre a los 24 meses del inicio del tratamiento en una muestra de personas con dependencia de la cocaína?. *Adicciones*, 20(4), 347-355. Recuperado en:

<http://eds.a.ebscohost.com.proxy.timbo.org.uy:443/ehost/detail/detail?sid=a73c8396-4c2b-4202-8fce->

[4e18bc30aa90%40sessionmgr4005&vid=0&hid=4208&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=sih&AN=37047603](#)

Marín Tejada, M., Robles García, R., González-Forteza, C. & Andrade Palos, P. (2012).

Propiedades psicométricas de la escala "Dificultades en la Regulación Emocional" en español (DERS-E) para adolescentes mexicanos. *Salud Mental*, 35(6) 521-526.

Recuperado en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58225137010>

Marinovic, M. (2003). *Arte-terapia*. Escuela de Post grado, Facultad. de Artes, Universidad

De Chile. Santiago de Chile:Autor.

Mask. (2013). *Columbia Electronic Encyclopedia, 6th Edition*, 1. Recuperado

en:<http://eds.b.ebscohost.com.proxy.timbo.org.uy:443/ehost/detail/detail?sid=ed4d5b02-ff41-450e-bc83->

5cfbe61bf70a%40sessionmgr111&vid=0&hid=114&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1la
G9zdC1saXZl#db=a9h&AN=39020730

- Maturana, H. (2007). Adolescentes infractores de la ley y consumo de drogas: una realidad En Chile. *Actas de Reuniones Clínicas Medwave*;7(8):e2380 doi: 10.5867/medwave.2007.08.2380
- McConaughy, E., Prochaska, J. y Velicer, W. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20; 368-375. doi: 10.1037/h0090198
- Milán, A.M. (1997, setiembre). *Contextos Obligados: Propuestas para la Intervención en Contextos Judiciales*. Instituto de Terapia Familiar de Santiago. Recuperado en: http://www.fundaciondem.supersitio.net/files/file_descargas/66509_15674_contextos_obligados.pdf
- Miller, C. (2013). Integrating Two Models for the Treatment of Addictions: Souldrama and 12-Step Recovery in Action. *Journal Of Groups In Addiction & Recovery*, 8(2), 81-111. doi:10.1080/1556035X.2011.614525
- Mino, A. (1993). *Las estrategias terapéuticas en el abuso y dependencia de drogas*. Recuperado en: http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/mino_sersoc.pdf
- Mitsopoulou, E., Kafetsios, K., Karademas, E., Papastefanakis, E., & Simos, P. (2013). The Greek Version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale: Testing the Factor Structure, Reliability and Validity in an Adult Community Sample. *Journal Of Psychopathology & Behavioral Assessment*, 35(1), 123-131. doi:10.1007/s10862-012-9321-6
- Morás, L. E. (2012). *Los hijos del Estado* (2ª Ed.) Montevideo, SERPAJ.
- Muzinic L., PenicS Z:, Vukota L., Zarkovic T. (2011). The Treatment of Drug Addicts in the Prison System. Review Paper. *Alcoholism*. 47(2), 111-126.
- Najson, S. (2008). *Validación del Symptom Checklist-90-R para la población uruguaya*. Documento inédito, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.
- Naumburg, M. (1991). Arteterapia: seu escopo e função. In E. F. Hammer (Org.), *Aplicações*

