



TÍTULO DE LA TESIS: MUSICOTERAPIA Y ADICCIONES

NOMBRE: MARÍA VICTORIA VIVAS

TÍTULO A OBTENER: LICENCIATURA EN MUSICOTERAPIA

FACULTAD: PSICOLOGÍA

FECHA: MARZO DE 2003

INDICE:

Tema	Pág.	6
Problema	Pág.	6
Justificación de la importancia del tema	Pág.	7
Objetivos	Pág.	10
Contexto teórico:	Pág.	12
1-Aspectos Psicológicos	Pág.	13
1.1 Conductas adictivas.....	Pág.	13
1.2 Vulnerabilidad psicológica.....	Pág.	13
1.3 Adicciones psicológicas.....	Pág.	14
1.4 Características de las conductas adictivas.....	Pág.	14
1.5 Secuencia evolutiva habitual de las adicciones psicológicas.....	Pág.	15
1.6 Adicciones psicológicas más comunes.....	Pág.	16
2-Aspectos Médicos-Toxicológicos	Pág.	18
2.1 Uso, tóxico, intoxicación, drogas, drogas psicoactivas, uso indebido, abuso de drogas, uso no médico de drogas.....	Pág.	18
2.2 Disponibilidad, consumo experimental, consumo ocasional, consumo regular.....	Pág.	20
2.3 Drogadependencia, adicción, politoxicomanía o policonsumo, patrones de conducta.....	Pág.	20
2.4 Tolerancia, dependencia física, dependencia psíquica, dependencia cruzada, síndrome de abstinencia, síndrome de querencia.....	Pág.	22
2.5 Aprendizaje, condicionamiento y recaída, intoxicación aguda, sobredosis, vulnerabilidad.....	Pág.	24
2.6 Criterios de consumo adictivo.....	Pág.	26
2.7 Tipos de sustancias.....	Pág.	26
2.8 Condición legal.....	Pág.	38
3- Criterios para el diagnóstico de adicción, intoxicación, dependencia y síndrome de abstinencia	Pág.	40
3.1 Manual de Enfermedades y estadísticas: DSM-IV.....	Pág.	40
3.1.1 Dependencia de sustancias, abuso de sustancias, intoxicación por sustancias,		

síndrome de abstinencia de sustancias.....	Pág. 40
3.1.2. Criterios para el diagnóstico de:	
1- Intoxicación por alcohol.....	Pág. 43
2- Intoxicación por alucinógenos.....	Pág. 44
3- Trastorno perceptivo persistente por alucinógenos.....	Pág. 45
4- Intoxicación por anfetaminas.....	Pág. 46
5- Intoxicación por cafeína.....	Pág. 47
6- Intoxicación por cannabis.....	Pág. 48
7- Intoxicación por cocaína.....	Pág. 50
8- Intoxicación por fenciclidina.....	Pág. 51
9- Intoxicación por inhalantes.....	Pág. 52
10- Intoxicación por opiáceos.....	Pág. 54
11- Intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.....	Pág. 55
12- Abstinencia de alcohol.....	Pág. 56
13- Abstinencia de anfetamina.....	Pág. 57
14- Abstinencia de cocaína.....	Pág. 59
15- Abstinencia de nicotina.....	Pág. 60
16- Abstinencia de opiáceos.....	Pág. 61
17- Abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.....	Pág. 63
18- Ansiedad inducido por sustancias.....	Pág. 64
19- Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.....	Pág. 66
20- Trastorno psicótico inducido por sustancias.....	Pág. 68
21- Delirium por intoxicación por sustancias.....	Pág. 70
22- Delirium por abstinencia de sustancias.....	Pág. 72
23- Demencia persistente inducida por sustancias.....	Pág. 72
24- Trastorno amnésico persistente inducido por sustancias.....	Pág. 74
25- Trastorno de la personalidad por dependencia.....	Pág. 75
26- Trastorno del sueño inducido por consumo de sustancias.....	Pág. 76
3.1.3 Limitación del sistema de clasificación actual.....	Pág. 78

	4
3.2 Clasificación según la O.M.S.....	Pág. 78
3.2.1 Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotropas.....	Pág. 78
3.2.1.1 Intoxicación aguda.....	Pág. 79
3.2.1.2 Consumo perjudicial.....	Pág. 80
3.2.1.3 Síndrome de dependencia.....	Pág. 81
3.2.1.4 Síndrome de abstinencia.....	Pág. 84
3.2.1.5 Síndrome de abstinencia con Delirium.....	Pág. 85
3.2.1.6 Trastorno psicótico.....	Pág. 85
3.2.1.7 Síndrome amnésico.....	Pág. 87
3.2.2 Trastorno psicótico residual y trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol o por sustancias psicotropas.....	Pág. 88
3.2.2.1 Otros trastornos mentales o del comportamiento.....	Pág. 89
3.2.2.2 Abuso de sustancias que no producen dependencia.....	Pág. 89
4-Aspectos Legales.....	Pág. 92
4.1 Toxicómano.....	Pág. 92
4.2 Consumo personal.....	Pág. 93
4.3 Tenencia ilegítima o para tráfico.....	Pág. 93
4.4 Ley 20.771 (año 1974).....	Pág. 94
4.5 Ley 23.737 (año 1989-90).....	Pág. 94
4.6 Ley Nacional de lucha contra el alcoholismo: Ley N 24.788/1997.....	Pág. 98
4.7 Ley Nacional de Obras Sociales: Prestaciones obligatorias-incorporación: Ley N 24.455/95.....	Pág. 99
5- Acerca de la Musicoterapia.....	Pág. 101
5.1 Eficacia, efectividad y eficiencia.....	Pág. 101
5.2 De la intervención.....	Pág. 106
5.3 De la clínica musicoterapéutica.....	Pág. 108
5.4 Del cuerpo.....	Pág. 109
6-Del Equipo de Atención en Adicciones del Hospital Provincial de Rosario.....	Pág. 111
6.1 La Institución.....	Pág. 111

6.2 Reseña histórica del equipo.....	Pág. 111
6.3 Profesionales del equipo.....	Pág. 112
6.4 La interdisciplina.....	Pág. 112
6.5 Actividades del equipo.....	Pág. 113
6.6 El taller de Musicoterapia.....	Pág. 113
Criterios técnicos de intervención musicoterapéutica.....	Pág. 115
Metodología.....	Pág. 118
Análisis de datos.....	Pág. 120
Análisis de casos clínicos.....	Pág. 120
Análisis de <i>Síntesis de encuesta psicológica</i>	Pág. 124
Análisis comparativo de entrevistas.....	Pág. 127
Conclusiones.....	Pág. 134
Anexo I Casos Clínicos.....	Pág. 139
1 Caso F.....	Pág. 140
1.1 Relato.....	Pág. 140
1.2 Ficha de evaluación nº 1.....	Pág. 141
1.3 Ficha de evaluación nº 2.....	Pág. 143
1.4 Aplicación del protocolo API.....	Pág. 145
2 Caso El Gitano.....	Pág. 149
2.1 Relato.....	Pág. 149
2.2 Ficha de evaluación nº 1.....	Pág. 150
2.3 Ficha de evaluación nº 2.....	Pág. 152
2.4 Aplicación del protocolo API.....	Pág. 154
Anexo II Encuesta.....	Pág. 159
Síntesis de Encuesta Psicológica 2001 del Hospital Provincial de Rosario.....	Pág. 160
Anexo III Entrevistas.....	Pág. 163
1 Entrevista realizada a la musicoterapeuta Ofelia Herrendorf.....	Pág. 164
2 Entrevista realizada a la musicoterapeuta Noemí Pezzone.....	Pág. 178
Bibliografía.....	Pág. 188

TEMA:

MUSICOTERAPIA Y ADICCIONES

PROBLEMA:

**EVALUAR LA POTENCIAL EFECTIVIDAD DE LA MUSICOTERAPIA
CLÍNICA CON PACIENTES ADICTOS**

JUSTIFICACIÓN DE LA IMPORTANCIA DEL TEMA:

Si bien se puede pensar a las adicciones como una forma de vida, puede que sea en tanto única posibilidad de estar en el mundo. Esa forma particular que tiene el Sujeto para mostrarse y para relacionarse, en la mayoría de los pacientes adictos se encuentra empobrecida, deteriorada.

La realidad social influye en la construcción de las subjetividades y en las formas de relación y de interacción entre los Sujetos. Muchas veces ésta realidad aparece como abrumadora, no ofrece salidas visibles para el Sujeto y éste ante la incapacidad de modificar ésta realidad recurre a la incorporación de sustancias para distorsionar su percepción del contexto. La valoración del costo que esto implica queda relegada ya sea por la satisfacción inmediata que encuentran en las drogas; por la falta de herramientas para poder elegir distintas posibilidades; por la falta de sentido que le otorgan a la propia vida. Al utilizar drogas ilegales ponen en riesgo su libertad y es común que incurran en delitos tanto para conseguir dinero para comprar drogas como al estar bajo los efectos de las drogas realizan acciones que de otra manera no serían capaces. Cuando hábitos de conducta se convierten en adictivos comienzan a interferir en la vida cotidiana; los vínculos se desgastan, las posibilidades laborales disminuyen, el tiempo y el dinero invertidos es cada vez mayor. La única motivación para el Sujeto es repetir el estado de placer que le provee la droga y así queda sujeto a una posición, la de consumidor.

Uno de los factores de riesgo es la falta de proyectos de vida que motiven a la persona o que le otorguen algún grado de reconocimiento social.

Es fundamental tener en cuenta que ésta forma de vida implica inevitablemente secuelas físicas irreversibles. El Sujeto ubicado en la posición de consumidor-adicto, no puede dimensionar el costo que implica su adicción. Para esto es necesario implementar proyectos de prevención que inviten al Sujeto a ampliar sus posibilidades de elección.

Según una encuesta realizada a los pacientes que llegan al Servicio de Atención en Adicciones del Hospital Provincial de Rosario del año 2001; la edad de inicio de consumo entre los 11 y 15 años es del 43% y de entre 16 y 20 años es de un 20% lo que demuestra que el 79% empieza a consumir en la etapa de la adolescencia. A su vez el 67% de la población total que acude al servicio obtuvo la 1° dosis de los amigos. El 83% de la población encuestada no terminó el secundario, teniendo sólo el 43% el primario. El 57% se encuentra sin ocupación y el 61% tiene problemas legales.

Estos datos dan cuenta de la necesidad de ofrecer a la población propuestas diferentes de las empleadas hasta el momento. El número de personas que consumen alguna sustancia va aumentando año tras año. Las políticas de salud deberían contemplar éstos hechos y agotar todas las posibilidades para intentar mejorar la calidad de vida de los Sujetos.

Como agentes de Salud los musicoterapeutas contamos con las herramientas necesarias para crear proyectos de prevención, abrir espacios de atención y llevar adelante tratamientos. La complejidad del tema hace necesario un abordaje interdisciplinario. La musicoterapia al trabajar con el lenguaje sonoro-corporal abre nuevos espacios de simbolización diferentes al de la palabra que son de gran aporte sobre todo por el hecho de que esta problemática involucra al cuerpo de una forma particular. El cuerpo del paciente es el soporte de las angustias,

ansiedades, es la materia con la cual el Sujeto se muestra al mundo, con la cual dice y calla. El musicoterapeuta ofrece una mirada que habilita, que reconoce al otro como único, como productor y creador, que puede hacer, sentir, emocionarse, dispone a la vivencia a partir del vínculo que generan Musicoterapeuta y paciente. Es en esa relación en la cual se habilita al movimiento que le permite al paciente posicionarse en distintos lugares.

OBJETIVOS:

Generales:

- Realizar un relevamiento de tipo cualitativo de la actual extensión de las aplicaciones de la Musicoterapia en el campo de las adicciones en la República Argentina.
- Evaluar la efectividad de los dispositivos musicoterapéuticos implementados en este campo.

Específicos:

- Desarrollar los aspectos psicológicos de las adicciones.
- Desarrollar los aspectos médicos-toxicológicos de las adicciones.
- Describir los criterios para el diagnóstico de adicción, intoxicación, dependencia y síndrome de abstinencia según el DSM IV y según la OMS.
- Desarrollar los aspectos legales de las adicciones.
- Definir desde una postura musicoterapéutica las nociones técnicas comprendidas por los términos: *eficacia, efectividad y eficiencia*.
- Definir la concepción de *Musicoterapia clínica* en pacientes con diagnósticos de adicción.
- Describir aspectos que pudieren considerarse relevantes en la clínica musicoterapéutica con pacientes adictos.
- Describir el dispositivo de trabajo del Equipo de Atención en Adicciones del Hospital Provincial de Rosario.
- Seleccionar casos clínicos, relatarlos y aplicarles protocolos de evaluación para analizar la potencial efectividad de la Musicoterapia.
- Evaluar la importancia del trabajo interdisciplinario en este campo.

- .Sugerir nuevas estrategias de intervención.
- Sugerir futuras líneas de investigación en la temática.

CONTEXTO TEÓRICO:

Para comprender algunas cuestiones involucradas en el tema de las adicciones fue necesario realizar una recopilación de información desde distintos campos del saber y así poder ampliar la visión de la complejidad del problema.

En el *Proyecto de Musicoterapia para el Servicio de Atención en Adicciones del Hospital Provincial de Rosario* realizado en conjunto con la Musicoterapeuta M. V. Garnier investigamos sobre los siguientes aspectos de las adicciones que aparecen a continuación y son de utilidad al intentar delinear una postura musicoterapéutica.

“ASPECTOS PSICOLÓGICOS:

Conductas adictivas: Las adicciones psicológicas no figuran incluidas en el DSM IV ni en la CIE 10 (OMS 1992). Según algunos autores el perfil clínico de las adicciones psicológicas y el enfoque terapéutico requeridos son muy similares a los del resto de las adicciones.

Según estas corrientes el vicio sería una categoría social mientras que las adicciones psicológicas constituyen un trastorno mental. Lo que más importa sería la dependencia y la pérdida de libertad de la persona, más que el tipo de sustancia.

Siguiendo esta teoría, existen hábitos de conducta que pueden convertirse en adictiva e interferir gravemente en la vida cotidiana de las personas afectadas en función de la intensidad, frecuencia o la calidad de tiempo/dinero invertido y en función del grado de interferencia en las relaciones familiares, sociales, estudiantiles y laborales. Cualquier conducta normal placentera tiende a repetirse y es, por ello, susceptible de convertirse en un comportamiento adictivo. Lo que diferencia el hábito de la adicción es que ésta última tiene efectos contraproducentes para la persona.

- Pérdida de control
- Fuerte dependencia psicológica
- Pérdida de interés por otras actividades gratificantes
- Interferencia grave en la vida cotidiana

Vulnerabilidad psicológica: Hay ciertas características de personalidad o estados emocionales que aumentan la vulnerabilidad psicológica de las

adicciones: la impulsividad; la disforia (estado anormal de ánimo que se vivencia subjetivamente como desagradable y que se caracteriza por oscilaciones frecuentes de humor); la intolerancia a los estímulos displacenteros, tanto físicos (dolores, insomnio, fatiga, etc.) como psíquicos (disgustos, preocupaciones, responsabilidades, etc.); y la búsqueda exagerada de sensaciones. Hay veces en que la adicción subyace un problema de personalidad (baja autoestima) o un estilo de vida inadecuado (ausencia de realización personal) o una forma de enfrentar inadecuadamente a las dificultades cotidianas. Se trata de personas que carecen de un afecto consistente y que intentan llevar esa carencia con sustancias químicas o sin sustancias. La falta de proyectos de vida que motiven a la persona o que al menos le proporcionen algún grado de reconocimiento social, son grandes factores de riesgo, causando el sentirse poco apreciado, y por lo tanto aislado.

Adicciones Psicológicas: Todas las conductas potencialmente adictivas comienzan a ser controladas por reforzadores positivos (por los aspectos placenteros de la conducta misma), pero terminan siéndolo por reforzadores negativos (el alivio del malestar). La persona muestra una fuerte dependencia psicológica hacia las mismas, actúa con ansia y de forma impulsiva, y pierde interés por otro tipo de actividades gratificantes anteriores, sin ser capaz de controlarse a pesar de las consecuencias negativas experimentadas.

Características de las conductas adictivas:

- Control inicial por reforzadores positivos
- Control final por reforzadores negativos
- Síndrome de abstinencia

La dependencia entendida como la necesidad subjetiva de realizar imperativamente una conducta para restaurar un equilibrio de la persona y su adecuación del estilo de vida al mantenimiento de la conducta, conforman el núcleo central de la adicción.

Por lo tanto, lo que caracteriza a una adicción psicológica no es el tipo de conducta implicada, sino el tipo de relación que la persona establece con ella.

Secuencia evolutiva habitual de las adicciones psicológicas: (Krych, 1989)

- a) La conducta es placentera y recompensante para la persona.
- b) Hay un aumento de pensamientos referidos a dicha conducta en los momentos en que la persona no está implicada en ella.
- c) La conducta tiende a hacerse cada vez más frecuente. El sujeto pierde interés por otro tipo de actividades anteriormente gratificante.
- d) El sujeto tiende a quitar importancia al interés o al deslumbramiento suscitado en él por la conducta (mecanismo mental de la negación).
- e) Se experimenta un deseo intenso (sentido periódicamente) se lleva a cabo y se tienen expectativas muy altas acerca del alivio, del malestar que se va a sentir tras la ejecución de la conducta.
- f) La conducta se mantiene a pesar de las consecuencias negativas crecientes. Hay una justificación personal y un intento de convencimiento a los demás por medio de una distorsión acentuada de la realidad.

- g) A medida de que los efectos adversos de la conducta aumentan, el adicto comienza a tomar conciencia de la realidad y realiza intentos (habitualmente fallidos) de controlar la conducta por sí mismo.
- h) Lo que mantiene ahora la conducta no es ya el efecto placentero sino el alivio del malestar. Este alivio es cada vez de menor intensidad y de más corta duración.
- i) La persona muestra una incapacidad de aguante cada vez menor ante las emociones negativas y las frustraciones cotidianas. Las estrategias de afrontamiento se empobrecen debido a la falta de uso. De este modo, el comportamiento adictivo se convierte en la única vía para hacer frente al estrés.
- j) La conducta adictiva se agrava. Una crisis externa (una ruptura afectiva, una pérdida laboral, un fracaso en los estudios, etc.) lleva al paciente a la familia a solicitar tratamiento.

Adicciones Psicológicas más comunes:

- A la comida (sobreingesta compulsiva)
- Al sexo
- Al juego (ludopatía)
- Al trabajo
- A Internet
- A la religión
- A las relaciones (codependencia, adicción al amor o los romances, adicción a las relaciones disfuncionales)

- Al ejercicio físico excesivo
- A las compras
- Al teléfono
- A las dietas

ASPECTOS MÉDICOS-TOXICOLÓGICOS:

Uso: Podemos reconocer que casi todas las personas utilizamos drogas. En lo cotidiano tomando infusiones, o como cuando estamos enfermos y necesitamos medicamentos, algunos son fumadores y otros toman alcohol durante las comidas, etc. Como de cualquier cosa, de las drogas se puede hacer un uso mas o menos correcto.

Tóxico: Cualquier sustancia que al entrar en contacto con el organismo produce, a través de una acción química, un efecto perjudicial. Este concepto está altamente unido al de dosis, de modo que prácticamente todas las sustancias pueden ser tóxicas a una determinada dosis e inocuas a otras.

Intoxicación: Signos y síntomas resultantes de la acción del tóxico.

Drogas: La definición más amplia de droga dada por la OMS:

Una sustancia (química o natural) que introducida a un organismo vivo por cualquier vía (inhalación, ingestión, intramuscular, endovenosa), es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central, provocando una alteración física y/o psicológica, la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de un estado psíquico, es decir, capaz de cambiar el comportamiento de una persona.

Cualquier sustancia química natural o sintética, o mezcla de sustancias, distintas de las necesarias en condiciones normales para la conservación de la salud y cuya administración modifica las funciones biológicas del organismo.

Drogas Psicoactivas: Sustancias que modifican el estado de ánimo, las facultades cognitivas (entendimiento) o el comportamiento.

Uso indebido: Algunos autores utilizan el termino “uso indebido” con el mismo concepto de “abuso”, otros lo hacen en cambio para enfatizar a través de ello la existencia de un “uso debido” o “uso correcto de las drogas”, desde una óptica farmacológica, esto último corresponde a la utilización de ciertas sustancias bajo control de un profesional calificado. Sin embargo, bajo el titulo “uso indebido de drogas”, también se contempla otro concepto, el que los organismos internacionales, definen como campo multidisciplinario de acción y estudio relacionado con las drogas. Así es como las Naciones Unidas y la Organización de los Estados Americanos se refieren al U.I.D.

Abuso de drogas: Uso de cualquier droga en una forma que se desvía de los patrones médicos o sociales aprobados en el marco de una cultura dada.

Uso no médico de drogas: Término que encierra conductas que varían desde el uso ocasional del alcohol al uso compulsivo de los opioides y que incluyen conductas que pueden estar asociadas con efectos adversos o no tener relación con ellos.

- Uso experimental por curiosidad
- Uso casual o de recreación por efectos placenteros
- Uso circunstancial en busca de efectos porque son útiles en circunstancias particulares. Por ejemplo: estudiantes, conductores, etc.

Disponibilidad: Es el resultado de un equilibrio entre la oferta y la demanda, factores éstos que a su vez se hallan también influidos por leyes, regulaciones, factores económicos y otras variables sociales y ambientales.

Consumo experimental: Es una cuestión de disponibilidad, curiosidad, la actitud y el uso de drogas por parte de amigos, la aceptabilidad social de una forma dada de utilización de droga, los riesgos que se consideran asociados al uso experimental y la tendencia del individuo a buscar situaciones nuevas y respetar normas sociales. No hay intención explícita a repetir el consumo.

Consumo ocasional: La persona conoce la droga y sus efectos y escoge los momentos y escenarios más propicios para sentir dichos efectos. El consumo es espaciado y poco frecuente.

Consumo regular: Consumo habitual con continuidad. Posición activa frente al consumo.

Drogodependencia: Síndrome en el cual se da mucha mayor prioridad al uso de una droga que a otras conductas que alguna vez tuvieron mayor valor. Conducta compulsiva de utilización de drogas y muestra las características de un trastorno recidivante crónico. Una tendencia a aumentar la dosis por tolerancia del organismo hacia la misma.

Es necesario considerar el patrón de uso por parte del individuo dado y las alternativas disponibles al valorar sus efectos perjudiciales.

La drogodependencia se asocia con el desarrollo de tolerancia y dependencia física.

Adicción: Grado grave de drogodependencia que es un extremo del compromiso continuo con el uso de la droga. El término encierra un sentido cuantitativo más que cualitativo del grado con que la droga invade la actividad total de la vida del consumidor y de la variedad de circunstancias en las que el uso de la droga controla su conducta.

Cualquiera que sea adicto deberá ser considerado drogodependiente. Sin embargo, es posible depender físicamente de las drogas sin ser adicto y, en circunstancias especiales, ser adicto sin que exista dependencia física.

El término drogodependencia denota un síndrome de la conducta y dependencia física (o neuroadaptación) refiere a los cambios biológicos que subyacen en el síndrome de supresión.

Politoxicomanía o Policonsumo: Se produce cuando el sujeto se administra una variada gama de sustancias con el objetivo explícito de mantener alteradas sus funciones mentales. En muchos casos existe una droga principal que sustenta la dependencia, y unas drogas secundarias que las complementan o la sustituyen en situaciones de no-disponibilidad. Actualmente es difícil encontrar un consumidor de una sola droga.

Patrones de conducta: Incluye las sustancias que toma el drogodependiente y además su vía de administración, frecuencia, contexto relacional en que se produce el consumo, soporte social y cultural, etc.

Tolerancia: Se desarrolla cuando después de la administración repetida de una dosis determinada de una droga se produce una disminución de su efecto o cuando se requieren dosis cada vez mayores para obtener los efectos observados con la dosis original.

Hay tres variantes de tolerancia adquirida farmacológicamente:

La ***tolerancia disposicional*** se produce como consecuencia de cambios en las propiedades farmacológicas del agente en el organismo, de modo que se encuentran concentraciones reducidas en los lugares de acción de la droga.

La ***tolerancia farmacodinámica*** es el resultado de cambios adaptativos dentro de los sistemas afectados, de modo que se produce una respuesta reducida en presencia de una concentración dada de la droga.

La ***tolerancia cruzada*** es el fenómeno por el que al tomar una droga aparece tolerancia no solamente a otra del mismo tipo, sino incluso a drogas totalmente diferentes. El uso previo de una droga puede potenciar los efectos sobre el organismo de otros tipos de drogas.

Dependencia física: Se refiere a la alteración del estado psicológico (neuroadaptación) producido por la administración repetida de una droga, requiriéndose su administración continua para evitar la aparición del síndrome de supresión o abstinencia característico para esa droga en particular.

El tiempo requerido por cualquier droga para producir dependencia física depende de varios factores, pero el grado de alteración del SNC y la continuidad de ésta alteración parece ser los más importantes para muchas drogas.

Es muy concebible que los individuos que utilizan drogas de acción corta para inducir euforia o para reducir tensiones puedan percibir una disforia relativa o una exacerbación de estas mismas tensiones (efectos rebote) cuando se desvanecen los efectos de las drogas. Estos aumentos de las sensaciones desagradables podrían contribuir a la motivación para repetir el uso de la droga y el alivio de los fenómenos de supresión podría aumentar la efectividad de la droga como reforzador de la conducta de consumo de droga.

La dependencia física se considera no tanto una causa directa de la drogodependencia como uno de los varios factores que contribuyen a su desarrollo y a la tendencia a recaer después de la supresión, aunque algunos consumidores compulsivos atribuyan la totalidad de sus problemas con la droga a “haberse enviciado”.

El grado de dependencia física se mide mediante la gravedad del síndrome de supresión producido por la supresión abrupta de la droga o por el uso de antagonistas.

Dependencia psíquica: Es la compulsión a tomar una sustancia determinada para obtener la vivencia de efectos agradables y placenteros, o evitar malestar.

Dependencia cruzada: Capacidad de una droga para suprimir las manifestaciones de la dependencia física producida por otra y para mantener el estado de dependencia. Puede ser dependencia parcial o completa, simétrica o asimétrica.

Síndrome de Abstinencia: Es lo que se produce tras haber una dependencia física y psíquica, en el momento que falta la droga, aparecen todo un conjunto de signos y síntomas de carácter físico y psíquico, cuya intensidad y curso temporal van a depender del tipo de droga y otros factores como frecuencia, cantidad y antigüedad del consumo.

Síndrome de Querencia: Son los síntomas psicológicos que aparecen antes del síndrome de abstinencia y después de que desaparezcan los efectos de la última toma de droga. Consisten en la vivencia de angustia generalizada, intensa necesidad de la toma de la droga con el consecuente desarrollo de una conducta de búsqueda.

Aprendizaje, condicionamiento y recaída: El consumo de drogas, ya sea casual o compulsivo, puede considerarse como una conducta que se mantiene por sus consecuencias; las consecuencias que fortalecen un patrón de conducta son reforzadoras. La droga puede reforzar una conducta anterior de consumo de droga mediante la inducción de efectos placenteros (refuerzo positivo) o terminando con algunas situaciones adversas o desagradables (refuerzo negativo), como cuando una droga alivia el dolor o la ansiedad. También puede desempeñar un papel el refuerzo secundario o social, con independencia completa de los efectos farmacológicos, como es el caso cuando el uso de la droga da lugar a una posición social, el ingreso en un grupo deseado o la aprobación de amigos. El refuerzo social puede mantener la conducta hasta que se desarrolla la tolerancia a pesar de que no perciben sensaciones placenteras. El desarrollo de dependencia física abre posibilidades para otra variedad de refuerzo; cada vez que el uso de la

droga alivia el malestar de la supresión, la conducta anterior de consumo de droga recibe un refuerzo adicional.

Intoxicación aguda: Se produce cuando se toma una cantidad de droga que el cuerpo no es capaz de eliminar o transformar la sustancia.

Sobredosis: Es la intoxicación aguda grave que aparece cuando se supera el límite de toxicidad en el organismo. Va en función de la dosis de droga tomada, su composición (si es más o menos pura), si está adulterada, y las variables corporales individuales como el peso, metabolismo y tolerancia.

Vulnerabilidad: Las personas que se nacen consumidores regulares de droga tienden a ser más impulsivas, más interesadas en nuevas experiencias, más rebeldes con respecto a las normas sociales, toleran menos la frustración y se preocupan menos por evitar el daño a sí mismas. La agresión en la primera infancia también es un predictor de problemas posteriores con el uso de drogas. Existe una mayor representación de ciertas categorías diagnósticas psiquiátricas entre quienes buscan tratamiento para el alcoholismo o la drogodependencia. Estas incluyen trastornos depresivos, de ansiedad y personalidad antisocial. A pesar de éstas observaciones no se ha reconocido una personalidad adictiva única ni una constelación de condiciones que puedan aplicarse de igual modo a todas las variantes en individuos drogodependientes. Sería sorprendente que todos los consumidores de drogas fueran similares, considerando los distintos efectos farmacológicos de las distintas drogas.

Criterios de consumo adictivo:

Washton y Boundy (1991) proponen cuatro criterios para distinguir cuando el consumo de una sustancia o una acción (juego, compras, trabajo, sexo) se convierten en adictivo.

- 1- Obsesión: necesidad irresistible e intensos deseos de consumir la droga. El consumidor esta obsesionado por conseguir y consumir la droga. Esto es prioritario ante cualquier actividad.
- 2- Perdida de control: incapacidad para autolimitarse o controlar el consumo. El adicto puede detener su uso temporalmente, pero cree que es imposible no volver a consumir la droga, incluso con esfuerzos máximos de autocontrol y de fuerza de voluntad.
- 3- Consecuencias negativas: consumo continuado a pesar de las consecuencias como problemas económicos, laborales, orgánicos y psicopatológicos.
- 4- Negación: se niega que el consumo de drogas sea un problema. No advierte la gravedad de sus efectos negativos, niega que exista un problema y se enfada o se pone a la defensiva si alguien le indica que su consumo esta fuera de control.

Tipos de sustancias:

De acuerdo a sus efectos, las sustancias son:

Estimulantes: son sustancias que estimulan el sistema nervioso central. Producen un estado de excitación o alteración en las funciones biológicas y psíquicas.

Mayores: Anfetaminas, Cocaína.

Menores: Café, Té, Cacao, Tabaco (Nicotina).

Depresoras: son sustancias que deprimen el sistema nervioso central, retardan o disminuyen la capacidad de respuesta de las funciones psíquicas y corporales.

Se clasifican en: Hipnóticos, Sedantes y ansiolíticos, Opiáceos, Alcohol, Barbitúricos.

Alucinógenas: son sustancias que alteran la sensopercepción, inducen un estado oniroide y producen la excitación o la depresión del SNC. Dicha alteración compromete los procesos perceptivos, generando ilusiones y/o alucinaciones, que afectan principalmente las funciones psíquicas. Se trata de típicos cuadros de psicosis experimental.

Se dividen en: - Alucinógenos naturales: solanáceas, mezcalina, psilocybina, psilocina, marihuana, amanita muscaria, LSD. – Alucinógenos sintéticos: antiparkinsonianos, fenciclidina.

1- Opiáceos: Los opiáceos son hipnoanalgésicos, también llamados analgésicos, cuya utilización principal en medicina ha derivado de las propiedades de calmar el dolor y la tos. Los opiáceos naturales provienen de la corteza de las cápsulas verdes de la “adormidera” o *Papaver*

somniferum, cuya calidad varia según la procedencia; también hay alcaloides semisintéticos y sintéticos. Las vías de ingreso al organismo son la inhalatoria (fumadores de opio), la inyectable (morfina, heroína, etc), la digestiva (distintas formas de cápsulas, comprimidos y jarabes) y la rectal (supositorios). Los opiáceos tienen propiedades de importancia: suministran una sensación de bienestar, el organismo se habitúa a ellos de manera tal que las dosis pueden aumentarse mas de 200 veces por encima de la usada para un individuo normal; causan estado de necesidad, es decir, el hambre del fármaco o estado de abstinencia, producen dependencia psicofísica y daño individual y social. En el sistema nervioso existen receptores de opiáceos con propiedades farmacológicas análogas a estos, que se denominan endorfinas y encefalinas. Todo hace suponer que el mecanismo del síndrome de abstinencia es debido a que los opiáceos antagonizan la formación de endorfinas. Cuando la administración de la droga se interrumpe, se producen serios trastornos neurológicos como resultado de la deficiencia de endorfinas. En nuestro país tienen importancia también los preparados antitusígenos, que contienen codeína o derivados morfínicos, y cuya inyección o ingestión es una forma de toxicomanía. Alcaloides naturales: morfina, codeína, tebaína. Alcaloides semisintéticos: etilmorfina, diaceltilmorfina, dihidromorfinona, nalilnormorfina. Alcaloides sintéticos: meperidina (demerol), petidina (dolantina), dextromoramida (dauran), propoxifeno (darvon), levorfanol (dromoran), pentazocina (sosegan), dextrometorfan (romilar-aseptobron), hidrocodona (aseptobron unicap), levalorfanol (lorfan), naloxona (narcán). Complicaciones médicas de la adicción a opiáceos: abscesos y flebitis, se

produce un aumento de la inmunoglobulina M. Se han observado casos de angitis necrotizante y síndrome nefrótico con inmunoglobulina M y complementos depositados en los riñones. En el recién nacido hijo de madre drogadicta, se desarrolla 48 horas después del nacimiento un síndrome caracterizado por hiperbilirrubinemia, vómitos, fiebre, perturbación respiratoria, convulsiones e hipertonicidad. Por lo general, las embarazadas dependientes de opiáceos tienen hijos prematuros, nacidos muertos o que sufren graves síntomas de supresión.

2- Hipnóticos y sedantes: son drogas depresoras de SNC, que tienen, según sus caracteres, acción hipnótica o tranquilizante y relajante muscular.

Clasificación: *hipnóticos:* a) barbitúricos: según su acción: fenobarbital (prolongada 10-12 hs.), amobarbital (intermedia 6-8 hs), secobarbital, pentobarbital (corta 1-3 hs), tiopental (ultracorta 1-2 hs). b) no barbitúricos: fluracepam, loracepam, nitrazepam, flunitrazepam, triazolam.

Ansiolíticos o tranquilizantes menores: a) benzodiazepínicos: clordiazepóxido, cloracepato dipotásico, clobazam, diazepam, oxacepam, medacepam, loracepam. b) propanodiolos: meprobamato. Todas estas sustancias químicas causan dependencia psicofísica: elevada para los barbitúricos, moderada para el meprobamato y leve en la adicción a ansiolíticos o tranquilizantes menores. Debe tenerse en cuenta que este grupo de depresores se potencia con la ingestión de alcohol.

3- Inhalantes: se incluyen una serie de sustancias químicas que producen vapores, que al ser inhalados alteran el SNC. Son, por lo general, elementos que se utilizan para diversos fines (pegamentos, disolventes de grasas, combustibles, quitaesmaltes, atomizadores, aerosoles, anestésicos,

etc.): acetona, nitrito de amilo, nitrito butílico, óxido nitroso, nafta, bencina, éter y tricloroetileno, derivados del benceno, tolueno y xileno.

Complicaciones derivadas del uso de inhalantes: La acetona inhalada puede causar narcosis prolongada, manifestaciones bronco-pulmonares agudas y neuritis retrobulbar. Todos los nitritos producen metahemoglobina, alteración de la hemoglobina que impide el transporte de oxígeno, y como consecuencia se produce cianosis, disnea, vasodilatación, hipotensión arterial, excitación, insuficiencia renal y hemólisis. La muerte es consecuencia de la existencia de proporciones de metahemoglobina superiores al 60%, que llevan a la asfixia y a una profunda depresión del SNC. La nafta y la bencina causan irritación de las vías respiratorias, lesiones hepáticas transitorias, excitación del SNC, muerte por parálisis respiratoria. En la forma crónica se han descrito parálisis flácida de las extremidades y síndromes extrapiramidales. La inhalación de éter y de tricloroetileno origina manifestaciones similares al alcoholismo, es decir, polineuritis, hepatopatías, trastornos psíquicos, que en ocasiones pueden evolucionar a la demencia orgánica. La inhalación de hidrocarburos aromáticos cíclicos (benceno, tolueno y xileno) en altas concentraciones causa excitación del sistema nervioso, luego depresión, convulsiones, asfixia y muerte, en periodos que varían con la concentración, entre 5 minutos y horas. La exposición crónica a estos tóxicos lleva a la aplasia medular, leucemia benzolica, alteraciones hepáticas o psiquiátricas graves, pérdida de peso, astenia marcada y hemorragias. La inhalación de thinner produce una neuropatía grave, de predominio distal, con pérdida de la sensibilidad, arreflexia y atrofia muscular. El tolueno, además de las

lesiones hematológicas ya señaladas, puede producir degeneración de cerebro y atrofia cerebral.

4- Psicoestimulantes: -Cocaína: se trata de un alcaloide que se obtiene de un arbusto llamado *Erythroxylon coca*, de la familia de las eritroxiláceas. Proviene de América del Sur, pero también se la cultiva en la India, Java y Ceilán. En Estados Unidos, ocasionalmente se han comprobado plantaciones en Florida, California y Hawai. La coca es conocida desde el siglo VI por las culturas preincaicas; posteriormente en el siglo X, los incas la llamaban “planta divina” y “la planta de las plantas”. Es presumible que el uso por el hombre se remonte a unos 10 siglos antes de Cristo, alicando sus propiedades energizantes y analgésicas. Además de otros alcaloides, las hojas de coca contienen cocaína. La cocaína es el Ester metilbenzoilico de la ecgonina, que por hidrólisis da metanol, ácido benzoico y ecgonina. Formas de consumo: mascar hojas de coca, inhalación, cigarrillos (crack) e inyección. Se metaboliza en el hígado y es excretada por el riñón dentro de las 24 horas, en estado libre y como metabolitos. Se trata de un estimulante del SNC similar a la anfetamina, con efectos simpaticomiméticos. Los síntomas agudos de la cocaína resultan de la estimulación de los receptores dopamínicos, y aumento de la 3 metoxi-tiramina, por el contrario, el uso crónico disminuye la dopamina a nivel sináptico. El mecanismo de la cocaína se basa en producir un exceso de noradrenalina. El efecto estimulante de la cocaína se traduce en excitabilidad, locuacidad y reducción de la fatiga; puede producir sensación de euforia y de mayor fuerza muscular. Administrada en dosis fuertes produce un cuadro de excitación cerebral con manifestaciones de ansiedad, temores infundados y

alucinaciones. La cocaína dilata las pupilas, aumenta el número de pulsaciones y eleva la presión arterial. Por otra parte, la estimulación que produce acaba en depresión. Su sobredosificación puede deprimir tanto la función respiratoria y cardíaca que cause la muerte, sobre todo en sujetos predispuestos. La cocaína da lugar a un comportamiento violento y accesos de furor. **Anfetaminas y sustancias anfetaminosímiles:** son drogas con acción excitante sobre el SNC, aminas simpaticomiméticas o adrenérgicas, de fórmula química estructural parecida a la adrenalina. En el individuo actúan a nivel de los receptores adrenérgicos. Por sus propiedades más llamativas, debe incluírseles entre los psicoestimulantes, pero sin dejar de tener en cuenta su calidad de producir alucinaciones. Son utilizadas por vía oral y por inyección intravenosa. Algunos trabajos tienden a atribuir a las anfetaminas la capacidad de causar cuadros de parkinsonismo precoces, en pacientes abusadores de estas aminas en la década del sesenta. *Principales anfetaminas y anfetaminosímiles:* sulfato de anfetamina, metaanfetamina, dextroanfetamina, fenmetracina, fenetilina, metilfenidato, benzafetamina, fendimetracina, dietilpropion, manzindol, fentermina; y de fabricación clandestina: 4 metil-2,5 dimetoxianfetamina (DOM o STP), 4 bromo-2,5 dimetoxianfetamina (DOB), 3,4 metilendioxianfetamina (MDA), 3,4 metilendioximetanfetamina (MDMA).

Complicaciones medicas por el uso de anfetaminas: Puede producir una elevación transitoria de la presión arterial, palpitaciones, sequedad de la boca, diaforesis, cefalea, palidez y dilatación de las pupilas. Estos efectos colaterales generalmente se observan cuando se administran dosis elevadas o en aquellas personas hipersensibles a la droga. Las

anfetaminas casi nunca provocan la muerte de quienes la usan, incluso en casos de sobredosificación aguda. Las drogas anfetamínicas aumentan la viveza mental y la iniciativa, eliminan la depresión y cambian una sensación de fatiga por otra de excitabilidad. Asimismo mejoran el estado de ánimo y producen una agradable sensación de bienestar. Todos estos factores determinan el abuso que se hace de esta droga y explica su nombre popular de “píldora dinámogena”. En algunos casos, los atletas han dado un mal uso a las anfetaminas (el llamado “doping” humano, o también, “estimulación” por drogas en humanos) a fin de obtener un poco más de energía al agotarse, así como por aquellos que quieren permanecer despiertos y alertas por tiempo prolongado.

- 5- **Alucinógenos:** distorsiones del tiempo y del espacio, visiones caleidoscópicas e imágenes de toda laya en forma de ensoñaciones y alucinaciones, son los efectos. **Naturales:** **Solanáceas:** es un grupo de plantas que produce alucinaciones y efecto parasimpaticolítico. Las principales son la Atropa Belladonna (atropina), Datura Stramonium e hiociamina (Chamico). **Mezcalina:** se obtiene del cactus denominado peyote (*Lophophora Williamsii*). Utilizada por los aztecas y actualmente por grupos religiosos como la “Iglesia Nativa Norteamericana”, que reúne alrededor de 250.000 adherentes, entre indígenas de los estados del oeste de Estados Unidos. Tiene una estructura química similar a las catecolaminas. La ingestión de 350 a 500mg produce alucinaciones por periodos de 5 a 12 horas. La psicosis aguda que provoca se acompaña de manifestaciones simpáticas. **Psicolocibina y psilocina:** son derivados

triptamínicos que provienen del hongo *Psilocybe Mexicana* Heim. La acción de este hongo fue estudiada en 1959 por Delay, Pichot y Lemperiere, quienes clasificaron sus efectos en: modificaciones de la afectividad, modificaciones del comportamiento, modificaciones de la relación con el mundo exterior, fenómenos psicosensores, despersonalización, construcciones delirantes. La acción tiene una duración aproximada de 2 horas, y se acompaña de alucinaciones, hipertermia, pérdida de conciencia y convulsiones tónico-clónicas. Entre los niños ha habido casos fatales.

Canabinoides: (marihuana, hachís, charas, bhang, ganjo). Se trata de un arbusto de 1,8 a 3,6 metros (*Cannabis Sativa* Linneo), que se desarrolla en forma silvestre en regiones tropicales o templadas. Comúnmente se fuma pero también se puede ingerir. Su principio activo es el tetrahidrocannabinol (THC), cuya concentración varía según el lugar de origen, entre el 0,5 y el 4%. Las secreciones resinosas de esta planta son, en el Medio Oriente, las fuentes del origen del hachis, cuyo contenido en THC llega hasta el 10%. El aceite de hachis obtenido por maceración contiene hasta 20% de THC, y se utiliza en gotas sobre cigarrillos comunes. Los síntomas más comunes son eyección conjuntival, taquicardia, sequedad de la boca y trastornos del equilibrio. Los efectos más buscados por los consumidores tienen que ver con una sensación de bienestar, hiperestesia sensorial, visual, táctil y auditiva, y borramiento de la noción espacio-temporal. Complicaciones agudas: crisis de angustia y extrañamiento respecto de sí mismo; síncope cardíaco, alteraciones de la visión y crisis de sudoración. En sujetos predispuestos, se puede desencadenar descompensaciones psicóticas. Complicaciones crónicas: estados psicóticos crónicos con el gran consumo

de marihuana; gran pasividad que los aleja poco a poco del mundo y de la vida de relación, el pasaje a las drogas pesadas ya que con el tiempo el efecto de la marihuana no es suficiente. Alteraciones físicas: en el ser humano origina alteraciones cromosómicas y reducción en la producción de endorfinas. La interferencia en la ovulación y de la producción de espermatozoides, así como la propiedad de originar hepatitis química.

Amanita Muscaria: se trata de un hongo que se desarrolla en el noreste de Europa y en Estados Unidos de América. La sintomatología aparece desde los pocos minutos a 2 horas después de la ingestión. Los síntomas son lagrimeo, aumento de la salivación y sudoración abundante, bradicardia, miosis, dificultad respiratoria, calambres abdominales y vómitos. Produce, además, alucinaciones. El cuadro puede ser severo pero raramente es fatal; se debe a la acción de un alcaloide de acción parasimpaticomimética.