- clínicas dos desenhos projetivos* (pp.388-392). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Oaklander, V. (1996). *Ventanas a nuestros niños: terapia gestáltica para niños y adolescentes* (3ª ed.). Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Olivari Medina, C. & Barra Almagiá, E. (2005). Influencia de la Autoeficacia y la Autoestima En la Conducta de Fumar en Adolescentes. *Terapia Psicológica*, 23(2) 5-11.
Recuperado en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78523201>
- Okhakhu, M & Evawoma-Enuku,U. (2011). Enhancing correctional education through community theatre: the benin prison experience. *Education*.131(3), 525-532.
Recuperado en:
<http://eds.a.ebscohost.com.proxy.timbo.org.uy:443/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=6f290fe5-5628-490c-8b16-dded53720257%40sessionmgr4005&vid=0&hid=4211>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2014) Salud para los adolescentes del mundo. Una segunda oportunidad en la segunda década. *Resumen*. Recuperado en: http://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/WHO_FWC_MCA_14.05_spa.pdf?ua=1
- ONU (1972) *Convención única de 1961 sobre estupefacientes*. Recuperado en: https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/1961-Convention/convention_1961_es.pdf
- Palidofsky, M., & Stolbach, B. C. (2012). Dramatic Healing: The Evolution of a Trauma Informed Musical Theatre Program for Incarcerated Girls. *Journal Of Child & Adolescent Trauma*, 5(3), 239-256. doi:10.1080/19361521.2012.697102
- Pellicciari, A., Rossi, F., Iero, L., Di Pietro, E., Verrotti, A., & Franzoni, E. (2013). Drama Therapy and Eating Disorders: A Historical Perspective and an Overview of a Bolognese Project for Adolescents. *Journal Of Alternative & Complementary Medicine*, 19(7), 607-612. doi:10.1089/acm.2011.0623
- Pérez del Río, F. (2012). En qué cambian los pacientes drogodependientes a los seis meses De tratamiento en la comunidad terapéutica. (Spanish). *Revista De La Asociación Española De Neuropsiquiatría*, 32(114), 287-303. doi:10.4321/S0211-

57352012000200006

Perez, J., Venta, A., Garnaat, S., & Sharp, C. (2012). The Difficulties in Emotion Regulation Scale: Factor Structure and Association with Nonsuicidal Self-Injury in Adolescent Inpatients. *Journal Of Psychopathology & Behavioral Assessment*. 34(3), 393-404.

Recuperado en: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10862-012-9292-7#page-1>

Perls, F. (2013) El enfoque gestalt y testigos de terapia. Santiago de Chile: Cuatro Vientos Editorial.

Presupuesto Nacional período 2010 – 2014. Ley N° 18.719 (2011).

Prochaska, J. & DiClemente, C. (1983). *The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy*. Illinois: Dorsey Press

Prochaska J., DiClemente C. y Norcross J. (1992). In Search of How People Change. Applications to addictive behaviors *American Psychological As.*;47(9):1102-14.

Recuperado en:

<http://www.uri.edu/research/cprc/Publications/PDFs/ByTitle/In%20Search%20of%20How%20People%20Change%20Applications%20to%20Additive%20Behaviors.pdf>

Protección de datos personales y acción de "habeas data". Ley N°18331 (2008).

Quevedo-Blasco, R., Diaz-Piedra, C. y Guglielmi, O. (2010). Análisis comparativo de las publicaciones sobre drogodependencias en las revistas de psicología clínica y psiquiatría iberoamericanas indexadas en el Journal Citation Reports.

Salud Mental. 33(2) 133-143. Recuperado en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252010000200004&script=sci_arttext

Rendición de cuentas y balance de ejecución presupuestal ejercicio 2005. Ley N°18046 (2006).

Rhyne, J. (2001). The Gestalt Approach to Experience, Art, and Art Therapy. *American Journal Of Art Therapy*, 40(1), 109. Recuperado en:

<http://eds.b.ebscohost.com.proxy.timbo.org.uy:443/ehost/detail/detail?sid=35c615ead8b3-4ab4-81cd-33ee4623acc7%40sessionmgr114&vid=0&hid=104&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT11aG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=5032063>

Roth, E. y Exeni, S. (2010) *Exploración de la Validez y la Confiabilidad del Instrumento en la Medición de la Disposición al Cambio en Fumadores Habituales*. *Ajayu* 8(2), 101-121. Recuperado en:

<http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/ajayu/v8n2/v8n2a5.pdf>

Ruganci, R. N., & Gençöz, T. (2010). Psychometric properties of a Turkish version of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal Of Clinical Psychology*, 66(4), 442-455. doi:10.1002/jclp.20665

Rubin, J. A. (2001). *Approaches to art therapy: Theory and technique*. (2 ed.) USA: Psychology Press. Recuperado en: Google Books.