Dietilamina del ácido lisérgico (LSD): droga aislada por Hoffmann en 1938. Se obtiene de un hongo (*Claviceps Purpurea*), que invade varios cereales, especialmente el centeno. El LSD carece de color, sabor y olor y es soluble en agua. Se administra por vía oral. La dosis mínima es de 25 µg; una óptima dosis psicodélica varía entre 100 a 1000 µg. La dosis mortal en el adulto es de alrededor de 0,2 mg/kg. La acción dura hasta 90 minutos, con 1 a 2 µg/kg. La sintomatología típica es la que depende de la estimulación de simpático. Las manifestaciones psíquicas mas destacables son alucinaciones visuales, auditivas y táctiles, los síndromes de despersonalización, los cuadros agudos de pánico, psicosis persistente después de abandonar la droga (flash-back), reacciones adversas y delirio. El LSD, la mescalina y la psilocibina causan psicosis experimentales muy

similares a la esquizofrenia. Esto sería la consecuencia del aumento de la serotonina cerebral. **Sintéticos: Antiparkinsonianos:** son drogas con efecto similar a las solanáceas, pero usada en el tratamiento de los síndromes parkinsonianos, ya que por acción central actúan sobre la rigidez y el temblor de estas afecciones, produciendo relajación muscular. El grupo de los anticolinérgicos y parasimpaticolíticos es utilizado por drogadictos por sus efectos excitantes sobre el SNC, y por ser capaces de producir estados confusionales, alucinaciones y delirio. Se trata de sustancias químicas de síntesis, con acción anticolinérgica. Alguno de ellos son estimulantes centrales: trihexifenidilo (Artane NR), clorhidrato de biperideno (Akineton NR). La sintomatología de la intoxicación es dependiente de su acción anticolinérgica (taquicardia, palpitaciones, sequedad de mucosas, constipación, disuria y midriasis) y de su acción sobre el SNC (excitación, delirio y alucinaciones). **Fenciclidina:** (PCP) Productos afines: N-etil-l-fenil-cicloexilamina (PCE); 1-(l-fenil-cicloexil)-pirrolidina (PCP, PHP). Produce aumento de la secreción bronquial y salival, miosis, nistagmo, excitación, ataxia, taquicardia e hipertensión arterial. Ha sido descrita la rabdomiólisis. Puede haber depresión respiratoria, convulsiones, hipotensión arterial, coma y muerte. Psíquicamente, es destacable el comportamiento agresivo, las alucinaciones y la producción de un cuadro psicótico agudo, similar a la esquizofrenia.

- 6- Nicotina y tabaco:** los constituyentes del humo del tabaco son: alquitrán, nicotina, monóxido de carbono, irritantes. La nicotina es una amina terciaria con una piridina y un anillo de pirrolidina. Acción sobre el organismo: la nicotina, sobre todo cuando se fuma, ejerce varios efectos farmacológicos

sobre el sistema cardiovascular, la mayoría de los cuales están relacionados con la estimulación del sistema nervioso simpático, estos incluye: aumento en la frecuencia cardíaca y la presión arterial, volumen sistólico y gasto cardíaco, así como el influjo sanguíneo coronario; vasoconstricción cutánea con una disminución asociada de la temperatura cutánea, venoconstricción sistémica y un aumento del flujo sanguíneo muscular; un aumento de las concentraciones circulantes de adrenalina y de noradrenalina; un aumento de los niveles circulantes de ácidos grasos libres, glicerol y lactato. En los fumadores habituales, existen algunas diferencias en los efectos de la nicotina. Por ejemplo, la presión parece no aumentar significativamente, probablemente como consecuencia del desarrollo de una tolerancia a la nicotina. El mayor aumento de la frecuencia cardíaca se produce con los primeros cigarrillos del día, pero posteriormente permanece inalterada. Los fumadores presentan niveles elevados de lipoproteínas de baja densidad (LDL) y niveles reducidos de lipoproteínas de alta densidad (HDL), fenómeno asociado a la arterosclerosis. Además, la concentración máxima de nicotina alcanzada en el tabaquismo esta implicada en la hiperactividad y función de las plaquetas, ya que la sangre de los fumadores tiende a coagularse mas fácilmente. La nicotina ejerce efectos sobre el SNC, los fumadores experimentan cambios del humor como: placer, disminución de la cólera y la tensión, activación cortical (especialmente con los primeros cigarrillos del día), relajación (en particular en situaciones de stress). Además, fumar puede favorecer la atención, el aprendizaje, el tiempo de reacción y la resolución de problemas. La nicotina posee también efectos endocrinos y

metabólicos. El tabaquismo aumenta los niveles circulantes de los compuestos endógenos siguientes: endorfinas, ACTH, hormona del crecimiento, prolactina, catecolaminas, cortisol, vasopresina. Los efectos hormonales de la nicotina pueden variar, dependiendo de la frecuencia y cantidad de cigarrillos fumados, y de si los fumadores han desarrollado tolerancia a la nicotina al fumar de forma repetida. El tabaquismo se asocia también a menopausia precoz y a un riesgo aumentado de osteoporosis en las mujeres. Los fumadores suelen tener un peso corporal inferior a los no fumadores, por término medio de 2.7 a 4.5 Kg menos. Esto es consecuencia de que el tabaquismo se asocia a un consumo reducido de alimentos y a un gasto energético mayor. Por otro lado, lo que colorea de pardo el filtro de los cigarrillos, mancha la piel de los dedos y los dientes de quienes fuman, no es la nicotina, ya que esta es incolora, sino los componentes del alquitrán del tabaco, que solo han sufrido una combustión parcial y que se depositan como residuos. Quien fuma una cajetilla diaria inhala unos 840 centímetros cúbicos de alquitrán de tabaco por año, lo que significa rociar las vías respiratorias superiores y los pulmones con algo más de tres cuartos de litro de alquitrán, que además contiene benzopireno. El benzopireno es una sustancia que lesiona el material genético de las células y produce cáncer en los órganos con los que se pone en contacto. Por eso el fumar causa cáncer, sobre todo pulmonar, pero también de boca, garganta y estómago, y se relaciona con el de vejiga y útero.

Condición legal:

Ilícitas: Marihuana, Cocaína, Heroína, LSD, Mezcalina, Drogas de diseño.

Lícitas: Anfetaminas (uso médico), Opiáceas (uso médico), Alcohol (uso social), Inhalantes (uso industrial), Cafeína-Nicotina (uso social).

CRITERIOS PARA EL DIANÓSTICO DE ADICCIÓN, INTOXICACION, DEPENDENCIA Y SINDROME DE ABSTINENCIA.

Manual de Enfermedades y Estadísticas: DSM-IV

Uno de los estándares más importantes actualmente como referencia para el diagnóstico de la adicción es el Manual de Enfermedades y Estadísticas de la Asociación Americana de Psiquiatría. Conocido por sus siglas en inglés DSM-IV en su cuarta versión, incluye criterios para el diagnóstico tanto de la adicción química como para otros desórdenes relacionados con el uso de psicotrópicos tales como: el abuso de sustancias, la intoxicación y el síndrome de abstinencia, así como de las psicosis inducidas por el uso de drogas.

En la actual edición del DSM-IV se establecen siete (7) criterios para el diagnóstico de la dependencia química, de esta manera.

Dependencia de sustancias

Un patrón maladaptativo de uso de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres (3) ó más de los ítem siguientes; en algún momento de un período continuo de doce (12) meses.

(1) Tolerancia, definida por (a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación, o el efecto deseado o, (b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.

(2) Abstinencia, definida como cualquiera de los siguientes ítem (a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia o (b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

- (3) La sustancia se consume en cantidades mayores o durante un período más prolongado de lo que originalmente se pretendía.
- (4) Existe un deseo persistente o se realizan esfuerzos infructuosos por controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
- (5) Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej. , visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un cigarrillo tras otro) o en la recuperación de sus efectos.
- (6) Reducción o abandono de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
- (7) Se continúa consumiendo la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes que parecen causados o exacerbados por el uso de la sustancia (p.ej., consumo de cocaína a pesar de saber que provoca depresión rebote)

El DSM-IV propone aplicar estos criterios a cada una de las sustancias sospechosas, de modo que cada dependencia específica se codifica con un número distinto.

Abuso de Sustancias

Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por uno (ó más) de los ítem siguientes durante un período de 12 meses:

- (1) Consumo recurrente de sustancias, que da lugar a incumplimiento de obligaciones en el trabajo, escuela o casa.

(2) Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que el hacerlo es físicamente peligroso.

(3) Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia.

(4) Consumo continuado de la sustancia a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes, o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia.

(5) Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancias.

Al igual que con la dependencia se propone usar los criterios para evaluar cada sustancia que produce abuso. De este modo puede resultar en varios diagnósticos de abuso de sustancias.

Intoxicación por Sustancias

A. Presencia de un síndrome reversible específico de una sustancia debido a su ingesta reciente o a su exposición.

B. Cambios psicológicos o de comportamiento desadaptativos clínicamente significativos debidos al efecto de la sustancia sobre el sistema nervioso central.

Se propone utilizar estos criterios para evaluar cada sustancia involucrada en la intoxicación, de modo que cada sustancia que produce intoxicación tiene su propio código.

Síndrome de Abstinencia de Sustancias

- A. Presencia de un síndrome específico de una sustancia debido al cese o la reducción de su consumo que previamente había sido prolongado o en grandes cantidades.
- B. El síndrome específico de la sustancia causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican por la presencia de otro trastorno mental.

Criterios para el diagnóstico de F10.00 Intoxicación por alcohol (303.0)

- A. Ingestión reciente de alcohol.
- B. Cambios psicológicos comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (sexualidad inapropiada, comportamiento agresivo, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio y deterioro de la actividad social o laboral) que se presentan durante la intoxicación o pocos minutos después de la ingesta de alcohol.
- C. Uno (o más) de los siguientes síntomas que parecen durante o poco tiempo después del consumo de alcohol:
 - 1- lenguaje farfullante
 - 2- incoordinación
 - 3- marcha inestable
 - 4- nistagmo

5- deterioro de la atención o de la memoria

6- estupor o coma

D. Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Criterios para el diagnóstico de F16.0 Intoxicación por alucinógenos (292.89)

A. Consumo reciente de un alucinógeno

B. Cambios psicológicos y comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (por ej. Ansiedad o depresión marcadas, ideas de referencia, miedo a perder el control, ideaciones paranoides, deterioro del juicio o la actividad social o laboral) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo del alucinógeno.

C. Cambios perceptivos que tienen lugar en un estado de alerta y vigilancia totales (por ej. Intensificación subjetiva de las percepciones, despersonalización, desrealización, ilusiones, alucinaciones, sinestias) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de alucinógenos.

D. Dos (o más) de los siguientes signos que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de alucinógenos:

1- dilatación pupilar

2- taquicardia

3- sudoración

- 4- palpitaciones
- 5- visión borrosa
- 6- temblores
- 7- incoordinación

E. Los síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Criterios para el diagnóstico de F16.70 Trastorno perceptivo persistente por alucinógenos (flashbacks) (292.89)

- A. Re-experimentación , después del cese del consumo de alucinógenos, de uno o más síntomas perceptivos que ya se experimentaron en la intoxicación por el alucinógeno (por ej. Alucinaciones geométricas, percepciones falsas de movimiento en los campo visuales periféricos, falsees de color, intensificación de los colores, estelas en la imágenes de objetos en movimiento, postimágenes positivas, halos alrededor de los objetos, macropsia y micropsia)
- B. Los síntomas del Criterio A provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.
- C. Los síntomas no son debidos a enfermedad médica (por ej. Lesiones anatómicas e infecciones del cerebro, epilepsias visuales) ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (por ej. Delirium, demencia, esquizofrenia) o por alucinaciones hipnopómpicas.

Trastornos inducidos por alucinógenos:

- Intoxicación por alucinógenos
- Trastorno perceptivo persistente por alucinógenos
- Delirium por intoxicación por alucinógenos
- Trastorno psicótico inducido por alucinógenos: con ideas delirantes, con alucinación
- Trastorno de ansiedad inducido por alucinógenos
- Trastorno del estado de ánimo inducido por alucinógenos
- Trastorno relacionado con alucinógenos no especificado

Criterios para el diagnóstico de F15.00 Intoxicación por amfetamina (292.89)

- A. Consumo reciente de amfetaminas o sustancias afines (por ej. Metilfenidato)
- B. Cambios psicológicos comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (por ej. Euforia o embotamiento afectivo, cambios de la sociabilidad, hipervigilancia, sensibilidad interpersonal, ansiedad, tensión o cólera, comportamiento estereotipado, deterioro de la capacidad de juicio o de la actividad social o laboral) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de amfetaminas o sustancias afines.
- C. Dos (o más) de los siguientes signos y síntomas , que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de amfetaminas o sustancias afines:

1- taquicardia o bradicardia

- 2- dilatación pupilar
- 3- tensión arterial aumentada o disminuida
- 4- sudoración o escalofríos
- 5- náuseas o vómitos
- 6- pérdida de peso demostrable
- 7- agitación o retraso psicomotores
- 8- debilidad muscular, depresión respiratoria, dolor en el pecho o arritmias cardíacas
- 9- confusión, crisis comiciales, discinesias, distonía o coma

D. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Nota: codificar F15.04 con alteraciones perceptivas.

Criterios para el diagnóstico de F15.00 Intoxicación por cafeína (305.90)

- A. Consumo reciente de cafeína, normalmente más de 250mg (por ej. Más de 2-3 tazas de café).
- B. Cinco (o más) de los siguientes signos, que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de cafeína:
 - 1- inquietud
 - 2- nerviosismo
 - 3- excitación

- 4- insomnio
- 5- rubefacción facial
- 6- diuresis
- 7- alteraciones digestivas
- 8- contracciones musculares
- 9- logorrea y pensamiento acelerado
- 10-taquicardia o arritmia cardiaca
- 11-sensación de infatigabilidad
- 12-agitación psicomotora

C. Los síntomas de Criterio B causan un malestar clínicamente significativo o un deterioro laboral o social, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (por ej. Un trastorno de ansiedad)

Trastornos inducidos por cafeína:

- Intoxicación por cafeína
- Trastorno de ansiedad inducido por cafeína
- Trastorno del sueño inducido por cafeína
- Trastorno relacionado con cafeína no especificado

Criterios para el diagnóstico de F12.00 Intoxicación por cannabis (292.89)

- A. Consumo reciente de cannabis.
- B. Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (por ej. Deterioro de la coordinación motora, euforia, ansiedad, sensación de que el tiempo transcurre lentamente, deterioro de la capacidad de juicio, retraimiento social) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de cannabis.
- C. Dos (o más) de los siguientes síntomas que aparecen a las dos horas del consumo de cannabis:
 - 1- Inyección conjuntival
 - 2- Aumento del apetito
 - 3- Sequedad de boca
 - 4- Taquicardia
- E. Los síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Nota: Codificar F12.04 con alteraciones perceptivas.

Trastornos inducidos por cannabis:

- Intoxicación por cannabis
- Intoxicación por cannabis, con alteraciones perceptivas
- Delirium por intoxicación por cannabis

- Trastorno psicótico inducido por cannabis: con ideas delirantes, con alucinaciones
- Trastorno de ansiedad inducido por cannabis
- Trastorno relacionado con cannabis no especificado

Criterios para el diagnóstico de F14.00 Intoxicación por cocaína (292.89)

- A. Consumo reciente de cocaína.
- B. Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (por ej. Euforia o afectividad embotada; aumento de la sociabilidad; hipervigilancia; sensibilidad interpersonal; ansiedad; tensión o cólera; comportamientos estereotipados; deterioro de la capacidad de juicio o; deterioro de la actividad laboral o social) que se presentan durante, o poco tiempo después, del consumo de cocaína.
- C. Dos o más de los siguiente signos, que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de cocaína.
 - 1. taquicardia o bradicardia
 - 2. dilatación pupilar
 - 3. aumento o disminución de la presión arterial
 - 4. sudoración o escalofríos
 - 5. náuseas o vómitos
 - 6. pérdida de peso demostrable
 - 7. agitación o retraso psicomotores

8. debilidad muscular, depresión respiratoria, dolor en el pecho o arritmias cardíacas
9. confusión, crisis comiciales, discinesias, distonía o coma

D. Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Nota de codificación: Codificar F14.04 con alteraciones perceptivas.

Criterios para el diagnostico de F19.00 Intoxicación por fenciclidina (292.89).

- A. Consumo reciente de fenciclidina (o una sustancia de acción similar).
- B. Cambios psicológicos comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (por ej. Beligerancia, heteroagresividad, impulsividad, comportamiento imprevisible, agitación psicomotora, alteración de la capacidad de juicio, o del rendimiento laboral o social) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de fenciclidina.
- C. Dos (o más) de los siguientes signos que aparecen en la primera hora después del consumo de la sustancia (o antes si es fumada, aspirada o inyectada por vía intravenosa)
 - 1- nistagmo horizontal o vertical
 - 2- hipertensión o taquicardia
 - 3- obnubilación o disminución de la sensibilidad al dolor
 - 4- ataxia
 - 5- disartria

- 6- rigidez muscular
- 7- crisis convulsivas o coma
- 8- hiperacusia

D. Los síntomas no se deben a enfermedad médica, ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Nota: codificar F19.04 con alteración perceptivas.

Trastornos inducidos por fenciclidina.

- Intoxicación por fenciclidina
- Intoxicación por fenciclidina, con alteraciones perceptivas
- Delirium por intoxicación con fenciclidina
- Trastorno psicótico inducido por fenciclidina: con ideas delirantes, con alucinaciones
- Trastorno del estado de ánimo inducido por fenciclidina
- Trastorno de ansiedad inducido por fenciclidina
- Trastorno relacionado con fenciclidina no especificado

Criterios para el diagnóstico de F18.00 Intoxicación por inhalantes (292.89)

- A. Consumo reciente intencionado o breve exposición a dosis altas de inhalantes volátiles (excluyendo los gases anestésicos y los vasodilatadores de acción corta).
- B. Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (beligerancia, violencia, apatía, deterioro del juicio, deterioro de la actividad social o laboral) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo o exposición a inhalantes volátiles.
- C. Dos (o más) de los siguientes signos, que aparecen durante o poco tiempo después del consumo o exposición a inhalantes.

- 1- mareo
- 2- nistagmo
- 3- incoordinación
- 4- lenguaje farfullante
- 5- marcha inestable
- 6- letargia
- 7- disminución de los reflejos
- 8- retraso psicomotor
- 9- temblores
- 10- debilidad muscular generalizada
- 11- visión borrosa o diplopía
- 12- estupor o coma
- 13- euforia

- D. Estos síntomas no son debidos a enfermedad medica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Trastornos inducidos por inhalantes.

- Intoxicación por inhalantes
- Delirium por intoxicación por inhalantes
- Demencia persistente inducida por inhalantes
- Trastorno psicótico inducido por inhalantes: con ideas delirantes, con alucinaciones
- Trastorno del estado de ánimo inducido por inhalantes
- Trastorno de ansiedad inducido por inhalantes
- Trastorno relacionado con inhalantes no especificado

Criterios para el diagnostico de F11.00 Intoxicación por opiáceos (292.89).

- A. Consumo reciente de un opiáceo.
- B. Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (por ej. Euforia inicial seguida de apatía, disforia, agitación o inhibición psicomotora, alteración de la capacidad de juicio, o deterioro social o laboral) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de opiáceos.
- C. Miosis (o midriasis por anoxia en la intoxicación grave) y uno (o mas) de los siguientes signos que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de opiáceos.

- 1- somnolencia o coma
- 2- lenguaje farfullante
- 3- deterioro de la atención o la memoria

D. Los síntomas no son debidos a una enfermedad medica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Criterios para el diagnostico de F13.00 Intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (292.89).

- A. Consumo reciente de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
- B. Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (por ej. Comportamiento sexual inapropiado o comportamiento agresivo, labilidad del estado de ánimo, deterioro de la capacidad de juicio, deterioro de la actividad social o laboral) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
- C. Uno (o más) de los siguientes signos, que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

- 1- lenguaje farfullante
- 2- incoordinación
- 3- marcha inestable
- 4- nistagmo
- 5- deterioro de la atención o la memoria

6- estupor o coma

D. Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Criterios para el diagnóstico de F10.3 Abstinencia de alcohol (291.8)

A. Interrupción (o disminución) del consumo de alcohol después de su consumo prolongado y en grandes cantidades.

B. Dos (o más) de los siguientes síntomas desarrollados horas o días después de cumplirse el Criterio A:

- 1- Hiperactividad autonómica (por ej. Sudoración o más de 100 pulsaciones)
- 2- Temblor distal de las manos
- 3- Insomnio
- 4- Náuseas o vómitos
- 5- Alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones
- 6- Agitación psicomotora
- 7- Ansiedad
- 8- Crisis comiciales de gran mal (crisis epilépticas)

- C. Los síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad social laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.
- D. Los síntomas no se deben a enfermedad médica, ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Nota: especificar si: con alteraciones perceptivas.

Trastornos inducidos por alcohol.

- Intoxicación por alcohol
- Abstinencia de alcohol
- Delirium por intoxicación con alcohol
- Demencia persistente inducida por alcohol
- Trastorno amnésico persistente inducido por alcohol
- Trastorno psicótico inducido por alcohol: con ideas delirantes, con alucinaciones
- Trastornos del estado de ánimo
- Trastorno de ansiedad inducido por alcohol
- Trastorno del sueño inducido por alcohol
- Trastorno relacionado con alcohol no especificado

Criterios para el diagnóstico de F15.3 Abstinencia de anfetamina (292.0)

- A. Interrupción (o disminución) del consumo de anfetamina (o sustancias afines) después de su consumo prolongado y en grandes cantidades.
- B. Estado de ánimo disfórico y dos (o más) de los siguientes cambios fisiológicos, que aparecen horas o días después del Criterio A:
- 1- fatiga
 - 2- sueños vívidos, desagradables
 - 3- insomnio o hipersomnias
 - 4- aumento del apetito
 - 5- retraso o agitación psicomotora
- C. Los síntomas de Criterio B causan un malestar clínicamente significativo o un deterioro laboral o social, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Trastornos inducidos por anfetaminas:

- Intoxicación por anfetamina
- Intoxicación por anfetamina, con alteraciones perceptivas
- Abstinencia de anfetamina
- Delirium por intoxicación por anfetamina
- Trastorno psicótico inducido por anfetamina
- Trastorno de ansiedad inducido por anfetamina

- Trastorno del sueño inducido por anfetamina
- Trastorno sexual inducido por anfetamina
- Trastorno del estado de ánimo inducido por anfetamina
- Trastorno relacionado con anfetamina no especificado

Criterios para el diagnóstico de F14.3 Abstinencia de cocaína (292.0)

- A. Interrupción (o disminución) del consumo prolongado de abundantes cantidades de cocaína.
- B. Estado de ánimo disfórico y dos (o más) de los siguientes cambios fisiológicos que aparecen pocas horas o días después del criterio A.
 - 1- fatiga
 - 2- sueños vívidos y desagradables
 - 3- insomnio o hipersomnia
 - 4- aumento del apetito
 - 5- retraso o agitaciones psicomotoras
- C. Los síntomas del Criterio B causan un malestar clínicamente significativo, un deterioro de la actividad laboral, social o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.
- D. Los síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Trastornos inducidos por cocaína.