Sagardoy, R. C., Solórzano, G., Morales, C., Kassem, M. S., Codesal, R., Blanco, A., & Gallego Morales, L. T. (2014). Procesamiento emocional en pacientes TCA adultas vs. adolescentes. Reconocimiento y regulación emocional. (Spanish). *Clinica Y Salud*, 25(1), 19-37. doi:10.5093/cl2014a1

Segovia, J. (2002). *Consecuencias de la prisionización*. Cuaderno de Derecho Penitenciario, 1-26. Recuperado en:

http://www.juntadeandalucia.es/averroes/iesalfonso_romero_barcojo/actividades_tic/trabajos_profesorado/unidades_didacticas/religion/carcel/fichero-00.pdf

Sharma, M., & Jagdev, T. (2012). Use of Music Therapy for Enhancing Self-esteem among Academically Stressed Adolescents. *Pakistan Journal Of Psychological Research*, 27(1), 53-64.

Sintes, R. (1995). *Aquí y Ahora. El Psicodrama*. Montevideo: Roca Viva.

Sistema de prevención y control del lavado de activos y de la financiación del terrorismo. Ley N° 17.835 (2004).

Sistema de Responsabilidad Penal Adolescente [SIRPA] (2014). Revista N°1. Montevideo:

Autor.

Sklar, S. M., & Turner, N. E. (1999). A brief measure for the assessment of coping self Efficacy among alcohol and other drug users. *Addiction*, 94(5), 723-729.

doi:10.1080/09652149933531

Slayton, S. C., D'Archer, J. & Kaplan, F. (2010). Outcome studies on the efficacy of art therapy: A review of findings. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 27(3), 108-118. Recuperado en:

<http://www.arttherapy.org/upload/outcomes.pdf>

Spas, Ramsey, Paiva and Stein (2012). Substance Abuse: Research and Treatment All Might Have Won, But Not All Have the Prize: Optimal Treatment for Substance Abuse Among Adolescents with Conduct Problems. Review. *Substance Abuse: Research and Treatment* 6,141–155. doi: 10.4137/SART.S10389

Tejeda, M. M., García, R. R., González-Forteza, C., & Palos, P. A. (2012). Propiedades psicométricas de la escala "Dificultades en la Regulación Emocional" en español (DERS-E) para adolescentes mexicanos. (Spanish). *Salud Mental*, 35(6), 521-526.

Tett, L., Anderson, K., McNeill, F., Overy, K., & Sparks, R. (2012). Learning, Rehabilitation And the Arts in Prisons: A Scottish Case Study. *Studies In The Education Of Adults*, 44(2), 171-185. Recuperado en:

<http://eds.a.ebscohost.com.proxy.timbo.org.uy:443/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=fb0031f8-5c35-4df2-a1ec-52d05f5fdc24%40sessionmgr4005&vid=0&hid=4211>

Taylor D yDel Pilar J. (1995). Autoestima, Ansiedad y Consumo de drogas.

Revista de Toxicomanías.(2). Recuperado en: http://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/RET02_2.pdf

Timken (2007). *Colorado Alcohol and Drug Abuse Division (ADAD) approved evaluation instrumentation for substance using adolescents and adults*. Recuperado en: www.cdhs.state.co.us/.../ScreeningandAssessmentCompendium012008.doc

Trepal-Wollenzier, H. C., & Wester, K. L. (2002). The Use of Masks in Counseling: Creating Reflective Space. *Journal Of Clinical Activities, Assignments & Handouts In*

Psychotherapy Practice, 2(2), 123.

Trochim, (2006). *The Nonequivalent Groups Design* (web). Recuperado en:

<http://www.socialresearchmethods.net/kb/quasnegd.php>

Trujols (2004). *Stages of change in eating disorders: considerations about its*

conceptualization and assessment. *Actas Esp. Psiquiatría* 32 (3). P. 184 – 186.

Recuperado en: www.arsxxi.com/pfw_files/cma/.../2004/03/111030401840186a.pdf

Ulman, E. (1992). Art therapy: Problems of definition. *American Journal of Art Therapy*.

30(3). Recuperado en: Academic Search Complete.

Ulman, E. (2001). ART THERAPY: PROBLEMS OF DEFINITION. *American Journal Of Art*

Therapy, 40(1), 16- . Recuperado en:

<http://eds.b.ebscohost.com.proxy.timbo.org.uy:443/ehost/detail/detail?sid=b62f1916->

1ca8-41e2-bc8b-

00f8816d6531%40sessionmgr111&vid=0&hid=104&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1la

G9zdC1saXZI#db=a9h&AN=5031970

UNICEF (2010) *Justicia Penal Juvenil*. Autor. Recuperado en:

http://www.unicef.org/uruguay/spanish/Justicia_penal_juvenil2010_FINAL.pdf

University of Maryland, Baltimore County [UMBC] (s.f.). *Overview Of The URICA*. (Web).