- Intoxicación por cocaína.
- Intoxicación por cocaína, con alteraciones perceptivas.
- Abstinencia de cocaína
- Delirium por intoxicación con cocaína
- Trastorno psicótico inducido por la cocaína: con ideas delirantes, con alucinaciones.
- Trastorno del estado de ánimo inducido por cocaína.
- Trastorno de ansiedad inducido por cocaína.
- Trastorno del sueño inducido por cocaína.
- Trastorno sexual inducido por cocaína.
- Trastorno relacionado con cocaína no especificado.

Criterios para el diagnóstico de F17.3 Abstinencia de nicotina (292.0).

- A. Consumo de nicotina durante al menos algunas semanas.
- B. Interrupción brusca o disminución de la cantidad de nicotina consumida seguida a las 24 por cuatro (o más) de los siguientes signos:
 - 1- estado de ánimo disfórico o depresivo
 - 2- insomnio
 - 3- irritabilidad, frustración o ira
 - 4- ansiedad
 - 5- dificultades de concentración
 - 6- inquietud
 - 7- disminución de la frecuencia cardíaca

8- aumento del apetito o del peso

- C. Los síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social o laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Trastornos inducidos por la nicotina.

- Abstinencia de nicotina
- Trastorno relacionado con nicotina no especificado

Criterios para el diagnóstico de F11.3 Abstinencia de opiáceos (292.0).

- A. alguna de las siguientes posibilidades:
 - 1- Interrupción (o disminución) de un consumo abundante y prolongado (varias semanas o más) de opiáceos.
 - 2- Administración de un antagonista opiáceo después de un periodo de consumo de opiáceos.

- B. Tres (o más) de los siguientes signos y síntomas que aparecen de pocos minutos a varios días después del Criterio A.
 - 1- humor disfórico

- 2- náuseas o vómitos
- 3- dolores musculares
- 4- lagrimeo o rinorrea
- 5- dilatación pupilar, pilo erección o sudoración
- 6- diarrea
- 7- bostezos
- 8- fiebre
- 9- insomnio

- C. Los síntomas del Criterio B provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no son debidos a enfermedad medica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Trastornos inducidos por opiáceos.

- Intoxicación por opiáceos
- Intoxicación por opiáceos, con alteraciones perceptivas
- Abstinencia de opiáceos
- Delirium por intoxicación por opiáceos
- Trastorno psicóticos inducido por opiáceos: con ideas delirantes, con alucinaciones
- Trastorno del sueño inducido por opiáceos
- Trastorno del estado de ánimo inducido por opiáceos

- Trastorno sexual inducido por opiáceos
- Trastorno relacionado con opiáceos no especificado

Criterios para el diagnóstico de F13.3 Abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (292.0).

- A. interrupción (o disminución) de un consumo abundante y prolongado de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
- B. Dos (o más) de los siguientes signos, que aparecen entre algunas horas o días después del Criterio A.
 - 1- hiperactividad autonómica (por ej. Sudoración o más de 100 pulsaciones)
 - 2- aumento del temblor de manos
 - 3- insomnio
 - 4- náuseas o vómitos
 - 5- alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones
 - 6- agitación psicomotora
 - 7- ansiedad
 - 8- crisis comiciales de gran mal (crisis epilépticas)
- C. Los síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social o laboral, o de otras áreas importantes en la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otros trastornos mentales.

Nota: especificar con alteraciones perceptivas.

Trastornos inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

- Intoxicación inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- Abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- Delirium por intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- Delirium por abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- Demencia persistente por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- Trastorno amnésico persistente inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- Trastorno psicóticos inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos: con ideas delirantes, con alucinaciones
- Trastorno del estado de ánimo inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- Trastorno de ansiedad inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- Trastorno sexual inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- Trastorno del sueño inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- Trastorno relacionado con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos no especificado

Criterios para el diagnóstico de ansiedad inducido por sustancias.

- A. La ansiedad de carácter prominente, las crisis de angustia, o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro.

B. A partir de la historia clínica, la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que 1 o 2:

1- los síntomas del Criterio A aparecen durante la intoxicación o abstinencia o en el primer mes siguiente

2- el consumo del medicamento está relacionado etimológicamente con la alteración

C. La alteración no se explica mejor por un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias. Entre las pruebas que demuestran que los síntomas pueden atribuirse más correctamente a un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias se excluyen las siguientes: la aparición de los síntomas precede al consumo de la sustancia (o medicamento); los síntomas persisten durante un tiempo considerable (por ej. Alrededor de un mes) después del final del periodo agudo de intoxicación o abstinencia, o son claramente excesivos en comparación con los que cabría esperar teniendo en cuenta el tipo o la cantidad de la sustancia consumida o la duración de ese consumo; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno de ansiedad independiente no inducido por sustancias (por ej. Una historia de episodios de carácter recidivante no relacionados con sustancias).

D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

E. La alteración provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Nota: Solo debe efectuarse este diagnóstico en vez del de intoxicación o abstinencia cuando los síntomas de ansiedad son claramente excesivos en comparación con los que cabría esperar en una intoxicación o una abstinencia y cuando son de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

Especificar si:

Con ansiedad generalizada: si predominan una ansiedad o una preocupación excesiva, centrada en múltiples acontecimientos o actividades. Con crisis de angustia: si predominan las crisis de angustia.

Con síntomas obsesivo-compulsivos: si predominan las obsesiones o compulsiones.

Con síntomas fóbicos: si predominan síntomas de carácter fóbico.

Especificar si:

De inicio durante la intoxicación: si se cumplen los criterios diagnósticos de intoxicación por una sustancia y los síntomas aparecen durante el síndrome de intoxicación.

De inicio durante la abstinencia: si se cumplen los criterios diagnósticos de síndrome de abstinencia de una sustancia y los síntomas aparecen durante o poco después de la abstinencia.

Criterios para el diagnóstico de trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.

- A. En el cuadro clínico predomina una notable y persistente alteración de la estado de animo caracterizada por uno (o ambos) de los siguientes estados:
- 1- estado de animo depresivo o notable disminución de intereses o del placer en todas o en casi todas las actividades.
 - 2- Estado de animo elevado, expansivo o irritable
- B. A partir de la historia clínica, la exploración física o los exámenes de laboratorio, hay pruebas de que 1 o 2:
- 1- los síntomas del Criterio A aparecen durante o en el mes siguiente a una intoxicación o abstinencia
 - 2- el empleo de un medicamento esta etimológicamente relacionado con la alteración
- C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno de la estado de animo que no sea inducido por sustancias. Las pruebas de que los síntomas no son atribuibles a un trastorno del estado de ánimo no inducido por sustancias pueden ser las siguientes: los síntomas preceden al inicio del consumo de las sustancia (o al consumo del medicamento); los síntomas persisten durante un periodo sustancial de tiempo (por ej. Alrededor de un mes) después del final de la abstinencia aguda o la intoxicación grave, o son claramente excesivos con respecto a lo que seria esperable dado el tipo o la cantidad de la sustancia utilizada o la duración de su uso; o hay otros datos que sugieren la existencia independiente de un

trastorno del estado del animo no inducido por sustancias (por ej. Una historia de episodios depresivos mayores recidivantes)

D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

E. Los síntomas provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Nota: este diagnostico debe hacerse en lugar de un diagnostico de intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias únicamente si los síntomas exceden de los normalmente asociados con el síndrome de intoxicación o abstinencia cuando son de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

Tipos:

Con síntomas depresivos: si el estado de animo predominante es depresivo.

Con síntomas maniacos: si el estado de animo es elevado, eufórico o irritable.

Con síntomas mixtos: si hay tanto síntomas de manía como de depresión sin que ninguno de ellos predomine.

Especificar si:

De inicio durante la intoxicación: si se cumplen los criterios para la intoxicación por la sustancia y los síntomas aparecen durante la intoxicación.

De inicio durante la abstinencia: si se cumplen los criterios para la abstinencia de sustancias y los síntomas aparecen durante o poco tiempo después del síndrome de abstinencia.

Criterios para el diagnostico de trastorno psicótico inducido por sustancias.

- A. Alucinaciones o ideas delirantes. Nota: no incluir las alucinaciones si el sujeto es consciente de que son provocadas por la sustancia.
- B. A partir de la historia clínica, la exploración física, y exámenes de laboratorio, hay pruebas de hay pruebas de 1 o 2:

9- Los síntomas del Criterio A aparecen durante o en el mes siguiente a la intoxicación por o abstinencia de sustancias.

10-El consumo de un medicamento esta etimológicamente relacionado con la alteración.

- C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno psicótico no inducido por sustancias. Las pruebas de que los síntomas no son atribuibles a un trastorno psicótico no inducido por sustancias pueden ser las siguientes: los síntomas preceden al inicio del consumo de la sustancia (o al consumo del medicamento); los síntomas persisten durante un periodo sustancial de tiempo (por ej. Alrededor de un me) tras la abstinencia aguda o la intoxicación grave, o son claramente excesivos en relación con lo que cabria esperar por el tipo o la cantidad de la sustancia utilizada o la duración de su uso; o hay otros datos que sugieren la existencia de un trastorno psicótico no inducido por sustancias (por ej. Una historia de episodios recidivantes no relacionados con sustancias)
- D. La alteración no aparece exclusivamente en el trascurso de un delirium.

Nota: debe realizarse este diagnostico en lugar del diagnostico de intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias únicamente si los síntomas son excesivos

en relación con los habitualmente relacionados al síndrome de intoxicación o abstinencia y cuando los síntomas son de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente.

Especificar si:

- de inicio durante la intoxicación: Si se cumplen los criterios para la intoxicación por la sustancia y los síntomas aparecen durante la intoxicación.
- De inicio durante la abstinencia: si se cumplen los criterios para la abstinencia de la sustancia y los síntomas aparecen durante o poco tiempo después del síndrome de abstinencia.

Criterios para el diagnóstico de delirium por intoxicación por sustancias.

- A. Alteración de la conciencia (por ej. Disminución de la capacidad de prestar atención al entorno) con reducción de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención.
- B. Cambio de las funciones cognoscitivas (como deterioro de la memoria, desorientación, alteración del lenguaje) o presencia de una alteración perceptiva que no se explica por una demencia previa o en desarrollo.
- C. La alteración se presenta en un corto período de tiempo (habitualmente en horas o días) y tiende a fluctuar a lo largo del día.
- D. Demostración, a través de la historia, de la exploración física y de las pruebas de laboratorio, de 1 o 2.

11-Los síntomas de los Criterios A y B se presentan durante la intoxicación por la sustancia.

12-El consumo de medicamentos se estima relacionado etiológicamente con la alteración. *

Nota: éste diagnóstico debe hacerse en lugar del diagnóstico de intoxicación por sustancias sólo cuando los síntomas cognoscitivos excedan de los que son propios del síndrome de intoxicación y cuando los síntomas sean de la suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

*Nota: El diagnóstico debe hacerse con delirium inducido por sustancias si está relacionado con el uso de la medicación.

Códigos para el delirium por intoxicación por:

F10.03 Alcohol (291.0)

F16.03 Anfetaminas (292.81)

F15.03 Anfetaminas (o sustancias afines) (292.81)

F12.03 Cannabis (292.81)

F14.03 Cocaína (292.81)

F19.03 Fenciclidina (o sustancias de acción similar) (292.81)

F18.01 Inhalantes (292.81)

F11.03 Opiáceos (292.81)

F13.03 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (292.81)

F19.03 Otras sustancias (o sustancias desconocidas) (292.81) (por ej. Cimetidina, digital, benzotropina)

Criterios para el diagnóstico de delirium por abstinencia de sustancias.

- A. Alteración de la conciencia (por ej. Disminución de la capacidad de prestar atención al entorno) con reducción de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención.
- B. Cambio en las funciones cognoscitivas (como deterioro de la memoria, desorientación, alteración del lenguaje) o presencia de una alteración perceptiva que no se explica por una demencia previa o en desarrollo.
- C. La alteración se presenta en un corto período de tiempo (habitualmente en horas o días) y tiende a fluctuar a lo largo del día.
- D. Demostración, a través de la historia, de la exploración física, y de las pruebas de laboratorio, de que los síntomas de los Criterios A y B se presentan durante poco tiempo después de un síndrome de abstinencia.

Nota: éste diagnóstico debe hacerse en lugar del diagnóstico de abstinencia de sustancias sólo cuando síntomas cognoscitivos excedan de los propios del síndrome de abstinencia y cuando los síntomas sean de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

Criterios para el diagnóstico de demencia persistente inducida por sustancias.

- A. La presencia de los múltiples déficit cognoscitivos se manifiesta por:

1- deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente)

2- una (o más) de las siguientes alteraciones cognoscitivas:

a- afasia (alteración del lenguaje)

b- apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la actividad motora está intacta)

c- agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta)

d- alteración de la actividad de ejecución (por ej. Planificación, organización, secuenciación y abstracción)

B. Los déficit cognoscitivos en los Criterios A1 y A2 provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representan una merma importante del nivel previo de actividad.

C. Los déficit no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium y persisten más allá de la duración habitual de la intoxicación o abstinencia de sustancias.

D. Demostración a través de la historia, de la exploración física o de los hallazgos de laboratorio de que los déficit están etiológicamente relacionados con los efectos persistentes del consumo de sustancias (por ej. Una droga de abuso, un medicamento).

Código para la demencia persistente inducida por:

F10.73 Alcohol (291.2)

F18.73 Inhalantes (292.82)

F13.73 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (292.82)

F19.73 Otras (sustancias desconocidas) (292.82)

Criterios para el diagnóstico de Trastorno amnésico persistente inducido por sustancias.

- A. El deterioro de la memoria se manifiesta por un déficit de la capacidad para aprender información nueva, o incapacidad para recordar información aprendida previamente.
- B. La alteración de la memoria provoca un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representa una merma importante del nivel previo de actividad.
- C. La alteración de la memoria no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium o de una demencia, y se mantiene mas allá de la duración habitual de la intoxicación o abstinencia de sustancias.
- D. Demostración, a través de la historia, de la exploración física, o de las pruebas de laboratorio, de que la alteración de la memoria está relacionada etiológicamente con los efectos persistentes de la sustancia (por ej. Una droga de abuso, un medicamento)

Códigos para el trastorno amnésico persistente inducido por sustancias:

F10.6 Alcohol (291.1)

F13.6 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (292.83)

F19.6 Otras sustancias (o desconocidas) (292.83)

Criterios para el diagnóstico de F60.7 Trastorno de la personalidad por dependencia (301.6).

Una necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, que ocasiona un comportamiento de sumisión y adhesión y temores de separación, que empieza al inicio de la edad adulta y se da en varios contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

- 1- Tiene dificultades para tomar las decisiones cotidianas si no cuenta con un excesivo aconsejamiento y preafirmación por parte de los demás.
- 2- Necesidad de que otros asuman la responsabilidad en las principales parcelas de su vida.
- 3- Tiene dificultades para expresar el desacuerdo con los demás debido al temor a la pérdida de apoyo o aprobación. Nota: no se incluyen los temores o la retribución realista.
- 4- Tiene dificultades para iniciar proyectos o para hacer las cosas a su manera debido a la falta de confianza en su propio juicio o en sus capacidades más que a una falta de motivación o energía.
- 5- Va demasiado lejos por su deseo de lograr protección y apoyo de los demás, hasta el punto de presentarse voluntario para realizar tareas desagradables.

- 6- Se siente incomodo o desamparado cuando esta solo debido a sus temores exagerados a ser incapaz de cuidar de si mismo.
- 7- Cuando termina una relación importante, busca urgentemente otra relación que le proporcione el cuidado y el apoyo que necesita.
- 8- Esta preocupado de forma no realista por el miedo a que le abandonen y tenga que cuidar de si mismo.

Criterios para el diagnostico de trastorno del sueño inducido por consumo de sustancias.

- A. Alteración prominente del sueño de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.
- B. A partir de la historia clínica, la exploración física, o los hallazgos de laboratorio hay pruebas de que 1 o 2:
 - 1- los síntomas del Criterio A aparecen durante la intoxicación o la abstinencia, o dentro del mes siguiente
 - 2- el fármaco esta relacionado etiológicamente con la alteración del sueño
- C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno del sueño no inducido por sustancias. Entre las pruebas que demuestran que los síntomas se explicarían mejor por la presencia de un trastorno del sueño no inducido por sustancias se incluyen las siguientes: la aparición de los síntomas precede al uso de la sustancia (o fármaco); los síntomas persisten

por periodo considerable de tiempo (por ej. Alrededor de un mes) tras el periodo de abstinencia o intoxicación grave, o exceden claramente de los que cabria esperar teniendo en cuenta el tipo o la cantidad de sustancia consumida o la duración de este consumo; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno del sueño no inducido por sustancias independiente (por ej. Una historia de episodios de carácter recurrente no relacionadas con sustancias).

- D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.
- E. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importante de la actividad del individuo.

Nota: sólo debe efectuarse este diagnostico en vez del de intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias cuando los síntomas excedan los que habitualmente se asocian con la intoxicación del síndrome de abstinencia, y cuando de la suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

Tipos:

Tipo insomnio: si el insomnio es la alteración del sueño predominante

Tipo hipersomnia: si la hipersomnia es la alteración del sueño predominante

Tipo parasomnia: si la parasomnia es la alteración del sueño predominante

Tipo mixto: si hay mas de una alteración del sueño y ninguna predomina

Nota: especificar si:

De inicio durante la intoxicación: si se cumplen los criterios para intoxicación por la sustancia y los síntomas aparecen durante el síndrome de intoxicación.

De inicio durante la abstinencia: si se cumplen los criterios para abstinencia de la sustancia y los síntomas aparecen durante o poco tiempo después del síndrome de abstinencia.

Limitaciones del Sistema de Clasificación Actual

A pesar de establecer un sistema de referencia para el diagnóstico que trae muchos beneficios tanto en la objetivización del diagnóstico, así como el intercambio de información de manera sistematizada; aún este sistema de codificación no entiende la adicción en su real expresión, como un desorden que abarca, no solo el uso de sustancias, sino además una gama de conductas compulsivas tales como la adicción al sexo y a la comida, etc.

De todos modos el DSM-IV reconoce la adicción al juego de azar, catalogándolo como juego patológico, que en nuestra opinión es otra forma de llamarle a esta adicción.

Nosotros utilizamos una versión modificada y adaptada de los criterios del DSM-IV que abarca todo el espectro de conductas adictivas y hemos encontrado una utilidad clínica extraordinaria en este paradigma.

Clasificación según la OMS:

F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotropas:

F1x.0 Intoxicación aguda.

Estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de sustancias psicotropas o de alcohol produce alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas.

Pautas para el diagnóstico:

La intoxicación aguda suele estar en relación con la dosis de la sustancia, aunque hay excepción en individuos con cierta patología orgánica subyacente (por ejemplo, con una insuficiencia renal o hepática) en los que dosis relativamente pequeñas pueden dar lugar a una intoxicación desproporcionadamente grave. La desinhibición relacionada con el contexto social (por ejemplo fiestas o carnavales) debe también ser tomada en cuenta. La intoxicación aguda es un fenómeno transitorio. La intensidad de la intoxicación disminuye con el tiempo, y sus efectos desaparecen si no se repite el consumo de la sustancia. La recuperación es completa salvo cuando el tejido cerebral está dañado o surge alguna otra complicación. Los síntomas de la intoxicación no tienen por qué reflejar siempre la acción primaria de la sustancia. Por ejemplo, las sustancias psicotropas depresoras del SNC pueden producir síntomas de agitación o hiperactividad, y las sustancias psicotropas estimulantes, dar lugar a un estado de introversión y retraimiento social. Los efectos de algunas sustancias como el cannabis y los alucinógenos, son particularmente imprevisibles. Por otra parte, muchas sustancias psicotropas pueden producir efectos de diferente tipo en función de la

dosis. Por ejemplo, el alcohol que a dosis bajas parece tener efectos estimulantes del comportamiento, produce agitación y agresividad al aumentar la dosis, y a niveles muy elevados da lugar a una clara sedación.

F1x.00 No complicada (los síntomas varían de intensidad, peor suelen estar en relación con la dosis, en especial a los niveles mas altos).

F1x.01 Con traumatismo o lesión corporal.

F1x.02 Con otra complicación medica (por ejemplo, hematemesis, aspiración de vomito, etc)

F1x.1 Consumo perjudicial:

Forma de consumo que esta afectando ya a la salud física (como en los casos de hepatitis por administración de sustancias psicotropas por vía parenteral) o mental, como por ejemplo, los episodios de trastornos depresivos secundarios al consumo excesivo de alcohol.

Pautas para el diagnóstico:

El diagnostico requiere que se haya afectado la salud mental o física del que consume la sustancia. Las formas perjudiciales de consumo suelen dar lugar a consecuencias sociales adversas de varios tipos. El hecho de que una forma de consumo o una sustancia en particular sean reprobada por terceros o por el entorno en general, no es por si mismo indicativo de un consumo perjudicial, como

tampoco lo es solo el hecho de haber podido derivar en alguna consecuencia social negativa tales como ruptura matrimonial.

F1x.2 Síndrome de dependencia:

Conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumidor de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor mas alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicotropas (aun cuando hayan sido prescritas por un medico) alcohol o tabaco. La recaída en el consumo de una sustancia después de un periodo de abstinencia lleva a la instauración más rápida del resto de las características del síndrome de lo que sucede a individuos no dependientes.

Pautas para el diagnóstico:

El diagnóstico de dependencia solo debe hacerse si durante en algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o mas de los rasgos siguientes:

- a) Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.
- b) Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol, unas veces para controlar

el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo para controlar la cantidad consumida.

- c) Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia característico de la sustancia; o el consumo de la misma sustancia (o de otra muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- d) Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis mas bajas (son ejemplos claros los de la dependencia al alcohol y a los opiáceos, en las que hay individuos que pueden llegar a ingerir dosis suficientes para incapacitar o provocar la muerte a personas en las que no esta presente una tolerancia).
- e) Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.
- f) Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tales como daños hepáticos por consumo excesivo de alcohol, estados de animo depresivo consecutivos a periodos

de consumo elevado de una sustancia o deterioro cognitivo secundario al consumo de la sustancia.