Recuperado en: <http://habitslab.umbc.edu/urica/>

United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC] (2010). *La relación droga y delito*

en adolescentes infractores de la ley. La experiencia de Bolivia, Chile,

Colombia, Perú y Uruguay. Quinto informe conjunto. Recuperado en:

http://www.unodc.org/documents/peruandecuador/Publicaciones/La_Relacion_Droga.pdf

UNODC (2011). *World Drug Report 2011*. Recuperado en:

<http://www.unodc.org/documents/data-and->

[analysis/WDR2011/World_Drug_Report_2011_ebook.pdf](http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2011/World_Drug_Report_2011_ebook.pdf)

UNODC (2012). *Informe Mundial sobre las Drogas 2012*. Recuperado en:

<http://www.unodc.org/documents/data-and->

analysis/WDR2012/WDR_2012_Spanish_web.pdf

UNODC (2014). *World Drug Report 2014*. Recuperado en:

http://www.unodc.org/documents/wdr2014/World_Drug_Report_2014_web.pdf

Vallejos, M.; Orbegoso, C. y Capa, W. (2007). Escala de evaluación del cambio de la

Universidad de Rhode Island (URICA): Validez y confiabilidad en

Drogodependientes. *Revista de Psicología UCV* (4), 52 – 59. Recuperado en:

http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/rev_psicologia_cv/v09_2007/pdf/a05.pdf

Vasconcellos, Erika Antunes, & Giglio, Joel Sales. (2007). Introdução da arte na

psicoterapia: enfoque clínico e hospitalar. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 24(3),

375-383. Recuperado en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2007000300009>

Visser, J. (2013). Space and Involvement. *Matatu: Journal For African Culture & Society*,

(43),161-173. Recuperado en:

<http://eds.a.ebscohost.com.proxy.timbo.org.uy:443/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=eb665510-c0f3-4f68-a494-ac19acc58730%40sessionmgr4002&vid=0&hid=4211>

Weizman, T., Gelkopf, M., Melamed, Y., Adelson, M., & Bleich, A. (2004). Cannabis abuse is

Not a risk factor for treatment outcome in methadone maintenance treatment: a 1-year

prospective study in an Israeli clinic. *Australian & New Zealand Journal Of Psychiatry*,

38(1/2), 42-46. doi:10.1111/j.1440-1614.2004.01296.x

Winters, K. C., Tanner-Smith, E. E., Bresani, E., & Meyers, K. (2014). Current advances in

The treatment of adolescent drug use. *Adolescent Health, Medicine & Therapeutics*,

5199-209. doi:10.2147/AHMT.S48053

Wong, C. F., Silva, K., Kecojevic, A., Schrage, S. M., Bloom, J. J., Iverson, E., & Lankenau,

S.E. (2013). Coping and emotion regulation profiles as predictors of nonmedical

prescription drug and illicit drug use among high-risk young adults. *Drug & Alcohol*

Dependence, 132(1/2), 165-171. doi:10.1016/j.drugalcdep.2013.01.024

Zambrano Constanzo, A. & Pérez-Luco Arenas, R. (2004). Construcción de Identidad en

Jóvenes Infractores de Ley, una Mirada desde la Psicología Cultural. *Revista de*

Psicología, XIII(1) 115-132. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26413109>

APENDICES

ESTUDIO SOBRE MENORES INFRACTORES ATENDIDOS EN INTERJ, INAU.

Fecha

Código Participante

Tipo de Centro

- Internados con Privación de Libertad cautelares
- Internados con Privación de Libertad Sentenciados

Delito/s cometidos (según legajo) _____

Fecha de Ingreso al SIRPA por último delito (según legajo)

¿Cuántas veces ha estado privado de libertad? (según legajo)

1) ¿Has sido internado anteriormente en algún Hogar de Protección de INAU? SI NO

2) ¿Has sido internado anteriormente en algún Hogar de INAU por infracción? SI NO

3) ¿Cuántos años tienes?

4) Hasta qué año aprobaste de...? Primaria

Secundaria

UTU

Otro (especificar)

5) ¿Estudias actualmente? SI NO

5.1) ¿Por qué dejaste de estudiar? (tarjeta A)

- 1. no me gustaba
- 2. mis padres no lo consideraban necesario
- 3. me mudé o me quedaba lejos
- 4. tenía que trabajar
- 5. tenía que mendigar

Modificación realizada por la Lic. en Psic. Fara de Avila del Cuestionario utilizado en el Estudio sobre menores infractores atendidos en INTERJ, del Observatorio Nacional de Drogas, JND, 2009.

- 6. me fui de mi casa
- 7. no tenía dinero para los materiales
- 8. fui expulsado/a
- 9. otros (especificar)

6) ¿Estabas asistiendo regularmente al colegio antes de cometer el último delito por el que te detuvieron? SI NO

6.1) ¿A qué edad dejaste de ir regularmente al colegio?

7) Pensando en el mes anterior a ingresar a este centro, que era lo que hacías durante el día? (se pueden marcar varios):

- 1. Andar por la calle. Mirar lo que pasa en ellas.
- 2. Realizar deportes (fútbol, etc.)
- 3. Trabajar
- 4. Mendigar
- 5. Ir a la iglesia
- 6. Estudiar en el liceo
- 7. Estudiar un oficio
- 8. Vender cosas (especificar)
- 9. Cuidar autos
- 10. Limpiar parabrisas
- 11. Vender drogas
- 12. Otros (especificar)

8) Antes de cometer el último delito por el que te detuvieron, ¿con cuáles de las siguientes personas vivías? (Preg. x cada persona)(si vive solo va todo NO)

- 1. Padre biológico
- 2. Madre biológica
- 3. Pareja de tu padre
- 4. Pareja de tu madre

Modificación realizada por la Lic. en Psic. Fara de Avila del Cuestionario utilizado en el Estudio sobre menores infractores atendidos en INTERJ, del Observatorio Nacional de Drogas, JND, 2009.

- 5. Hermanos de 18 años o más
- 6. Hermanos menores de 18 años
- 7. Otro familiar de 18 años o más (tío, abuelo, etc.)
- 8. Otro familiar menor de 18 años
- 9. Otras personas que no fueran familiares
- 10. Situación de calle

Contesta las siguientes preguntas siempre pensando en lo que ocurría antes de cometer el último delito por el que te detuvieron...

9) ¿Tienes hijos? SI NO

10) ¿Cuántos hermanos son en tu familia, incluyéndote a ti mismo? (Encuestador: hijo único=1, incluir hermanastros si los considera como hermanos)

11) Y, ¿qué número de hermano eres tú? (Encuestador: si es el mayor poner un 1, si es el segundo poner 2, etc.)

12) ¿Trabajabas remuneradamente, es decir, recibías dinero por algún trabajo?

- 1. Sí, trabajaba todo el día... 8 o más horas
- 2. Sí, trabajaba partes del día u ocasionalmente
- 3. No

12.1) ¿En qué trabajabas?

13) Si no estabas en el colegio o trabajando, ¿por lo general estabas en tu casa, o te quedabas dando vueltas por ahí, en la calle?

- 1. En la casa
- 2. Dando vueltas por ahí, en la calle

14) Y cambiando de tema, ¿has probado alguna vez en la vida (...)?

Modificación realizada por la Lic. en Psic. Fara de Avila del Cuestionario utilizado en el Estudio sobre menores infractores atendidos en INTERJ, del Observatorio Nacional de Drogas, JND, 2009.

14.1) (Encuestador: preguntar cuando responde 'Si' en p.14) Y, ¿qué edad tenías cuando probaste por primera vez (...)?