Una característica esencial del síndrome de dependencia es que debe estar presentes el consumo de una sustancia o el deseo de consumirla, la conciencia subjetiva de la compulsión al consumo suele presentarse cuando se intenta frenar o controlar el consumo de la sustancia. Este requisito diagnóstico incluye a los enfermos quirúrgicos que reciben opiáceos para el alivio del dolor y que pueden presentar síntomas de un estado de abstinencia a opiáceos cuando no se les proporciona la sustancia, pero que no tienen deseos de seguir tomando la misma. El síndrome de dependencia puede presentarse a una sustancia específica (por ejemplo, tabaco, diazepam), para una clase de sustancias (por ejemplo, opiáceos) o para un espectro más amplio de sustancias diferentes (como en el caso de los individuos que sienten la compulsión a consumir por lo general cualquier tipo de sustancias disponibles y en los que se presentan inquietud, agitación o síntomas somáticos de un estado de abstinencia, al verse privados de las sustancias).

F1x.20 En la actualidad en abstinencia.

F1x.21 En la actualidad en abstinencia en un medio protegido (hospital, comunidad terapéutica, prisión, etc).

F1x.22 En la actualidad en un régimen clínico de mantenimiento o sustitución supervisada (por ejemplo, con metadona, con chicles o parches de nicotina) (dependencia controlada).

F1x.23 En la actualidad en abstinencia con tratamiento con sustancias aversivas o bloqueantes (por ejemplo, disulfiram o naltrexona).

F1x.24 Con consumo actual de la sustancia (dependencia activa).

F1x.25 Con consumo continuo.

F1x.26 Con consumo episódico (dipsomanía).

F1x.3 síndrome de abstinencia:

Conjunto de síntomas que se agrupan según diferentes modos y niveles de gravedad que se presentan cuando hay una abstinencia absoluta o relativa de una determinada sustancia, tras un consumo reiterado, generalmente prolongado o a dosis elevadas. El comienzo y la evolución del estado de abstinencia están limitados en el tiempo y están relacionados con el tipo de sustancia y la dosis consumida inmediatamente antes de la abstinencia. El síndrome de abstinencia puede complicarse con convulsiones.

Pautas para el diagnóstico:

El síndrome de abstinencia es uno de los indicadores de la presencia del síndrome de dependencia, por lo cual este diagnóstico también debe ser tomado en consideración.

Los síntomas somáticos varían de acuerdo con la sustancia consumida. Los trastornos psicológicos (por ejemplo ansiedad, depresión o trastornos del sueño) son también rasgos frecuentes de la abstinencia. Es característico que los enfermos cuenten que los síntomas del síndrome de abstinencia desaparecen cuando vuelven a consumir la sustancia.

Los síntomas del síndrome de abstinencia pueden inducirse por estímulos condicionados o aprendidos, aun en la ausencia de un uso previo inmediato de la sustancia.

F1x.30 No complicado.

F1x.31 Con convulsiones.

F1x.4 síndrome de abstinencia con delirium:

Trastorno en el que un síndrome de abstinencia se complica con un delirium.

Los síntomas prodrómicos típicos son insomnio, temblores y miedo. A veces el comienzo esta precedido por convulsiones de abstinencia. La tríada clásica de síntomas consiste en obnubilación de la conciencia y estado confusional, alucinaciones e ilusiones vividas en cualquier modalidad sensorial y temblor intenso. Pueden aparecen también ideas delirantes, agitación, insomnio, inversión del sueño-vigilia y síntomas de excitación del sistema nervioso vegetativo.

Excluye: Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas (F05.)

F1x.40 Sin convulsiones

F1x.41 Con convulsiones

F1x.5 Trastorno psicótico:

Trastorno que normalmente se presenta acompañado al consumo de una sustancia o inmediatamente después del el, caracterizado por alucinaciones (auditivas, pero que afectan a menudo a más de una modalidad sensorial), falsos reconocimientos, ideas delirantes o de referencia (a menudo de naturaleza paranoide o de persecución), trastornos psicomotores (excitación, estupor y estados emocionales anormales, que van desde el miedo intenso hasta el éxtasis). Suele haber claridad del sensorio, aunque puede estar presente un cierto grado de obnubilación de la conciencia que no llega al grado de un estado confusional grave. Lo característico es que el trastorno se resuelva parcialmente en un mes y de un modo completo en seis meses.

Pautas para el diagnóstico:

Trastornos psicóticos que se presentan durante el consumo de una droga o inmediatamente después de él (por lo general dentro de las primeras 48 horas), siempre y cuando no sean una manifestación de un síndrome de abstinencia con delirium o de comienzo tardío. Los trastornos psicóticos de comienzo tardío (comienzo después de las dos semanas de consumo de la sustancia), pueden aparecer, pero deben codificarse como F1x.7.

Los síntomas son variados, ya que están en función de la sustancia y de la personalidad del consumidor. En el caso de las sustancias estimulantes, como la cocaína y las anfetaminas, estos trastornos psicóticos se presentan por lo general tras consumos prolongados o a dosis altas de la sustancia.

F1x.50 Esquizofreniforme.

F1x.51 Con predominio de ideas delirantes.

F1x.52 Con predominio de alucinaciones (incluya la alucinosis alcohólica).

F1x.53 Con predominio de síntomas polimorfos.

F1x.54 Con predominio de síntomas depresivos.

F1x.55 con predominio de síntomas maniacos.

F1x.56 Trastorno psicótico mixto.

F1x.6 Síndrome amnésico:

Síndrome en el cual hay un deterioro notable y persistente de la memoria para hechos recientes y la memoria remota se afecta en algunas ocasiones, mientras que esta conservada la capacidad de evocar recuerdos inmediatos. También suelen estar presentes un trastorno del sentido del tiempo con dificultades para ordenar cronológicamente acontecimientos del pasado y una disminución de la capacidad para aprender nuevas cosas. Puede ser marcada la presencia de confabulaciones, aunque no siempre están presentes. El resto de las funciones cognitivas suelen estar relativamente bien conservadas.

Pautas para el diagnóstico:

- a) Trastorno de la memoria para hechos recientes (aprendizaje de material nuevo), trastorno del sentido del tiempo (alteración de la capacidad para ordenar cronológicamente los acontecimientos del pasado, aglutinación de acontecimientos repetidos en uno solo, etc.).

- b) Ausencia de alteración de la evocación de recuerdo inmediatos, menor alteración de la conciencia y en general de las funciones cognoscitivas.
- c) Antecedentes o la presencia objetiva de consumo crónico (y a dosis particularmente altas) el alcohol u otras sustancias psicótropas.

Incluye:

Psicosis de Korsakov inducida por alcohol u otras sustancias psicótropas.

Síndrome de Korsakov inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas.

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

Estados en los cuales ciertos trastornos cognoscitivos, afectivos, de la personalidad o del comportamiento debidos al consumo de alcohol u otras sustancias psicótropas, persisten mas allá del tiempo de actuación de la sustancia.

Pautas para el diagnóstico:

La presencia de este trastorno debe estar directamente relacionada con el consumo de alcohol u otra sustancia psicótropa. Los casos cuyo comienzo tiene lugar con posterioridad a un episodio de consumo de sustancias solo deben ser diagnosticados de trastorno psicótico residual inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas, si hay una evidencia clara y sólida para atribuir al trastorno

psicótico residual al efecto de la sustancia. Un trastorno psicótico residual implica un cambio o exageración marcada de las formas de comportamiento previas y normales.

El trastorno psicótico residual debe persistir mas allá del periodo en el cual puede asumirse razonablemente la presencia de los efectos directos de una sustancia en particular. La demencia secundaria al consumo de alcohol u otras sustancias psicótropas no es siempre irreversible, y así las funciones intelectuales y mnésicas pueden mejorar tras un periodo de abstinencia total.

F1x.70 Con reviviscencias.

F1x.71 Trastorno de la personalidad o del comportamiento.

F1x.72 Trastorno afectivo residual.

F1x.73 Demencia inducida por alcohol u otras sustancias psicótropas.

F1x.74 Otro deterioro cognoscitivo persistente.

F1x.75 Trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas.

F1x.8 Otros trastornos mentales o del comportamiento:

Trastorno en los cuales el consumo de una sustancia puede identificarse como responsable directa del cuadro clínico que contribuye a dicha situación, pero en los que no encuentran pautas suficientes para poder ser incluido en ninguno de los trastornos precedente.

F55 Abuso de sustancias que no producen dependencia:

Aunque el número de sustancias medicinales, remedios populares y fármacos registrados que pueden dar lugar a diagnóstico de este apartado es muy grande, la mayoría de ellas pertenecen a uno de estos tres grupos: fármacos psicótropos que no dan lugar a dependencia (como los antidepresivos), laxantes y analgésicos que no necesitan receta (como la aspirina y el paracetamol). Alguno de estos productos pudo haber sido recetado en una primera instancia en el pasado, pero a partir de entonces se ha desarrollado un consumo prolongado innecesario o a dosis excesivas, favorecido por su facilidad de adquisición.

El consumo persistente e injustificado de estas sustancias da lugar a gastos y a contactos con dispositivos asistenciales innecesarios y a menudo a daños somáticos. Los intentos de disuadir o impedir el consumo de la sustancia se enfrentan a una gran resistencia, a pesar de advertir al enfermo sobre el riesgo o la presencia de consecuencias tales como daño renal o alteraciones electrolíticas, a las que pueden dar lugar el consumo de analgésico o de laxantes. Aunque suele ser evidente que el enfermo tiene una gran predisposición a consumir la sustancia, no se presentan síntomas de dependencia, ni de abstinencia, como en el caso de las sustancias psicótropas.

F55.0 Antidepresivos (tricíclicos, tetracíclicos, IMAO).

F55.1 Laxantes.

F55.2 Analgésicos 9no especificados como psicótropos en F10-19: aspirina, paracetamol, fenacetina.

F55.3 Antiácidos.

F55.4 Vitaminas.

F55.5 hormonas o sustancias esteroideas.

F55.6 hierbas o remedios populares.

F55.8 Otras sustancias que no producen dependencia (diuréticos).

F55.9 Sustancia sin especificación.

ASPECTOS LEGALES:

En materia Civil (está regida por el Código Civil), se considera al toxicómano como un enfermo (Art. 152 bis después de la reforma a la Ley 17711 del año 1968) al que hay que recuperar y rehabilitar.

Se conceptualiza al toxicómano o ebrio consuetudinario, como personas que pueden inhabilitarse judicialmente por estar expuestas a otorgar actos jurídicos perjudiciales para su persona o patrimonio. Al efecto se le nombrará un curador para realizar la disposición de bienes por actos entre vivos. Solamente puede el toxicómano realizar algunos actos de administración de sus bienes si los autoriza el juez.

Toxicómano: Se ha entendido jurisprudencialmente como aquella persona que tiene dependencia psíquica o física de la droga y la necesita para vivir. Es un consumidor habituado y compulsivo.

Algunas normas del Código Civil tienen carácter intuitivo, es decir, de protección con respecto al incapaz; por ejemplo, el Art. 482 bis sostiene que el juez puede ordenar la internación de la persona del toxicómano cuando éste pueda causarse un daño a sí mismo o a un tercero o afectaren la tranquilidad pública. Esta internación puede ordenarse, previo dictamen del médico oficial. Para este caso de internaciones no es necesario que el toxicómano cometa un delito. Puede realizarlo el Juez de Menores o el Juez Civil, según el caso, a pedido de los familiares, previa información sumaria, siempre que requieran asistencia en establecimientos adecuados. Esta intervención del Juez Civil, no significa que se le aplicará al toxicómano una sanción penal, sino un tratamiento de curación en un Instituto de recuperación o Psiquiátrico.

Por su lado, la Ley Penal regula lo relativo a estupefacientes en la Ley 23737 del año 1989 y sus modificaciones; reglamentándolo como un delito contra la salud pública como bien jurídico protegido. Se considera estupefaciente a toda sustancia psicotrópica capaz de causar dependencia psíquica o física (Art. 77)

Se prohíbe y reprime el narcotráfico con penas que llegan a los 25 años de prisión o reclusión, como ser actividades de producción, introducción al país, comercialización y facilitación de lugar para estas actividades, relacionadas con estupefacientes o drogas peligrosas.

Es el Poder Ejecutivo el que determina qué tipo de droga debe considerarse prohibida a través de un decreto.

Con respecto al consumo de estupefacientes no está prohibido, pero sí la tenencia para consumo, lo que lleva a algunos juristas a decir que implícitamente está penado el consumo de drogas en nuestro país.

Consumo personal: La sanción es de uno a dos años de prisión.

-Pero si es experimentador se le puede aplicar una medida de seguridad educativa, que lo exime de la pena. Dura 3 meses y tiene como objetivo hacerle entender el efecto negativo de la droga en el organismo de la persona.

-Si es adicto se le aplica una medida de seguridad curativa para rehabilitarlo. Si no cumple esta medida el Juez le aplica la pena.

Tenencia ilegítima o para tráfico: La pena es de un año a seis años de prisión.

El que determina si la cantidad de droga secuestrada es para consumo o tráfico, es el Juez Federal.

Por ello, la Ley Civil como la Penal consideran al drogadependiente como un enfermo, al que hay que recuperar, atender médicamente y establecer una terapia familiar.

La Ley Penal establece que debe diferenciarse entre el delincuente que se droga y el adicto que delinque, en cuanto a su tratamiento y sanción penal.

Ley 20.771 (año 1974).

- Art. 11: Y modificaciones (lista de medicamentos).
- Art. 4: Suministro infiel de estupefacientes, inciso B) en suministro indebido, inciso D) prescripción abusiva.
- Art. 8: Agravantes-funcionario publico (medico, docente, educador).
- Art. 6: Tenencia (uso personal-1 a 6 años)
- Art. 9: Medida de seguridad curativa “condenado por cualquier delito que depende física o psíquicamente de estupefacientes”.
- Art. 10: Lista de medicamentos abierta.

Ley 23.737 (año 1989-90) que rige actualmente.

- Art. 9: (1 a 5 años) A quien prescribiera, suministrare o entregare dosis mayores o fuera de los casos (Art. 4).
- Art. 11: Agravantes, inciso d) (Art. 8).
- Art. 14: 1 a 6 años por tenencia.
- Art. 14:1 a 2 años si es escasa cantidad e inequívocamente para uso personal (Art. 6).
- Art. 15: Coqueo (no es delito).

- Art. 16: El juez además de pena, establece medida de seguridad curativa, tratamiento de desintoxicación y rehabilitación por el tiempo necesario. Cesara por resolución judicial previo dictamen de peritos (Art. 9).
- Art. 17: Tenencia para uso personal (Art. 14) y si se acredita la dependencia psicofísica se suspende la pena. Medida curativa. Acreditada su curación se exime de la pena, si a los 2 años no se cura se aplica la pena con la medida de seguridad y/o esta ultima.
- Art. 18: Semiplena prueba, durante el sumario, de que la tenencia es para uso personal y depende psicofísicamente de estupefacientes. Se suspende el sumario y se le aplica un tratamiento curativo. Si se cura sobreseimiento definitivo, si no, se reanuda el sumario y continua el tratamiento.
- Art. 19: Se llevan a cabo las medidas de seguridad en establecimientos adecuados. El procesado será tratado con su consentimiento, o cuando haya peligro para sí o terceros.
- Condenado: Servicio Penitenciario Federal (establecimiento adecuado y se computa para la condena).
- Art. 20: Diferencia entre traficante-adicto y adicto que comete delitos.
- Art. 21: Si el procesado depende de estupefacientes por tratarse de un experimentador, el juez puede sustituir la pena por tratamiento educativo, autoridad nacional o provincial. Si no se recupera se aplica la pena.
- Art. 22: Si luego de tres años se recupera con reinserción plena familiar, laboral y educativa se le suprime la anotación por uso y tenencia de estupefacientes.
- Art. 24: Precursores químicos listas periódicas (Art. 10).

- Art. 29: Falsificación de recetas medicas para quien la prescribiera o aceptare (farmacéutico).
- Art. 34: Justicia Federal (21.566)-Juzgados de Instrucción (20.771).
- Art. 35: Hijos de adictos deberán ser revisados, para dictaminar síntomas de dependencia.
- *Dopping.*
- Art. 36: Animales.
- Art. 40: Modifica el Art. 77 del Código Penal. El termino estupefacientes incluye todos los psicotrópicos y demás sustancias susceptibles de provocar dependencia, que se incluyan en las listas elaboradas por el Poder Ejecutivo Nacional.
- Art. 41: Validez de la lista del Art. 10 de la Ley 20.771 hasta la promulgación de las nuevas listas.
- Art. 42: Ministerio de Educación y Salud Publica elaboración Programas de Educación a docentes, alumnos y población en general.
- Art. 43: El Estado Nacional asistirá económicamente a las provincias que cuenten o contaren con centros públicos de recuperación y técnicos.
- Art. 44: Las empresas que elaboren precursores de las sustancias químicas deberán inscribirse en un Registro especial. Elaboración de lista.

Samuel Noblega sintetiza los distintos diagnósticos que debe efectuar el medico legista en los siguientes interrogantes:

2. Si la sustancia encontrada es para uso personal o no.
3. Si el sujeto tiene dependencia psíquica y/o física para el estupefaciente encontrado.

4. Si existe peligro de que se dañe a sí mismo o a terceros.
5. Si desde el punto de vista medico y exámenes especializados, puede tratarse de uso indebido de drogas o de un adicto a ellas que ingresa al delito.
6. Tratamiento curativo (desintoxicación y rehabilitación) que se aconseja de acuerdo con la Ley 23.737, en función del nivel de patología y del delito cometido. Aconsejar la forma de ejecución (ambulatoria, con interacción, alternativa), quien dirigirá el tratamiento y elevar el listado de establecimientos que se sugieren a tal fin (públicos o privados).
7. Si se concluye que no existe dependencia a la droga, determinar si se trata de un experimentador o principiante y aconsejar las medidas de seguridad educativas, según el Art. 21 de la Ley 23.737.
8. Si hubiere dependencia psíquica y/o física se deberá informar si es conveniente la aplicación de pena y las medidas de seguridad curativas (desintoxicación y rehabilitación) aconsejables, indicando la probable duración y necesidad de las mismas (Art. 17 de la Ley 23.737). Se aconsejara la forma de ejecución recomendada, quien dirigirá las medidas y remitir el listado de establecimientos que se sugieren para tal fin, sean públicos o privados.

Ley Nacional de lucha contra el Alcoholismo:

Ley N 24.788 /1997.

Fue sancionada el 5 de marzo de 1997, y promulgada el 31 de marzo de 1997.

Establece la prohibición del expendio de todo tipo de bebidas alcohólicas a menores de 18 años de edad. (Art. 1). Con multa de 10.000 pesos o la clausura del local o establecimiento por el término de 10 días.

Declara de interés nacional la lucha contra el consumo excesivo de alcohol (Art. 2), considerando bebidas alcohólicas a aquellas que contengan alcohol cualquiera sea su graduación.

Las bebidas alcohólicas que se comercialicen en el país deberán llevar en sus envases con caracteres destacados y en un lugar visible la graduación alcohólica correspondiente a su contenido. También se consignarán las siguientes leyendas: "Beber con moderación", "Prohibida su venta a menores de 18 años" (Art. 5). Será sancionado con multa de 5.000 a 100.000 pesos (Art. 18).

- a) queda prohibido todo incentivo de consumo de bebidas alcohólicas que sea dirigida a menores de 18 años.
- b) utilicen en ella menores de 18 años bebiendo.
- c) sugiera que el consumo de bebidas alcohólicas mejora el rendimiento físico o intelectual de las personas.
- d) utilice el consumo de bebidas alcohólicas como estimulante de la sexualidad y/o de la violencia en cualquiera de sus manifestaciones.
- e) no incluya la letra y lugar visible "beber con moderación" "prohibida su venta a menores de 18 años" (Art. 6).

Se prohíbe en todo el territorio Nacional la realización de concursos, torneos o eventos de cualquier naturaleza, sea con o sin fines de lucro, que requieran la

ingesta se bebidas alcohólicas desnaturalizando los principios de la degustación, de la catación o cualquier otra manera destinada a evaluar la calidad de los productos (Art. 7). Será reprimido con prisión de seis meses a dos años y con una multa de 2000 a 20.000 pesos. Además se impondrá la clausura del local donde se realizaron los hechos.

Los establecimientos médico-asistenciales públicos del sistema de seguridad social y privado deberán encarar acciones de prevención primaria de acuerdo con su nivel de complejidad y de detección precoz de la patología vinculada con el consumo excesivo de alcohol (Art 10).

Las Obras Sociales y asociaciones de Obras Sociales, incluidas en la ley 23.660, del Fondo de Redistribución de la ley 23.661, y las entidades de Medicina Prepaga, deberán reconocer en su cobertura para los tratamientos médicos, farmacológicos y/o psicológicos, la patología del consumo de alcohol, determinadas en la clasificación internacional de enfermedades declaradas por el Comité de Expertos de la OMS.

Deberán brindar a los pacientes alcohólicos la asistencia y rehabilitación que su estado requiera, como asimismo encarar acciones de prevención primaria (Art. 12)

Ley Nacional de Obras Sociales:

Prestaciones obligatorias-incorporación:

Ley N 24.455/1995

Promulgada el 1 de marzo de 1995; publicada en el Boletín Oficial el 8/3/95.

Art 1º: Todas las Obras Sociales y asociaciones de Obras Sociales del Sistema Nacional incluidas en la ley 23.660, del fondo de redistribución de la ley 23.661, deberán incorporar como prestaciones obligatorias:

- a- La cobertura para tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos de las personas infectadas por algunos de los retrovirus humanos y los que padecen del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y/o las enfermedades intercurrentes.
- b- La cobertura para los tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos de las personas que dependan físicamente o psíquicamente del uso de estupefacientes.
- c- La cobertura para los programas de prevención de prevención del SIDA y la drogadicción.

Art. 2º: Los tratamientos de desintoxicación y rehabilitación mencionados en los artículos 16, 17, 18 y 19 de la ley 23.737 deberán ser cubiertos por la Obra Social de la cual es beneficiaria la persona a la que se le aplica la medida de seguridad curativa. En estos casos el Juez de la causa deberá dirigirse a la Obra Social que corresponda a fin de indicarle la necesidad y condiciones del tratamiento.

Art. 3º: Las Obras Sociales, junto con el Ministerio de Salud y Acción Social elaborarán los programas destinados a cubrir las contingencias previstas en el artículo 1º de la presente. Estos deberán ser presentados a la ANSSAL para la aprobación y financiación, rigiendo su obligatoriedad a partir de ellas.