	SI	NO	Edad
1. Cigarros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
2. Alcohol (no consideres cuando te dieron a probar siendo más chico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
3. Marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
4. Cocaína (incluir también nevado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
5. Pasta base	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
6. Inhalables como neopren, tolueno, éter, acetona, pinturas, bencina, parafina, solución.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
7. Tranquilizantes sin receta médica como clonazepam, alprazolam, lorazepam, valium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
8. Estimulantes sin receta médica como anfetaminas (ritalin) o metaanfetaminas (cicdrin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
9. Otra (Encuestador: especificar tal cual la nombra)	<input type="text"/>		

15) ¿Cuáles de estos motivos representan mejor las razones por las que has usado drogas? (Leer alternativas y marcar todas las que correspondan)

- 1. Para relajarte y olvidarte de tus problemas
- 2. Para saber de qué se trataba
- 3. Para pasarlo bien con tus amigos
- 4. Por aburrimiento, no tenías nada que hacer
- 5. Por rabia y frustración
- 6. Por soledad/abandono de alguien que querías
- 7. Por rebeldía
- 8. Otro (Especificar)

16) ¿Alguna vez en tu vida hubo periodos en que llegaste a (...)?

- 1. Tomar alcohol todos los días o casi todos los días SI NO

Modificación realizada por la Lic. en Psic. Fara de Avila del Cuestionario utilizado en el Estudio sobre menores infractores atendidos en INTERJ, del Observatorio Nacional de Drogas, JND, 2009.

- 2. Fumar marihuana todos los días o casi todos los días
- 3. Consumir cocaína todos los días o casi todos los días
- 4. Consumir pasta base todos los días o casi todos los días

17) Alguna vez en tu vida...

- 1. ¿Has cometido algún delito para comprar o conseguir droga? SI NO
- 2. Y, ¿alguna vez has cometido algún delito drogado?
- 2.1. Usando qué droga. (*)
- 2.2. ¿Lo habrías hecho si no hubieses estado drogado?
- 3. Y, ¿has cometido algún delito bajo los efectos del alcohol?
- 3.1. ¿Lo habrías hecho si no hubieses estado bajo los efectos del alcohol?

() anotar todas y después se arma código*

18) Pensando en ese último delito por el que te detuvieron...

- 1. ¿Lo hiciste para comprar o conseguir droga? SI NO
- 2. Y, ¿estabas bajo los efectos del alcohol?
- 2.1. Lo habrías hecho si no hubieses estado bajo los efectos del alcohol?
- 3. ¿Estabas drogado?
- 3.1. ¿Con qué droga? (*)
- 3.2. ¿Lo habrías hecho si no hubieses estado drogado?

() anotar todas y después se arma código*

Siempre pensando en ese último de delito por el cual te detuvieron...

19) Un mes antes de ese último delito por el que te detuvieron, ¿consumiste (...)?

(Encuestador: cuando responda "Sí", realizar preguntas 13 y 14)

20) ¿Cuántos días de ese mes consumiste (...)?

(Anotar número de días de 1 a 30, "casi todos los días=30")

21) ¿Cuántos días de ese mes tomaste más de la cuenta o te emborrachaste?

(Anotar número de días de 1 a 30, "casi todos los días=30")

- 1. Alcohol SI NO
- 2. Marihuana
- 3. Cocaína
- 4. Pasta base
- 5. Inhalables como neopren, tolueno, éter, acetona, pinturas, bencina, parafina, solución.

(Encuestador: hacer las siguientes preguntas sólo si se declara consumir marihuana, cocaína y/o pasta base en p12. Preguntar primero por marihuana, y luego por cocaína y pasta base. Reemplazar (...) por la droga que corresponda)

Modificación realizada por la Lic. en Psic. Fara de Avila del Cuestionario utilizado en el Estudio sobre menores infractores atendidos en INTERJ, del Observatorio Nacional de Drogas, JND, 2009.

22) Un mes antes de cometer el último delito por el que te detuvieron... (Encuestador: recalcar instrucción)

	a) Marihuana		b) Cocaína		c) Pasta Base	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. ¿Consumías (...) para eliminar algunos de estos problemas? (Mostrar Tarjeta 1)	<input type="checkbox"/>					
2. ¿Y tenías algunos de estos problemas cuando suspendías o disminuías el consumo de (...)? (Tarjeta 1)	<input type="checkbox"/>					
3. ¿Observabas que para obtener el mismo efecto consumías más (...) que antes?	<input type="checkbox"/>					
4. ¿Notabas que la misma cantidad de (...) tenía menos efecto que antes?	<input type="checkbox"/>					
5. ¿Consumías (...) a pesar de no tener la intención de hacerlo?	<input type="checkbox"/>					
6. ¿Terminabas consumiendo (...) en mayores cantidades de lo que pensabas?	<input type="checkbox"/>					
7. ¿Dejabas de hacer o suspendías actividades (sociales, laborales, recreativas) debido al consumo de (...)?	<input type="checkbox"/>					
8. ¿Dedicabas más tiempo que antes para conseguir, consumir, o recuperarte de los efectos de la (...)?	<input type="checkbox"/>					
9. ¿Continuabas consumiendo (...) a pesar de que te ocasionara problemas de salud física, emocionales o nerviosos?	<input type="checkbox"/>					
10. ¿Has sentido un deseo tan grande de usar (...) que no has podido resistir y pensar en nada más?	<input type="checkbox"/>					

23) ¿Y cuál crees tú que es el riesgo que corre una persona que hace alguna de estas cosas? (Tarjeta B)

	Ningún Riesgo	Riesgo Leve	Riesgo Moderado	Riesgo Grave	No sabe
1. Toma uno o más tragos casi todos los días	<input type="checkbox"/>				
2. Fuma marihuana regularmente	<input type="checkbox"/>				
3. Consume cocaína regularmente	<input type="checkbox"/>				
4. Consume pasta base regularmente	<input type="checkbox"/>				

Modificación realizada por la Lic. en Psic. Fara de Avila del Cuestionario utilizado en el Estudio sobre menores infractores atendidos en INTERJ, del Observatorio Nacional de Drogas, JND, 2009.

24) ¿Cuándo fue la última vez que consumiste alguna de las siguientes cosas? (Mostrar Tarjeta 2 y preguntar por cada droga)

	Durante los últimos Treinta días	Más de un mes, menos de un año	Más de un año	Nunca he consumido
1. Cigarros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Alcohol (no consideres cuando te dieron a probar siendo más chico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Cocaína (Incluir también nevado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Pasta base	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Inhalables como neopirén, tolueno, éter, acetona, pinturas, bencina, parafina, solución	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tranquilizantes <u>sin receta médica</u> como clonazepam, alprazolam, lorazepam, valium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Estimulantes <u>sin receta médica</u> como anfetaminas (ritalin) o metaanfetaminas (cidrin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25) ¿Has recibido alguna vez en tu vida un tratamiento para dejar de consumir droga o alcohol? SI NO
(Encuestador: cuando responde 'Si' en p25, preguntar p25.1 a p25.6)

25.1) ¿Cuántas veces has recibido algún tipo de tratamiento?

25.2) ¿Qué edad tenías cuando recibiste el primer tratamiento?

25.3) ¿Cuándo recibiste el último tratamiento?

¿Dónde fue?

Modificación: realizada por la Lic. en Psic. Fara de Avila del Cuestionario utilizado en el Estudio sobre menores infractores atendidos en INTERJ, del Observatorio Nacional de Drogas, JND, 2009.

25.4) En el último tratamiento de drogas o alcohol que recibiste, estuviste...

- 1. Internado en un centro de rehabilitación
- 2. O ibas a un centro, al psicólogo, psiquiatra o a talleres
- 3. Otro (Especificar)

25.5) ¿Cuánto tiempo estuviste en el último tratamiento de drogas o alcohol que recibiste?

25.6) Pensado siempre en ese último tratamiento que recibiste:

- | | SI | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Debido al tratamiento, ¿dejaste de consumir drogas o alcohol por al menos un mes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Debido al tratamiento, ¿disminuiste la cantidad de droga o alcohol que consumías regularmente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Después de haber terminado el tratamiento, ¿volviste a consumir drogas o alcohol igual que antes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Dejaste el tratamiento antes de que terminara? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

26) ¿Has hecho alguna vez un esfuerzo serio por dejar las drogas o el alcohol? SI NO

27) ¿Te gustaría recibir ayuda profesional para disminuir o dejar el consumo de drogas o alcohol? SI NO

Cuestionario para el Educador

Código del Educador _____

Código del Participante: _____

Fecha _____

Este cuestionario será utilizado solo para los efectos de esta investigación. Los datos del Educador, así como de los jóvenes son confidenciales y se mantendrán en el anonimato, de acuerdo a las disposiciones legales vigentes de la investigación con seres humanos.