La no-presentación en tiempo y forma de los programas previstos generará las sanciones que prevén las leyes 23.660 y 23.661.

Art. 4º: El control del cumplimiento de los recaudos exigidos en al Art. 1º de la presente se efectuará por intermedio del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.

ACERCA DE LA MUSICOTERAPIA:

EFICACIA, EFECTIVIDAD Y EFICIENCIA:

Buscando el término más adecuado para referirnos a la impresión que deja en nosotras determinados aspectos del trabajo en la clínica Musicoterapéutica nos encontramos con una dificultad conceptual.

Comúnmente el sentido corriente de eficiencia, eficacia y efectividad, no está en correspondencia con las acepciones que ofrece el diccionario. Por eso nuestra intención es dejar en claro nuestra elección y el porqué.

El significado de éstos términos ha ido variando a través del tiempo según su uso en distintos campos del saber, en la vida cotidiana; y también en muchas ocasiones se han usado y se usan en forma indistinta o como sinónimos.

Según el diccionario de la Real Academia Española (1992) los significados son los siguientes:

Eficiencia: virtud y facultad para lograr un efecto determinado.

Eficacia: virtud, actividad, fuerza y poder para obrar.

Efectividad: calidad de efectivo.

Efecto: lo que sigue por virtud de una causa/

fin para que se hace una cosa.

Efectivo: real y verdadero, en oposición a lo quimérico, dudoso o nominal.

De acuerdo a éstas definiciones el término eficiencia expresa el poder lograr un efecto, una consecuencia, lo cual también puede interpretarse como alcanzar un propósito o una meta. Por otra parte el término eficacia se refiere a la fuerza necesaria para poder obrar, es decir, disponer de la capacidad necesaria para

poder hacer algo. Por último, el término efectividad se encuentra ligado al de efectivo el cual hace alusión a una acción la cual conduce a un efecto o a una consecuencia real, verdadera y que no deja lugar a dudas.

Sin dejar de lado las acepciones del diccionario queremos completar ésta investigación desde el contexto económico, que nos resulta útil para desarrollar una postura desde la cual hablar.

En el Módulo Economía de la Salud que se imparte en la Escuela Nacional de Salud Pública (Cuba)¹, se definen de ésta forma:

Eficacia: es la relación objetivos/resultados bajo condiciones ideales.

Éste concepto quiere decir que el propósito al que se aspira puede lograrse bajo las condiciones que favorezcan al máximo su consecución. Cuando se crean condiciones de máximo acondicionamiento y éste se logra, los recursos puestos en función de ese fin fueron eficaces.

Efectividad: es la relación objetivos/resultados bajo condiciones reales.

Quiere decir que el propósito se ha logrado bajo las condiciones reales del lugar donde se llevó a cabo. Cuando se llevan a la práctica acciones para lograr el propósito que previamente se alcanzó bajo condiciones ideales y éste se consigue bajo las condiciones reales existentes, los recursos puestos en función para ese fin fueron efectivos.

Eficiencia: es la relación recursos/resultados bajo condiciones reales.

La eficiencia se evalúa a partir de comparaciones. Los estudios de eficacia y efectividad no incluyen recursos, los de eficiencia sí. Para que haya eficiencia el

¹ Bouza Suárez, Alejandro. "Reflexiones acerca del uso de los conceptos de eficiencia, eficacia y efectividad en el sector salud". Revista Cubana Salud Pública 2000; 26:50-56.

proceso tiene que ser efectivo; el más eficiente es el que mejor relación recursos/resultados presenta.

Entonces si tomamos un caso puntual en la clínica en la cual la intervención del musicoterapeuta deriva en un corrimiento por parte del paciente, nos referimos al término *eficacia*, en tanto posibilidad de que algo suceda. Ésta interacción entre musicoterapeuta/paciente es un recorte que realizamos de un momento en el cual el paciente tiene posibilidad de nuevas representaciones, de vivencias que lo ayuden a recrear sus vínculos y su entorno.

Lévi-Strauss² plantea la situación de ésta forma:

El shamán proporciona a la enferma un lenguaje en el cual se pueden expresar inmediatamente estados informulados e informulables de otro modo.

La cura consistiría, pues, en volver pensable una situación dada al comienzo en términos afectivos...

Por otro lado el Musicoterapeuta Gustavo Gauna³ escribe al respecto:

La eficacia simbólica produce la posibilidad de que aquellos objetos propios, como afectos, emociones, situaciones no superadas y aceptaciones no recibidas a tiempo, puedan equilibrarse con experiencias nuevas. Éstas nuevas vivencias se estructuran en espacios que proveen salidas o resoluciones al paciente.

Tomando el término *eficacia* consideramos que las condiciones ideales pueden ser pensadas como un entrecruzamiento de distintos factores en la interacción

² Lévi Strauss, Claude, "La eficacia simbólica". En: Antropología Estructural, 2º edición. Barcelona: Editorial Paidós, 1992. Pág. 221.

entre musicoterapeuta y paciente que favorezcan al cambio. No son ideales en tanto pensadas a priori, sino como constitutivas y constituidas del/por el fenómeno estético. No tienen que ver con una idea de verdad, simplemente son y se dan en ese evento particular.

En el momento en que el paciente puede producir discursos e interactuar con un otro se abre a la posibilidad de sentidos nuevos, de nuevas representaciones que surgen de un movimiento de construcción/deconstrucción.

Ésta posibilidad de movimiento, de cambios de posición, permiten nuevas miradas acerca de la propia historia y del mundo circundante.

“Es aquí en donde se puede concebir el acto creador como la aparición de algo que hasta ese momento no se había oído, pensado, evocado... resignificando lo vivenciado para evitar así la caída en la estereotipia y su devenir en un empobrecimiento de la personalidad.”⁴

La eficacia para nosotras consiste en momentos de creación y cambio. En nuestra práctica musicoterapéutica consideramos al sujeto como *punto de entrecruzamiento de discursos*⁵, por eso mismo toda producción del sujeto es considerada discurso y en todo discurso podemos situar un sujeto productor del mismo. Los discursos pueden ser contruidos desde cualquier lenguaje, ya sea, verbal o no verbal. Y es a partir de ellos que creamos mapas del fenómeno, pensamos estrategias posibles e intervenimos en el territorio en donde la

³ Gauna, Gustavo, Entre los sonidos y el silencio, 1° edición. Rosario: Editorial Artemisa, 1996. Pág. 92.

⁴ María Verónica Garnier, “Proyecto de Musicoterapia para el Servicio de Salud Mental del Hospital Provincial de Rosario”.

⁵ Eliseo Verón, La semiosis social, 1° reimpresión. Barcelona: Editorial Gedisa, 1996. Pág.

interacción entre musicoterapeuta/paciente abra a un momento de eficacia simbólica. Acerca de ésta apertura habla Mario Trevi⁶ cuando se refiere al símbolo junguiano como *metapoiético* y *problético*: ...[éste] *altera constantemente el equilibrio alcanzado, abriendo nuevas posibilidades de síntesis, proyectando un futuro que si bien el Yo puede no reconocer, rechazar o incluso temer, también va a ser la razón misma de la conservación de la personalidad y de su dinámica.*

Volviendo a los términos propuestos, no podemos decir que la Musicoterapia es eficaz ya que esto implicaría conocer por completo las condiciones ideales. (... *Cuando se crean condiciones de máximo acondicionamiento y éste se logra, los recursos puestos en función de ese fin fueron eficaces*).⁷

Y aunque supusiéramos que éstas condiciones pudieran ser por ejemplo: asistencia perfecta tanto del paciente como del musicoterapeuta, respeto absoluto del encuadre, posibilidades inmejorables de trabajo (lugar, materiales, sueldo, etc), éstas se darían dentro de un laboratorio porque realmente nunca suceden.

Por eso cuando nos referimos a una lectura del proceso o a la acción de dar cuenta de nuestro hacer, lo relacionamos con el término *efectividad*, ya que éste concepto hace referencia a lo real y a lo verdadero. Real en tanto el musicoterapeuta tiene que realizar una lectura y dar cuenta de su propia mirada frente a otros acerca de su trabajo en condiciones reales. Y verdadero en tanto que: "La mirada clínica tiene esa paradójica propiedad de *entender un lenguaje* en el momento en que *percibe un espectáculo*."

⁶ Mario Trevi, *Metáfora del símbolo*. 1º edición. España: Editorial Anthropos, 1996. Pág. 21

⁷ Idem 1.

(...) ... observación y experiencia se oponen sin excluirse: es natural que la primera conduzca a las segunda, pero con la condición de que ésta no interrogue sino en el vocabulario y en el interior del lenguaje que le ha sido propuesto por las cosas observadas;(...)

... la mirada debe restituir como verdad lo que ha sido producido según su génesis: en otros términos, debe reproducir en las operaciones que le son propias lo que ha sido dado en el movimiento mismo de la composición. En esto justamente es “analítica”.⁸

El término *eficiencia* en ésta ocasión no lo utilizamos ya que implicaría una comparación entre recursos de diferentes disciplinas así como también una comparación entre distintos dispositivos musicoterapéuticos que no son de interés para ésta investigación exploratoria-descriptiva.

DE LA INTERVENCIÓN:

Ahora vamos a desarrollar lo que para nosotras significa la palabra intervención en el ámbito de la clínica musicoterapéutica. Intervenir es el último paso de un proceso interno que realiza el musicoterapeuta para accionar en y sobre el fenómeno. Podríamos tomar como el primero de los pasos la percepción y formalización de eso que acontece, cuando el musicoterapeuta actuando en reconocimiento se ubica en la posición de analista⁹. Como musicoterapeutas nos posicionamos frente al discurso creando hipótesis que tienen como punto de

⁸ Michael Foucault, El nacimiento de la clínica, 16° edición. México: Siglo XXI Editores, 1996.

⁹ Idem 5.

partida la descripción de las huellas de las condiciones de producción¹⁰. La elección de materiales y la utilización de los parámetros del sonido (operaciones de producción) en la formalización de una producción sonora, son los datos que nos permiten crear hipótesis acerca del sujeto productor. Éstas hipótesis son una construcción basada en una realidad material, producto de la percepción del investigador; no existe por lo tanto, una lectura única o universal acerca de un fenómeno y su supuesta estructura. Partiendo de ésta lectura el segundo paso es la creación de estrategias que intenten proyectarse y anticiparse a lo que sucede. Entonces cuando éstas estrategias se llevan a cabo en lo real se convierten en intervenciones, las cuales estarán dirigidas a propiciar un cambio, una variación, una diferencia. "... habrá siempre una *diferencia*¹¹ que servirá como núcleo para el cambio"¹² El musicoterapeuta al introducir una variante en la producción del paciente está propiciando un corrimiento en la construcción discursiva.

La diferencia puede surgir a partir de una producción en donde componentes selectivos se combinan con componentes aleatorios (proceso estocástico¹³/ Improvisación Libre).

El soporte material de la intervención puede ser el lenguaje verbal o no-verbal. Éste último se realiza a través del cuerpo, la voz, instrumentos, o cualquier otro material que no incluya la palabra hablada con el sentido que solemos usar. Tanto las producciones del paciente como del musicoterapeuta, son producciones cuyas leyes son internas al fenómeno, y que son de nuestro interés en la medida en que es materia capaz de portar sentido. "Cualquiera que fuere el soporte material, lo

¹⁰ Idem 5.

¹¹ Cf a: Gregory Bateson, *Espíritu y Naturaleza*, 2º edición. Buenos Aires: Editorial Amorrortu, 1993. Pág. 81.

¹² Idem 11. Pág. 53.

¹³ Idem 11 pág. 190.

que llamamos un discurso o un conjunto discursivo no es otra cosa que una configuración espacio-temporal de sentido.”¹⁴

El origen de la intervención radica en la intención que posee el musicoterapeuta de propiciar un cambio, ya que creemos que nuestra tarea tiene que ver con abrir a nuevas posibilidades, y tiene que ver además con una posición ética.

“En la producción discursiva del paciente se leen aspectos de la personalidad, modos de relación, que se pueden explorar, expandir, abrir; creando herramientas que le permiten al Sujeto disponerse al mundo de formas diversas.”¹⁵

DE LA CLÍNICA MUSICOTERAPÉUTICA:

Tomando la definición de la musicoterapeuta Juni Pezzone, musicoterapia clínica “es el espacio que intenta vincular el Arte y la Salud en una experiencia sonoro-corporal, pensando el sonido, el silencio, el cuerpo y el movimiento como generadores de discurso, los que se rigen por las leyes del pensamiento estético”¹⁶.

El proceso terapéutico es habilitado y sostenido en un espacio clínico en donde el vínculo que construyen musicoterapeuta y paciente posibilita a éste último desplegar sus formas, su realidad, su mundo. El objetivo consiste en que los cambios que se producen en éste proceso terapéutico le sirvan al paciente para crear y modificar otros espacios y otros vínculos y que éstos tengan que ver con la propia búsqueda del salud.

¹⁴ Idem 5. Pág. 127.

¹⁵ M. V. Garnier; M. V. Vivas. “*Proyecto de Musicoterapia para el Servicio de Atención en Adicciones del Hospital Provincial de Rosario*”, 2001.

¹⁶ Juni Pezzone, comunicación personal.

“Todo lo que hace el Terapeuta es suministrar un contexto dentro del cual el cliente pueda utilizar sus propios recursos para lograr el cambio o los cambios necesarios”.¹⁷

En ésta vinculación entre el Arte y la Salud el tiempo cobra otra dimensión; se detiene y corre. Las huellas de la vivencia posibilitan un ida y vuelta con el mundo exterior; le otorgan al paciente nuevas armas, más herramientas, útiles en tanto engendradas y diseñadas por el Sujeto en *su* proceso terapéutico.

Estos cambios que le van a proporcionar una mejor calidad de vida surgen de la puesta en movimiento de la propia voz, del propio cuerpo, de la vinculación con el sonido y con otro; del discursar.

DEL CUERPO:

“No hay acción humana sin una emoción que la funde como tal y la haga posible como acto”¹⁸.

“Emociones: disposiciones corporales dinámicas que definen los distintos dominios de acción en que nos movemos”¹⁹.

En los pacientes adictos el cuerpo cumple un rol protagónico como depositario y generador de emociones. Es el cuerpo el que aparece inmediatamente afectado, alterado, estimulado por la incorporación de sustancias. Es así que inevitablemente las emociones se encuentran comprometidas, limitadas, estereotipadas en el acto repetitivo del consumo.

¹⁷ B. Keeney. Estética del cambio. Cap I Introducción. Editorial Paidós.

¹⁸ Humberto Maturana. Emociones y lenguaje en Educación y política. 1° Parte: “Una mirada a la Educación actual desde la perspectiva de la biología del conocimiento”, Ed. Hachette, Santiago de Chile, 1990. P. 20.

¹⁹ Idem 18.

Según el DSM IV en el cuerpo aparecen distintos estados y síntomas según el consumo como por ejemplo:

Incoordinación, marcha inestable, nistagmo, palpitaciones, visión borrosa, temblores, macropcia, micropcia, ansiedad, tensión o cólera, comportamiento estereotipado, taquicardia o bradicardia, dilatación pupilar, tensión arterial aumentada o disminuida, sudoración o escalofríos, náuseas o vómitos, pérdida de peso, agitación o retraso psicomotores, debilidad muscular, depresión respiratoria, dolor en el pecho o arritmias cardíacas, discinesias, distonía o coma, insomnio, rubefacción facial, diuresis, alteraciones digestivas, contracciones musculares, logorrea, inyección conjuntival, sequedad de boca, nistagmo horizontal o vertical, hipertensión, ataxia, disartria, rigidez, crisis convulsivas, hiperacucia, mareo, letargia, disminución de los reflejos, sueños vívidos, aumento del apetito, comportamiento agresivo, labilidad emocional, lenguaje farfullante, deterioro de la atención o de la memoria, estupor o coma, intensificación subjetiva de las percepciones, despersonalización, desrealización, ilusiones, alucinaciones, sinestesias, euforia, embotamiento afectivo, cambios de la sociabilidad, hipervigilancia, sensibilidad interpersonal, deterioro de la capacidad de juicio o de la actividad social o laboral, confusión, crisis comiciales, inquietud, nerviosismo, excitación, pensamiento acelerado, sensación de infatigabilidad.

La Musicoterapia al trabajar con el lenguaje corporal lee los estados corporales como discursos. El observar la postura, el tono muscular, los actos, las emociones le brinda al musicoterapeuta datos claves acerca del Sujeto y de su estar en el mundo.

El paciente al poner en movimiento esas formas y las que va descubriendo y construyendo a través del tiempo le permiten transformarse y transformar sus vivencias; posibilitando nuevas aperturas.

En esa transformación puede aparecer una mayor valorización de lo propio y del propio cuerpo, así como también una reflexión cerca de los límites.

DEL EQUIPO DE ATENCIÓN EN ADICCIONES DEL HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO:

De la Institución:

En 1854 se crea en Rosario la Sociedad de Beneficencia. Se construye la primera sala del llamado Hospital de Caridad en una manzana donada por un vecino. En 1863 ingresaron un grupo de hermanas enfermeras. A pocos años debió cambiar de nombre y se lo llamó Hospital Provincial.

En la actualidad cuenta con los siguientes departamentos: quirúrgico, maternidad, clínico, de atención primaria, de diagnóstico y tratamiento, de servicios técnicos, de enfermería, de administración y compras y de mantenimiento y servicios generales.

Reseña histórica del equipo:

El equipo surgió por iniciativa del toxicólogo Omar Sain y la de tres psicólogas en 1999. Empezaron a trabajar en forma conjunta y se le pidió a la Jefa del Servicio de Psicología Laura Palmieri que se haga cargo de la coordinación del equipo. La derivación se realizaba por interconsulta. Una de las psicólogas decide abandonar el equipo y en el año 2001 ingresan al Hospital concurrentes y pasantes de un postgrado de la Universidad Nacional de Rosario de Psicología. En ese mismo año aparece la necesidad de incorporar profesionales de otras disciplinas con formación para el trabajo en grupos en forma de talleres semanales. Se incorporan dos musicoterapeutas para coordinar el taller de música, una profesora de educación física para el taller de expresión corporal y se hicieron contactos para incorporar profesores de teatro pero nunca se abrió ese taller. Al poco tiempo sólo

funcionaba el taller de música que comenzó a llamarse Taller de Musicoterapia coordinado por la musicoterapeuta que quedó en el equipo.

En el año 2002 ingresan estudiantes de pre y post grado de Psicología.

Profesionales del equipo:

El equipo está compuesto por un médico toxicólogo, una licenciada en fonoaudiología, psicólogos de pre y post grado (coordinadora, asistente, visitante, concurrentes de 2° y 1° año, pasantes por 2° año y alumnos residentes de la carrera de psicología) y una musicoterapeuta.

La interdisciplina:

La problemática requiere de un equipo de profesionales que puedan trabajar interdisciplinariamente.

“La construcción de un objeto interdisciplinario [...] permite crear el intercambio, la cooperación y la policompetencia”²⁰.

Si bien en la práctica muchas veces resulta difícil conseguir la interdisciplina, es un objetivo constante de forma de interacción que permite no perder de vista que lo más importante es el paciente y su padecimiento.

El abordaje desde la interdisciplina produce una ampliación de la visión del paciente y de la problemática; ya que las adicciones atraviesan varios campos, los pone en interacción y produce una síntesis compleja: biológica, psicológica, social, económica, legal, etc.

²⁰ Edgar Morin. Articular los saberes. “Articular las disciplinas”. P. 35

Para Juan Carlos Paradiso *“la cooperación de varias disciplinas o sectores heterogéneos de una misma ciencia lleva a interacciones reales, hacia intercambios que resultan en un enriquecimiento mutuo”*²¹.

En cada nuevo propósito, nuevo objetivo que surge en el equipo aparece el desafío de la interdisciplina, ya que no es algo que se logra una vez y para siempre, sino una construcción constante entre todos los participantes del equipo.

Actividades del equipo:

El equipo completo se reúne una vez por semana. En las reuniones se trabajan sobre los casos clínicos, se acuerdan criterios de abordaje, estrategias de intervención y se realiza una actualización acerca del trabajo realizado por los distintos subgrupos encargados de las diferentes áreas:

- Investigación
- Capacitación
- Prevención
- Asistencia
- Informes judiciales

Cada área de trabajo, a su vez, cuenta con su reuniones semanales.

El taller de Musicoterapia:

El taller de Musicoterapia fue creado como una instancia de trabajo grupal. El objetivo general es desarrollar relaciones interindividuales saludables

²¹Juan Carlos Paradiso. 5ª Congreso “la Salud en el Municipio de Rosario”. Introducción “Intersectorialidad e interdisciplinariedad en Salud”. P. 15

accionando con el material sonoro-corporal y los objetivos específicos son: analogar a la vida cotidiana lo vivenciado en sesión; construir redes de contención y apoyo y abrir a la posibilidad de resignificar la historia personal. Está programado una vez por semana con una duración de aproximadamente 40 minutos. Está incluido como parte del tratamiento y del trabajo interdisciplinario del equipo. Los pacientes llegan derivados tanto desde Toxicología como desde Psicología.

En el taller se trabajan aspectos vinculares, emocionales, sensitivos fomentando el desarrollo de la creatividad y la expresión en tanto factores facilitadores y fundantes de una vida de relación saludable.

Se utiliza la técnica de la Improvisación libre con la voz, el cuerpo, instrumentos musicales y otros materiales.

La producción grupal se registra mediante grabaciones de las improvisaciones y el proceso es relevado mediante crónicas de las sesiones y la aplicación de la *Ficha de Evaluación*.

Es un espacio de permanente construcción; los pacientes suelen concurrir sólo dos o tres sesiones lo que dificulta la constitución de un grupo; el espacio físico en donde se realiza el taller en un primer momento pertenecía a la Capilla y luego a las Damas de Beneficencia lo que hizo que constantemente hubieran cambios en la sala (muebles, cuadros, mesas, etc). No se cuentan con materiales, instrumentos, para lo cual es necesario que sean llevados por la musicoterapeuta a cada encuentro.

La característica más sobresaliente de la población que asiste es que la mayoría de los que asisten a Musicoterapia son enviados desde el Juzgado de Menores por haber cometido algún delito y no por propia iniciativa.

Criterios técnicos de intervención musicoterapéutica en adicciones:

A continuación se enumerarán en forma de ítems algunos criterios de intervención que se utilizan en la clínica de acuerdo con las entrevistas realizadas a musicoterapeutas que trabajan en el campo y a la experiencia en el campo desarrollada en el Hospital Provincial de Rosario.