Indique su grado de acuerdo o desacuerdo con el comportamiento del joven en las siguientes áreas usando una escala del 1 al 7, donde 1 es “completamente en desacuerdo” y 7 es “completamente de acuerdo”.

EJEMPLO:						
Al joven se le entiende cuando habla						
1	2	3	4	5	6	7
Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo
El relacionamiento del joven con los otros jóvenes del centro (pares) es excelente						
1	2	3	4	5	6	7
Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo
El relacionamiento con los Educadores es excelente						
1	2	3	4	5	6	7
Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo
El joven duerme sin dificultades						
1	2	3	4	5	6	7
Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo

Realizado por Lic. en Psic. Fara de Avila solo con fines de investigación. 2013.

Página 1

El joven ingiere todas las comidas diarias						
1	2	3	4	5	6	7
Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo

El joven se mantiene limpio y aseado						
1	2	3	4	5	6	7
Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo

Indique su opinión sobre el comportamiento del joven en las siguientes áreas usando una escala del 1 al 7, donde 1 es “siempre” y 7 es “casi nunca”.

Tiene ganas (motivación personal) para hacer distintas cosas (actividades del centro, recreación)						
1	2	3	4	5	6	7
Siempre	Muchísimas veces	Muy a menudo	Normalmente	A veces	De vez en cuando	Casi Nunca

Presenta autoagresiones (cortes, por ejemplo)						
1	2	3	4	5	6	7
Siempre	Muchísimas veces	Muy a menudo	Normalmente	A veces	De vez en cuando	Casi Nunca

Presenta heteroagresiones (participación en peleas)						
1	2	3	4	5	6	7
Siempre	Muchísimas veces	Muy a menudo	Normalmente	A veces	De vez en cuando	Casi Nunca

Presencia de angustia (crisis de llanto, ahogos, etc.)						
1	2	3	4	5	6	7
Siempre	Muchísimas veces	Muy a menudo	Normalmente	A veces	De vez en cuando	Casi Nunca
Presencia de rabia o ira						
1	2	3	4	5	6	7
Siempre	Muchísimas veces	Muy a menudo	Normalmente	A veces	De vez en cuando	Casi Nunca
Presencia de gozo o disfrute en las actividades que realiza (¿el joven se muestra satisfecho o contento cuando realiza alguna actividad?)						
1	2	3	4	5	6	7
Siempre	Muchísimas veces	Muy a menudo	Normalmente	A veces	De vez en cuando	Casi Nunca
Pasaje al acto, impulsividad (¿el joven actúa sin pensar?)						
1	2	3	4	5	6	7
Siempre	Muchísimas veces	Muy a menudo	Normalmente	A veces	De vez en cuando	Casi Nunca
Reacciones emocionales desproporcionadas para la situación que provocó la reacción (por ejemplo, ¿el joven se muestra frustrado frente a pequeños detalles como un cambio de horario de clase?)						
1	2	3	4	5	6	7
Siempre	Muchísimas veces	Muy a menudo	Normalmente	A veces	De vez en cuando	Casi Nunca
Reconocimiento de rasgos positivos (¿el joven se siente solidario, inteligente, útil, etc.?)						
1	2	3	4	5	6	7
Siempre	Muchísimas veces	Muy a menudo	Normalmente	A veces	De vez en cuando	Casi Nunca

La planificación de sus actividades diarias (¿el joven se hace la cama, ordena la ropa, o realiza otras actividades por cuenta propia, teniendo un orden propio, sin que lo obliguen a hacerlo?)						
1	2	3	4	5	6	7
Siempre	Muchísimas veces	Muy a menudo	Normalmente	A veces	De vez en cuando	Casi Nunca
Análisis de las consecuencias de sus actos (¿el joven es consciente de los resultados de su comportamiento?)						
1	2	3	4	5	6	7
Siempre	Muchísimas veces	Muy a menudo	Normalmente	A veces	De vez en cuando	Casi Nunca
Capacidad de diálogo y reflexión frente a los problemas (por ejemplo, cuando se presenta un problema, ¿se puede conversar con el joven y reflexionar acerca de lo ocurrido?)						
1	2	3	4	5	6	7
Siempre	Muchísimas veces	Muy a menudo	Normalmente	A veces	De vez en cuando	Casi Nunca

Comentarios:

Muchas gracias por su colaboración!!!