Mta. Juni Pezzone

- no se tiene en cuenta la sustancia de consumo
- se explicita a los pacientes judiciales que lo que se le está ofreciendo puede no servirle
- el fenómeno es abordado desde la interdisciplina
- se registra la producción en grabaciones para mostrarle al otro un espejo de su producción
- se apela al recurso del trabajo con el cuerpo; se interviene al trabajar los bordes del cuerpo para poder instalar una producción del borde para adentro; se tiene en cuenta cómo se despliega la pulsión incontrolable que lleva al paciente a consumir
- se trabaja en forma grupal y/o individual
- se lee en la dinámica grupal la posición de cada uno, donde se para frente al otro, la forma en que se pone en juego la materia, el sentido del discurso
- en un grupo no se incluyen pacientes de estructura psicopática ni psicóticos descompensados

Mta. Ofelia Herrendorf

- se trabaja en forma interdisciplinaria
- se trabaja con la familia
- se tiene en cuenta la sustancia que consumen, el deterioro, las dificultades y los problemas que puedan tener por el consumo, cuál es la droga que más utiliza, cuáles son sus actitudes, qué es esperable y que no
- no se puede permanecer en la institución si han consumido
- el abordaje con pacientes judiciales es el mismo
- se realiza la historia sonora del paciente
- se utilizan técnicas de trabajo corporal y de producción sonora
- se comienza a trabajar el cuerpo del adicto redescubriéndolo, revisando lo que se aprendió del esquema corporal
- se pretende conocer bien al paciente, conocer la patología y se incluye la palabra
- se trabaja con ensueños dirigidos
- se realizan lecturas de la horizontalidad y de la individualidad
- no se trabaja con instrumentos de viento por el HIV
- se trabaja en forma individual y grupal

Mta. María Victoria Vivas

- se tiene en cuenta la sustancia de consumo como una característica más del Sujeto
- el abordaje con pacientes judiciales es el mismo pero se tiene en cuenta que el paciente puede asistir sólo por obligación

- se trabaja en forma interdisciplinaria
- se registra la producción en grabaciones y se realizan crónicas de cada sesión
- se propone la técnica de la Improvisación Libre tanto sonora como corporalmente
- se trabaja en grupo y/o individualmente.

METODOLOGÍA:

El presente trabajo pretende constituirse en una descripción de tipo cualitativa, panorámica y transversal del campo fenoménico abordado.

En la investigación se utilizarán tres niveles de análisis de lo general a lo particular. El primer nivel referido a las adicciones en general, el segundo nivel acerca del campo actual de aplicaciones de la Musicoterapia en adicciones en Argentina y el tercer nivel focaliza en el trabajo realizado por el equipo de atención en Adicciones del Hospital Provincial de Rosario.

- Recopilación, selección y estudio bibliográfico. Las fuentes a consultar son: información de internet, bibliografía de cátedras específicas, consultas con profesionales del campo, artículos de diarios y revistas, encuestas y entrevistas a informantes calificados.
- Desarrollo de un marco teórico panorámico en el que se consideren los distintos ángulos que hacen al tema de las adicciones privilegiando los aspectos psicológicos, médico-toxicológicos y legales además de los específicos musicoterapéuticos.
- Diseño de una entrevista abierta y aplicación a musicoterapeutas calificados en el tema. Prueba y corrección de los instrumentos.
- Análisis de las entrevistas en función de los ejes: del espacio/taller de Musicoterapia; de la producción sonora corporal; de lo grupal; del profesional musicoterapeuta. (Estos ejes fueron seleccionados con el objetivo de hacer hincapié en aspectos considerados importantes en el trabajo musicoterapéutico en adicciones a partir del primer estudio bibliográfico y de factibilidad de realización de la investigación.)

- Selección, descripción jerarquizada y evaluación de casos clínicos musicoterapéuticos que contribuyan a una comprensión del fenómeno de las adicciones desde los procesos clínicos.
- Elaboración y aplicación de una ficha de evaluación sobre los casos seleccionados con el objetivo de recabar y categorizar datos en orden a la evaluación de la efectividad de la Musicoterapia.
- Aplicación del protocolo *Improvisation Assessment Profiles-Abridged* (K.Bruscia, 1984,2002) .
- Descripción del dispositivo de trabajo del Equipo de Atención en Adicciones del Hospital Provincial de Rosario.
- Lectura y análisis de la *Síntesis de Encuesta Psicológica* realizada en el Hospital Provincial de Rosario y cruce comparativo con las observaciones relevadas de las entrevistas a musicoterapeutas calificados.
- Entrecruzamiento comparativo de datos localizados en el mapa descriptivo previo para la elaboración de las conclusiones.

ANÁLISIS DE DATOS:

ANÁLISIS DE CASOS CLÍNICOS:

Caso F:

Se utilizan:

- a) El *Relato* del caso;
- b) La *Ficha de Evaluación* sobre las sesiones 1 y 2 y sobre las sesiones 4 y 5.
- c) El protocolo *Improvisation Assessment Profiles-Abridged* (K. Bruscia) sobre la improvisación de la sesión n° 5.

Para el análisis se tiene en cuenta que es un recorte de cinco sesiones dentro del proceso de un paciente que concurre al espacio de Musicoterapia del Hospital Provincial de Rosario derivado por el Juzgado de Menores.

Los cambios que se observan entre las primeras sesiones y la quinta dan cuenta de una posibilidad de cambio de posición (de la no participación en las improvisaciones a la participación activa), y de las potenciales posibilidades de incrementar la interacción grupal (ficha 1: no interacciona con el grupo; ficha 2: interacciona a través del lenguaje verbal, de la mirada, existen momentos de discurso grupal) . La continuidad en el tiempo de la asistencia al taller puede sugerir un mayor compromiso con el tratamiento más allá del requisito de asistencia por parte del Juzgado. La constancia en el tratamiento por parte de pacientes con éstas características es poco frecuente. Un punto clave en el proceso pudo ser cuando la musicoterapeuta accede a prestarle el grabador para que se lo lleve a la casa, más allá de los antecedentes judiciales de robo

calificado. El vínculo terapeuta – paciente comenzó a fortalecerse basado en el compromiso y la confianza.

El paciente no asiste por voluntad propia. Se le ofrece un espacio donde puede “elegir” participar o no. Se interesa por algo; el grabador. Realiza una producción con éste. Si bien en la evaluación IAP se ve claramente que el paciente prácticamente no recurre a variaciones en las improvisaciones, existen posibilidades de que amplíe sus recursos, dato importante a la hora de pensar en estrategias e intervenciones posibles.

No se tratan de cambios abruptos, extremos de un día para otro, sino de pequeños movimientos que le permitan al paciente armarse de nuevos recursos y generar interacciones y vínculos saludables.

Caso El Gitano:

Se utilizan:

- a) El *Relato* del caso.
- b) La *Ficha de Evaluación* sobre las sesiones 1 y 2 y sobre la sesión nº 3.
- c) El protocolo *Improvisation Assessment Profiles-Abridged* (K. Bruscia) sobre la improvisación de la sesión nº 3.

Puede suponerse que la pérdida de un ser querido (su mujer) y la imposibilidad de elaborar el duelo llevó al paciente a consumir alcohol.

...existen hábitos de conducta que pueden convertirse en adictivos e interferir gravemente en la vida cotidiana (pág. 13).

Esto le ocasionó consecuencias físicas, la pérdida de trabajo y la ruptura de sus lazos familiares hasta tener que vivir en la calle.

...la falta de proyectos de vida que motiven a la persona o que al menos le otorguen algún grado de reconocimiento social son grandes factores de riesgo (pág. 14).

En su tránsito por el espacio de Musicoterapia se puede leer un intento de comenzar el tratamiento para mejorar su calidad de vida, pero luego se ve un decaimiento emocional y físico hasta abandonar el tratamiento.

Si bien desde el servicio se intentó reforzar los espacios de contención, las condiciones mínimas no estaban dadas, el paciente no contaba con una estructura externa al Hospital que le pudiera servir de apoyo a su proceso (un lugar donde dormir, alimentación adecuada, un trabajo, contención familiar, etc).

Entre la ficha de evaluación nº 1 y la nº 2 se pueden ver las diferencias en su producción (de la variación de intensidad, altura, ritmo y timbre a la escasa

variación; de la utilización de silencios a la no utilización de éstos), en la relación con los instrumentos (de mostrarse interesado por ellos a no demostrar interés y resultarles fríos, distantes, ajenos), en la escucha (de una escucha permanente a una escucha intermitente), en las posiciones que ocupa (de ocupar el lugar de líder y ser flexible para cambiar de posición a mantenerse en una posición fija) y en la interacción (de interaccionar con el grupo y la musicoterapeuta sonora y verbalmente a la escasa interacción).

Quizás la efectividad de la Musicoterapia en éste caso pasó por el hecho de que éste paciente asista a tres encuentros y que en esa hora de sesión se encuentre e interaccione con otros Sujetos, en un espacio de construcción y contención.

ANÁLISIS DE SÍNTESIS DE ENCUESTA PSICOLÓGICA:

En el Hospital Provincial de Rosario, el Servicio de Atención en Adicciones realiza una encuesta psicológica en la primer consulta a todos los pacientes que llegan derivados desde toxicología o por consultorio externo por problemas de adicciones. La entrevista consta de 19 preguntas y fue diseñada por los psicólogos del Servicio. Se realiza con los objetivos de realizar futuras investigaciones y para obtener datos estadísticos acerca de la población que concurre al Servicio. En la encuesta psicológica realizada en el año 2001 se obtuvieron datos significativos para poder pensar en posibles factores que influyen en el tema de las adicciones y posibles intervenciones y estrategias. A continuación se analizarán algunos datos obtenidos:

Si bien el 36% de los pacientes acude al Servicio por propia determinación, el 64% lo hace por presión familiar, por presión judicial, por estar detenido o por indicación médica. (Acerca de éste punto, la musicoterapeuta Juni Pezzone pone el énfasis en la motivación del paciente para indicar e iniciar un tratamiento porque en ella está implicada la conciencia de síntoma, el motivo de consulta y el despliegue del síntoma). Que el 64% de los pacientes que llegan al Servicio no lo haga por propia motivación habla de la dificultad de que los tratamientos tengan continuidad y de que lo que se le propone al paciente le sirva para algo.

El 61% está desocupado, al 69% lo mantiene la familia o pareja y el 39% vive con sus padres. Esto también se relaciona con el dato de que el 50% de los pacientes tiene o tuvo problemas legales porque es común que recurran a delitos para conseguir las drogas ya que no cuentan con disponibilidad económica.

Si bien la falta de trabajo mayormente pasa por una cuestión socioeconómica del país, las ofertas que existen se dirigen a personas con estudios y de los pacientes que concurren al Hospital sólo el 31% terminó la primaria y sólo el 11% terminó la secundaria.

Para la musicoterapeuta Ofelia Herrendorf las adicciones tienen que ver mucho con los conflictos familiares. Lo significativo es que el 78% de los pacientes es acompañado al Hospital por algún familiar, amigo o pareja lo que facilitaría pensar estrategias de trabajo en las que se incluyera a la familia desde una participación activa.

Aunque no todas las personas por igual son vulnerables a caer en una adicción, hay que tener en cuenta que el 67% de los pacientes dice haber obtenido la primer dosis por amigos y casi el 80% comenzó a consumir en la etapa de la adolescencia; lo que estaría indicando que el contexto en el cual la persona se desarrolla puede ser un factor de riesgo.

“Hay ciertas características de la personalidad o estados emocionales que aumentan la vulnerabilidad psicológica de las adicciones: la impulsividad; la euforia; la intolerancia a los estímulos displacenteros tanto físicos como psíquicos; y la búsqueda exagerada de sensaciones”. Pág. 13

El 22% enuncia que comenzó a consumir por problemas afectivos y el 78% restante por otros motivos descontando la pérdida de trabajo, abandono, problemas sexuales o pérdida de un ser querido.

Aún cuando el 58% de los pacientes asegura que quiere dejar el consumo, suelen ser varios los intentos de comenzar un tratamiento. Más de la mitad de los que consultan ya habían realizado algún tratamiento previo.

Acerca del tratamiento que se ofrece el 86% consideraría un tratamiento psicológico. Mientras que el 36% cree que el éxito del tratamiento depende sólo de sí mismo, el 19% cree que depende del médico y el 16% del acompañamiento familiar.

Estos datos dan cuenta de la importancia de implementar redes de acción que abarquen la prevención y la asistencia primaria. Sería necesario crear dispositivos de trabajo con las familias y en las escuelas incluyendo capacitación docente tanto como para informar acerca de ésta problemática como para detectar casos de riesgo.

ANÁLISIS COMPARATIVO DE ENTREVISTAS:

La entrevista fue diseñada teniendo en cuenta cuatro ejes centrales. Cada uno de ellos incluye varias preguntas que posibilitan acercarse a la opinión del entrevistado sobre los temas.

Los ejes seleccionados son:

- 1- **Del espacio de Musicoterapia:** se puede leer cómo cada musicoterapeuta piensa ese espacio, cuáles son sus objetivos, cuál es el dispositivo por el cual los pacientes acceden a la Musicoterapia, qué lugar le dan los musicoterapeutas a la sustancia de consumo, cómo es el abordaje con pacientes judiciales, cuáles son los factores que influyen para pensar en un tratamiento y cuál es su postura acerca del trabajo interdisciplinario.
- 2- **De la producción:** cuál es la materia que utiliza en la clínica, cómo se registran las producciones, qué variables se tienen en cuenta del discurso del paciente y si se encuentran características comunes entre ellos.
- 3- **De lo grupal:** si se trabaja en forma grupal y/o individualmente, qué datos de la producción grupal toma, si se realiza una lectura de roles y posiciones y si existe algún criterio de agrupabilidad.
- 4- **Del profesional musicoterapeuta:** cuál es su postura frente a las drogas, cuáles son las variables que influyen en el Sujeto para constituirse como adicto, qué opina acerca de las políticas de salud que existen y qué entiende por la efectividad de la Musicoterapia.

CUADRO

Unidad de análisis	EJE 1 Del espacio de Musicoterapia						
	¿Cómo se define el espacio de Mt?	¿Cuáles son los objetivos?	¿Cómo llegan los pacientes?	¿Se tiene en cuenta la sustancia?	¿Abordaje con pacientes judiciales?	Factores para pensar un tratamiento	¿Trabajo interdisciplinario?
Juni Pezzone	El espacio responde a la modalidad de taller por las cosas que pasan, por cómo pasan. Es un espacio casi de prueba, de experiencia y de experimentación. Taller a la vez ofrecido como escenario del proceso clínico.	Ofrecer un espacio para que el otro lo tome como escenario de juego de deconstrucción/ construcción y que le sirva al paciente en tanto posibilidad de poder posicionarse de otra manera.	En el Sanatorio llegan porque Mt. Está incluido dentro de las actividades. No es obligatorio. Y al consultorio pueden venir derivados, por propia iniciativa, por saber, por curiosidad porque gente conocida ha pasado.	No, me olvido que son adictos. Me contacto y me conecto con alguien que está enfrente y le está pasando algo. Para mí la adicción es un síntoma. Cualquier síntoma está anunciando una cuestión de emergencia.	Sí, pero con el recaudo de que esto esté dicho. La propuesta no varía pero se toma el recaudo de explicitar esto, que el paciente entienda que uno sabe que esto que uno está ofreciéndole puede no servirle porque no está muy claro si él lo pide o si viene porque hay circunstancias que lo están llevando.	La motivación es importante porque está implicada la conciencia de síntoma, el motivo de consulta, el despliegue del síntoma que sería lo que está marcando la necesidad, y si esto se imbrica con la convicción del que consulta de que tiene que hacer algo con esto que le pasa, me parece que ahí ya se anudan las 2 cuestiones centrales para poder pensar en un tratamiento que puede o no ser efectivo.	Esto es un planteo ético. Yo creo que sí pero no sólo en adicciones; para trabajar en Salud Mental. A mí no se me ocurre pensar que un fenómeno que responde a la Salud Mental pueda ser abordado desde una única perspectiva.

Ofelia Herrendorf	Mt. Es una sesión de una actividad terapéutica, no es taller.	Lograr que el individuo se encuentre con sí mismo, sus potencialidades, que existen y poder lograr que haga una vida más o menos normal. Que pueda llegar a construir una familia, que pueda realizarse como individuo.	Por consultorio externo, de ahí son derivados a internación según el diagnóstico o al Centro de Día. El tratamiento se inicia en ese momento.	Se debe tener en cuenta si pensamos en la respuesta esperable de acuerdo a la sustancia que consume y al deterioro que ésta le pudo haber producido. El profesional tiene que tener conocimiento sobre los efectos del consumo y la patología de base y qué es esperable y qué no.	El abordaje a nivel de tratamiento es el mismo. Probablemente el tratamiento resulte más difícil pues el paciente no tiene conciencia de enfermedad y se ve por una disposición de otro, situación que no eligió.	Puede ser que el adicto haya tomado conciencia de su situación y que realmente desee el tratamiento pues su vida ha llegado a un nivel de complejidad que no le permite continuar. Puede ser que la evaluación profesional indique la necesidad de tratamiento porque está en riesgo su vida o de la de las personas allegadas a él.	El trabajo interdisciplinario es necesario a partir de la complejidad del paciente adicto. Hay mucho material que surge en las sesiones de Mt. Y que los pacientes llevan a otros espacios terapéuticos. El intercambio interdisciplinario ha de permitir una mayor comprensión de los conflictos del paciente que lo llevaron a la adicción y permitirá encontrar líneas de tratamiento o de suspensión de tratamiento.
-------------------	---	---	---	--	---	--	--

Unidad de análisis	EJE 2 De la producción			
	Materia	Registro	Variables del discurso	¿Caract. comunes?
Juni Pezzone	El cuerpo, el sonido, los movimientos, la música, los instrumentos musicales...	Yo en general grabo y me sirve para mostrarle al otro un espejo de su producción.	El acontecer del evento clínico en un contexto témporo-espacial; cómo utiliza el paciente la variable tiempo y espacio. Las variables sonoro-corporales; la forma en la que se desplaza la materia en el contexto témporo-espacial.	Sí, pero también pueden ser comunes a otras patologías, llámese bulimia, anorexia; que tienen que ver con que intervienen siempre desde un lugar, apropiándose del espacio para sí mismo como intentando abarcarlo todo, sin que haya necesariamente registro del otro. Producen como si estuvieran solos. Estas características no tienen que ver solamente con la adicción, no tiene que ver con una estructura, sino que tienen que ver con las características sintomáticas. Lo que sí tengo en cuenta es cómo se despliega la pulsión incontrolable que lo lleva a consumir. La sensación que tengo es como que en el despliegue del evento clínico podés visualizar la falta de borde en el cuerpo; desde la estética de cómo se mueve.
Ofelia Herrendorf	Instrumentos sonoros y la historia sonora de cada paciente además de haber leído su legajo. Además se utilizan algunas técnicas psicodramáticas, juegos, ensueños dirigidos, algunas técnicas corporales. Conocer al paciente, ayudarlo a hacer una revisión de sus experiencias sonoras musicales o no, dará la posibilidad de que uno	Por grabación y la atención constante del musicoterapeuta .	Uno tiene que conocer muy bien al paciente, conocer lo que es la adicción y saber que la palabra tiene que quedar incluida. Habrá que tener en cuenta su disposición en la sala; la elección constante del mismo espacio; sus dificultades o no para correrse de lugar; la elección de instrumentos sonoros; la acción sobre los mismos; la disposición para trabajar con otro; el aislamiento; las dificultades para mostrarse, las dificultades desde lo corporal; la tendencia a boicotear la actividad; disposición para colaborar; la	La actitud. La forma de producir es distinta en chicos que han tenido un tipo de formación sonora dentro del hogar y los que han tenido otra, pero hay cosas que se pueden encontrar como en común. Cuando uno quiere lucirse los otros lo tapan, eso es lo que hacen en la vida también, en la relación con los otros adictos, hay una actitud que no es generosa para decir y para el reconocimiento. En otras oportunidades prefieren escuchar. Les sirve también para evitar el mostrarse demasiado en la sesión de ese día. Y desde lo corporal está el

	trabaje en la sesión con material del cual él mismo informó.		interferencia en el trabajo con los otros.	total desconocimiento de su cuerpo que nunca fue valorizado y el, siempre agredido.
--	--	--	--	---

Unidad de análisis	EJE 3 De lo grupal			
	¿Abordaje grupal?	¿Datos de la producción grupal?	Lectura de roles y posiciones	Criterios de agrupabilidad
Juni Pezzone	No necesariamente. Creo mucho en el trabajo grupal en el sentido del efecto que produce. Las cosas que aparecen me parecen de una riqueza infinita pero también creo que a veces el trabajo individual es necesario justamente para poder resolver esta cuestión que hace a la consulta y resolverla in situ. Llega un punto en donde sugiero una inclusión en un grupo cuando hay una singularidad instituida; una vuelta de lo grupal termina por resolver el tema de la posición y de la identidad.	Tienen que ver con que en la dinámica aparece muy clara la posición de cada uno, donde cada uno se para frente al otro, la forma en que se pone en juego la materia, el sentido del discurso, tanto en lo que haga a lo individual como a lo grupal.	No para interpretar pero sí para evaluar, a experimentar, a vivenciar. Lo que pasa en el evento musicoterapéutico tiene que ver con el discurso musicoterapéutico. Genera un producto a mostrar, a ser visto por otros, es lo que produce el efecto.	No. Si hay un grupo funcionando que viene produciendo y aparece la posibilidad de que se incluya alguien de estructura psicótica no lo permito por una cuestión de respeto de lo que viene aconteciendo. Tampoco tiene sentido incluir un psicótico descompensado.
Ofelia Herrendorf	No. Yo he tenido pacientes individual y grupal. Hay chicos que no son agrupables porque tienen historias, con situaciones muy personales y no las quieren hablar delante de otro. En éstos casos tienen terapia individual.	Quién es el líder, quién siempre hace un trabajo repetido, siempre el mismo, no cambia; quién boicotea la actividad o al grupo o a algún integrante, quién quiere tapar a quién; las relaciones, los vínculos, cómo se entran en un diálogo dejando de lado a los demás. Los parámetros de la producción sonora.	Todo lo que considerás en la atención de un grupo verbal es aplicable al grupo de Musicoterapia.	No. En Centro De Día el grupo viene así; no nos preguntan al respecto porque el equipo de profesionales que ha estado con éstos pacientes en Adaptación son los que más los conocen. Si un integrante que ya ha sido incluido interfiere en la tarea grupal, según las circunstancias se trabaja a nivel interdisciplinario la situación, en cuyo caso puede resolverse, con la evaluación el musicoterapeuta y su recomendación, el que se lo trate en sesiones individuales.

Unidad de análisis	EJE 4 Del profesional musicoterapeuta			
	Postura frente a las drogas	Variables constitutivas	Políticas de Salud	Efectividad
Juni Pezzone	Las drogas son objetos que están en el mundo como puede estar un árbol, cualquier cosa. No produce el mismo efecto. No responde a un fenómeno de la naturaleza sino a intereses del hombre, están al acceso como cualquier cosa y en todo caso pasa por aquello que le está ocurriendo a alguien que toma esto como algo para meter en el cuerpo. Me parece que el sentido que tiene la droga se lo pone aquel en el momento que accede.	Tiene que haber alguna cuestión personal, como una disposición a; no a la droga sino a la necesidad de la ingesta de una sustancia. También me parece que la cuestión social está jugando un rol importante como escenario para mostrar la droga, para mostrar conductas. Del interjuego que hay entre cada sujeto y éstas cuestiones sociales se va a instalar una conducta adictiva o no.	Yo creo que para adicción no hay nada. Hay campañas de prevención pero me parece que para lo único que que funcionan es para reforzar la cuestión, porque crean toda una cuestión alrededor de las drogas que se torna como un mito fundante y refuerzan la posibilidad de acceso.	Me parece que la eficacia de un tratamiento musicoterapéutico podría pasar por esta característica tan particular que es que los musicoterapeutas ofrecemos el espacio como en tránsito a la apertura del enigma que encierra el motivo de consulta y si lo abordás desde ahí das la posibilidad de que aparezca el cuestionamiento. Tiene que ver con la oportunidad de verse. Se pueden crear parámetros de observación pero me parece que no es medible en términos cuantitativos. La eficacia implica justamente un cambio de parada, por lo tanto lo que uno ve tiene que ver con un corrimiento, con un cambio de posición. Se puede ver, captar y decir desde ahí.
Ofelia Herrendorf	A veces pienso en que habría algunas circunstancias en las que debiera haber libertad para el consumo pero creo que en nuestro país no estamos preparados para eso. Siento en el fondo un gran respeto por los chicos que se drogan. Creo que son víctimas	Creo que tiene que ver mucho la familia, los conflictos familiares. Dice Claude Olivenstein que para que un individuo acceda a la adicción hacen falta 2 elementos. Uno es el contacto con la droga y el 2° es la falta de límites. La ausencia de límites es la falta de una orientación desde el vamos y es cuando el chico consigue lo que quiere. La	Si hubiera gente honesta que trabajara pero de alma y dijera vamos a darles una jeringa, un porro intentando ayudarlos para que puedan llegar a la rehabilitación sería distinto, a mí me costaría pero tal vez sea una forma de evitar contagios. Yo leí a Escotado que dice que hay que liberar la droga y que cada uno sabe lo que tiene que hacer respecto del	La efectividad se puede medir cuando vos tenés un número de pacientes y hacés algo cuantitativo. Cualitativo porque lo ves afectivamente, emocionalmente; lo ves y lo comprobás y te asombrás de determinadas cosas. Aunque haya logrado algo; una cosa mínima, que el paciente haya podido empezar a pensar o haya comenzado a reconocer su cuerpo. Efectividad es que cuando están en

	de una situación muy difícil tanto desde lo familiar como desde lo social.	falta irrestricta, la falta de valores, la forma de identificación de los hijos con los padres, la mentira dentro de la casa, la falta de coherencia en la pareja parental.	consumo. Yo no creo que es tan así, pero que alguna vez habría que plantearse ponerse a pensar si no es mejor liberar la droga; pero que haya un Estado fuerte que entregue aquello que hace falta, que no la comercialice. Cuando se trata de plata y de ganar a nadie le importa nada del otro.	una sesión, lo que sucede en la sesión lo puedan asociar a situaciones del afuera.
--	--	---	---	--

CONCLUSIONES:

En el recorrido que realiza la tesis existen datos que fueron aportados desde distintos campos del saber. Para poder acercarse a una visión más abarcativa del fenómeno de las adicciones fue necesario conocer cuáles eran los aspectos psicológicos más sobresalientes de las conductas adictivas.

Los aspectos médico-toxicológicos desarrollados aportaron datos acerca de cuándo se considera que un sujeto hace uso o abuso de las drogas así como también de las sustancias de consumo (cuáles son, cuál es la forma de consumo, cuál es el efecto que producen, cuáles pueden ser las consecuencias de consumo)

Para unificar criterios se tomó como referencia el Manual de Enfermedades y Estadísticas de la Asociación Americana de Psiquiatría y se describieron los criterios para el diagnóstico de adicción, intoxicación, dependencia y síndrome de abstinencia.

De todos esos datos se desprende:

Una de las consecuencias más significativas que se observan en pacientes adictos es la erosión de los lazos sociales. Los sujetos ingieren sustancias en función del goce individual lo que inevitablemente produce una ruptura con el afuera, sólo se relacionan con otros que también son consumidores.

En cuanto a la vulnerabilidad se encontró a **la adolescencia como la etapa más vulnerable** ya que es en ese momento en el cual aparecen conflictos alrededor

de la sexualidad, del propio cuerpo, conflictos con la dependencia-independencia, los cuales pueden provocar estados emocionales para los adolescentes muy difíciles de resolver.

La falta de contención familiar, de posibilidades laborales, de crecimiento personal produce que muchos sujetos no encuentren salidas a éstas situaciones ni formas de integración e inserción.

La población que concurre al Hospital Provincial responde a éstas características (la mayoría de los pacientes son menores de edad; se vinculan con personas que también consumen; no asisten a la escuela, no trabajan; sus actividades se centran alrededor de las drogas y no aparece una familia que acompañe y contenga a los pacientes.)

Otra de las características importantes que se ve en el trabajo con pacientes adictos es el tipo de relación que establecen con las drogas. Estas pasan a ser lo único importante en sus vidas y pierden interés por otro tipo de actividades.

Todo ello lleva al Sujeto a quedar fijado en una posición de consumidor; los vínculos se desgastan, se disuelven y cada vez más el afuera desaparece.

La complejidad que implica el problema de las adicciones requiere de un abordaje interdisciplinario. Es muy difícil concebir la posibilidad de que una única disciplina, una única mirada pueda ser suficiente.

En el análisis del Caso F en el cual el paciente puede empezar a interactuar con otros y cambiar de posición se leen momentos de eficacia. *No se trata de cambios abruptos, extremos de un día para otro, sino de pequeños movimientos que generarán nuevas formas de vincularse, de percibir y nuevos recursos. Pág.121*

En el momento en que el paciente puede producir discursos e interactuar con otro se abre a la posibilidad de sentidos nuevos, de nuevas representaciones que surgen de un movimiento de construcción/deconstrucción. Esta posibilidad de movimiento, de cambios de posición, permiten nuevas miradas acerca de la propia historia y del mundo circundante. Pág. 104

Juni Pezzone opina que la eficacia implica un cambio de parada, por lo tanto lo que uno ve tiene que ver con un corrimiento, con un cambio de posición. Se puede ver, captar y decir desde ahí.

La efectividad de la Musicoterapia radica en el hecho de que como profesionales agentes de Salud estamos capacitados para llevar adelante tratamientos, hacer lecturas del proceso que realiza el paciente, intervenir es eso que está sucediendo operando con el material propio de la disciplina y para dar cuenta de nuestro hacer.

Nuestra disciplina cuenta con recursos técnicos y formas de abordaje que habilitan a que en el espacio de Musicoterapia se puedan construir y deconstruir las formas de relación y de ver el mundo que provocan malestar en los Sujetos.

En ésta problemática en la cual el cuerpo aparece desvalorizado, agredido la Musicoterapia posibilita el movimiento de transformación que va a permitirle al paciente tomar conciencia de su cuerpo y redescubrir lo propio.

La musicoterapeuta Juni Pezzone toma a las adicciones como un síntoma que está enunciando una cuestión de emergencia y que responde al campo de la Salud Mental. Encuentra características comunes entre pacientes adictos pero que también pueden ser comunes a otras patologías (bulimia, anorexia). Considera que no tienen que ver con una estructura; tiene en cuenta cómo se despliega la

pulsión incontrolable que lo lleva a consumir e interviene desde el trabajo con el cuerpo ya que le permite abrir la posibilidad de que se instale el borde.

En cambio la musicoterapeuta Ofelia Herrendorf toma a las adicciones como una patología del acto. Considera importante para el musicoterapeuta conocer la respuesta esperable de acuerdo a la sustancia que consume y al deterioro que esta le pudo haber producido. Sostiene que el profesional tiene que tener conocimiento sobre los efectos del consumo y la patología de base y sobre qué es esperable y qué no. Sugiere que hay que empezar el tratamiento buscando que el paciente trabaje su cuerpo, buscando técnicas que resulten más adecuadas de acuerdo con las circunstancias.

De éstas opiniones y de las características de la producción corporal de los pacientes seleccionados se infiere que **el trabajo corporal en el campo de las adicciones es fundamental.**

Se encontraron diferencias entre pacientes que asisten por propia determinación y porque sienten la necesidad de realizar algunos cambios en su vida y pacientes que asisten por orden judicial.

Nosotros pensamos que en general los pacientes que llegan por una cuestión de orden judicial vienen a guardarse a la institución, a preservarse de esa circunstancia que los está interpelando, y desde ese lugar la propuesta no varía, pero sí se toma el recaudo de explicitar esto; que el paciente entienda que uno sabe que esto que uno está ofreciéndole puede no servirle porque en realidad no está muy claro si él lo pide o si viene porque hay otras circunstancias que los están interpelando.

Es muy difícil llevar adelante tratamientos cuando el paciente no está interesado y asiste por presión u obligación.

La relación de los Sujetos con la ley es uno de los temas que quedan abiertos para futuras investigaciones sobre la problemática de las adicciones.

La elaboración de proyectos de prevención focalizados en potenciar los factores de Salud es una de las tareas que pueden resultar de la efectividad de la musicoterapia. Es necesario llevar a cabo un conjunto de acciones encaminadas a evitar los problemas que conducen al abuso de drogas y alcohol convocando a la participación a todos los actores de la comunidad (educadores, agentes de salud, medios de comunicación, artistas, etc)

En la actualidad existen muy pocos musicoterapeutas que se dicen trabajando en el campo de las adicciones pero sí existe una gran cantidad de profesionales que trabaja en Salud Mental y que atiende éste tipo de problemáticas. Uno de los objetivos de ésta investigación es la construcción de redes con profesionales interesados en continuar investigando sobre nuestro hacer profesional, que ésta tesis sirva como material y así posibilitar la apertura de nuevos espacios de trabajo.

ANEXO I

CASOS CLÍNICOS

1-Caso F

1.1 Relato del caso

1.2 Ficha de evaluación nº 1

1.3 Ficha de evaluación nº 2

1.4 Aplicación del protocolo API

2-Caso El Gitano

2.1 Relato del caso

2.2 Ficha de evaluación nº 1

2.3 Ficha de evaluación nº 2

2.4 Aplicación del protocolo API

CASO F**RELATO: CASO "F"**

F tiene 15 años. Llega al Servicio por orden del Juzgado (por consumo de cocaína y robo calificado). F dice que no quiere "hacer nada" y llegan a un acuerdo con la musicoterapeuta de que asista al Taller sin la *obligación* de "participar". En la segunda sesión como en la primera se sienta en un costado, pero al finalizar la misma le pide prestado a la musicoterapeuta el grabador para llevárselo a la casa. La musicoterapeuta interviene prestándoselo con el acuerdo de que lo devuelva la semana próxima.

En el tercer encuentro F trae el grabador con un cassette grabado por él y pilas nuevas. La musicoterapeuta le propone escuchar la grabación en otro grabador, éste corta la cinta del cassette. Junto con un compañero se dedica toda la sesión a limpiar ese grabador. A partir de éste momento F comienza a interactuar y a participar en el Taller produciendo desde los lenguajes verbal y no-verbal.

APLICACIÓN DE LA FICHA DE EVALUACIÓN:FICHA N° 1 (sesiones 1 y 2)Datos del paciente:Nombre y apellido: FEdad: 15 añosProblemas con la Justicia: SíDerivado por: Juzgado de MenoresConsumo de: Cocaína

- 1- **Asistencia:** *asiste dos encuentros consecutivos*
- 2- **Comprensión de consignas:** *no existen datos que den cuenta de su posibilidad o no de comprender las consignas*
- 3- **Participación:** *se resiste a participar, se sienta en un costado toda la sesión*
- 4- **Vínculo con el Terapeuta:** *se establece un acuerdo entre paciente-terapeuta en el cual el paciente accede a asistir al taller sin tener la obligación de participar, dato inicial de una posibilidad de construcción vincular*
- 5- **Producción sonora:**
 - a) **variedad en Intensidad:** *su discurso verbal se mantiene en una intensidad baja, casi piano*
 - Ritmo: *no utiliza patrones rítmicos*
 - Altura: *no hay variaciones de altura*
 - Timbre: *utiliza únicamente la voz*
 - b) **uso de silencios:** *utiliza el silencio casi todo el tiempo*
 - c) **uso de la voz:** *utiliza la voz para contestar si se le pregunta algo*
 - d) **relación con los instrumentos:** *no se acerca a los instrumentos*
 - e) **capacidad de exploración, investigación:** *su exploración es únicamente a nivel visual del espacio*
- 6- **Producción corporal:**
 - a) **orientación témporo-espacial:** *pregunta qué día de la semana es y el horario*
 - b) **utilización del espacio:** *no se desplaza del lugar donde se sienta*
 - c) **características de los movimientos:**
 - **esteriotipado:** *repite la secuencia del saludo, se ubica en el mismo lugar los dos encuentros, en la misma postura corporal, cuando termina se para, saluda y se va*

- rígido: *se queda casi estático durante toda la sesión en la misma posición*
- cortado: *su tono muscular es tenso, lo que le impide los movimientos fluidos*
- flexible: *no*
- fluido: *no*
- ligado: *no*

7- **En la producción grupal:** a) escucha: *se puede suponer que al ubicarse fuera de la producción grupal, el paciente ocupa un lugar fijo de escucha de la producción del grupo sin participación*

b) textura: *figura: no ocupa el lugar de figura
fondo: aparece como fondo desde el*

lugar de observador

c) roles/ posiciones: *su posición es fija, no*

cambia de lugar

d) interacción: *no interacciona con el grupo*

8- **Registro:** a) posibilidad de registro: *no existen datos que den cuenta de su posibilidad o no de registro de la producción propia o grupal*

b) da cuenta de su producción: *cuando se le pregunta acerca de la producción grupal no contesta*

APLICACIÓN DE LA FICHA DE EVALUACIÓN:

FICHA N°2: (sesiones 4 y 5)

Datos del paciente:Nombre y apellido: FEdad: 15 añosProblemas con la Justicia: SíDerivado por: Juzgado de MenoresConsumo de: Cocaína1- **Asistencia:** *asiste cinco encuentros consecutivos*2- **Comprensión de consignas:** *le cuesta comprender las consignas, pide que se le expliquen más de una vez*3- **Participación:** *su participación es activa, produce tanto desde lo verbal como desde lo sonoro-corporal*4- **Vínculo con el Terapeuta:** *el vínculo se fortalece a partir de la confianza, el paciente se muestra más abierto a la interacción paciente-terapeuta.*5- **Producción sonora:** a) variedad en Intensidad: *se maneja en una intensidad media durante todas las improvisaciones, sin variación*
Ritmo: *utiliza patrones en forma repetitiva*Altura: *no elige instrumentos melódicos, pequeñas variaciones sobre la caja de tonos*Timbre: *poca variación tímbrica, utiliza la caja de tonos, los toc toc y las pezuñas*b) uso de silencios: *sí, en momentos deja de tocar, escucha a otro y retoma su producción*c) uso de la voz: *nunca utiliza la voz en las improvisaciones*d) relación con los instrumentos: *mantiene cierta distancia corporal con éstos, siempre utiliza los mismos*e) capacidad de exploración, investigación: *escasa exploración sonora, pocos recursos de investigación*6- **Producción corporal:** a) orientación témporo-espacial: *le cuesta acordarse el horario del taller, en una oportunidad llegó una hora antes y en otras hasta una hora y media tarde*

b) utilización del espacio: *no se desplaza del lugar donde se sienta, sólo mueve los brazos para alcanzar los instrumentos*

c) características de los movimientos:
 - estereotipado: *repite secuencias de saludo, de elección de lugar y de instrumentos*

- rígido: *no cambia de posición*

- cortado: *no*

- flexible: *no*

- fluido: *no*

- ligado: *no*

7- **En la producción grupal**: a) escucha: *su escucha es intermitente, hay momentos en los que aparece totalmente separado del discurso grupal*

b) textura: *figura: no ocupa el lugar de figura fondo: siempre aparece como fondo por la intensidad que utiliza y el patrón rítmico.*

c) roles/ posiciones: *le cuesta cambiar de posición, su actitud es pasiva frente al grupo*

d) interacción: *interacciona a través del lenguaje verbal, de la mirada, su discurso sonoro es mayormente independiente aunque existen momentos en los que se podría hablar de un discurso grupal*

8- **Registro**: a) posibilidad de registro: *la mirada, la postura corporal y los momentos de interacción dan cuenta de su posibilidad de registro*

b) da cuenta de su producción: *le cuesta dar cuenta de su producción, sólo expresa que "estuvo bueno", que se aburrió o se sonríe*

EVALUACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE IMPROVISACIÓN. Versión abreviada. Kenneth Bruscia.

-Improvisadores e instrumentos: *F y Musicoterapeuta; toc toc, caja de tonos, flauta, armónica, pesuñas, pandereta.*

-Título: *Improvisación n°4*

-Duración: *20 minutos*

-Características pre-establecidas: *ver ficha de evaluación n° 1.*

-Contexto situacional: *5° sesión en el Taller de Musicoterapia del Hospital Provincial de Rosario*

-Impresiones generales: *poca variación de intensidad y altura*

-¿Qué elementos musicales son más sobresalientes? *la utilización de un patrón rítmico constante*

-Forma: *la improvisación se desarrolla en una gran parte A.*

-¿Cuán claramente se forman las frases? *Las frases son claras por repetición*

-¿Qué elementos musicales tienen más tensión? *El ritmo*

-¿Algún otra fuente de tensión? *no*

Cuerpo: *su postura es rígida, se ubica siempre en el mismo lugar*

Discusión verbal sobre las letras: *no se utilizan letras*

Elementos rítmicos:

¿Cuán relacionado está el ritmo y pulso básico?

Sin diferencia |x| | | | | Extremadamente diferente

¿Cuán relacionadas están las partes rítmicas simultáneas?

Sin diferencia |x| | | | | Extremadamente diferente

¿Cuánto cambia el tempo, la subdivisión, la métrica?

Sin cambio |x| | | | | Cambios frecuentes, extremos

¿Cuánto cambian los patrones rítmicos?

Sin cambio |x| | | | | Cambios frecuentes, extremos

¿Qué rol toma el paciente con el tempo/pulso?

Mayormente sigue | | | | |x| Mayormente lidera

¿Qué rol toma el paciente con el ritmo?

Mayormente sigue | | | | |x| Mayormente lidera

Timbre:

¿Qué tan relacionados están los timbres simultáneos?

Sin diferencia | |x| | | | Extremadamente diferente

¿Cuánto cambia el timbre?

Sin diferencia |x| | | | | Extremo, frecuentes cambios

¿Qué rol toma el paciente con el timbre?

Mayormente sigue |x| | | | | Mayormente lidera

Volumen:

¿Qué tan relacionadas en volumen están las partes simultáneas?

Sin diferencia |x| | | | | Extremadamente diferente

¿Cuánto cambia el volumen?

Sin cambio |x| | | | | Cambios frecuentes, extremos

¿Qué rol toma el paciente con el volumen?

Mayormente sigue |x| | | | | Mayormente lidera

Textura:

¿Cuán diferente son las partes simultáneas en el rol?

Sin diferencia Extremadamente diferente

¿Qué tan relacionada está la melodía y la armonía?

Sin diferencia Extremadamente diferente

¿Qué tan relacionada está la armonía y la escala/clave?

Sin diferencia Extremadamente diferente

¿Cuánto cambian la escala y la clave?

Sin cambio Frecuentes cambios extremos

¿Cuánto cambian las melodías?

Sin cambio Frecuentes cambios extremos

¿Cuánto cambia la armonía?

Sin cambio Frecuentes cambios extremos

¿Qué rol el paciente toma con la escala y la clave?

Mayormente sigue Mayormente lidera

¿Qué rol el paciente toma con la melodía?

Mayormente sigue Mayormente lidera

Congruencia:

¿Algún elemento musical incongruente? *no*

¿Alguna incongruencia física? *no*

¿Alguna incongruencia entre la improvisación y los materiales verbales? *No da cuenta de la producción verbalmente*

¿Alguna incongruencia entre la música y las relaciones interpersonales? *Si bien toma las consignas propuestas verbalmente por la musicoterapeuta, existen pocos momentos de interacción a nivel sonoro.*

Otra información pertinente: -

CASO EL GITANO

RELATO: CASO “EL GITANO”

El Gitano tiene 48 años. Llega al Servicio por alcoholismo, y presenta trastornos neurológicos debido al consumo. Después que su mujer murió surge ésta adicción que lo llevó a perder sus bienes materiales y sus vínculos afectivos, hasta llegar a la situación de vivir solo y en la calle.

En los dos primeros encuentros El Gitano improvisa a nivel sonoro con instrumentos, llora, se emociona, da cuenta de sus emociones también desde la palabra. En el tercer encuentro comenta después de improvisar que los instrumentos le resultan fríos, distantes, ajenos. La musicoterapeuta aclara que se puede utilizar cualquier material para producir sonidos, que se pueden construir nuevos instrumentos o traer material de cada uno. En el siguiente encuentro El Gitano no llega a tiempo para el horario de la sesión, en el pasillo se encuentra con la musicoterapeuta y le dice que le da vergüenza asistir sin poder asearse y le regala un instrumento que había construido (una botella de plástico llena de moneditas de un centavo). La musicoterapeuta le propone que sea él quien lo traiga la próxima sesión, él se niega argumentando que otros pacientes también pueden usarlo y se lo deja.

El Gitano es internado por un ataque de asma y deja de concurrir al Servicio.

APLICACIÓN DE LA FICHA DE EVALUACIÓN:

FICHA N° 1: (sesión 1 y 2)

Datos del paciente:Nombre y apellido: *El Gitano*Edad: *48 años*Problemas con la Justicia: *no*Derivado por: *Servicio de Toxicología del Hospital Provincial de Rosario*Consumo de: *Alcohol*1-**Asistencia:** *asiste dos encuentros consecutivos*2-**Comprensión de consignas:** *su producción da cuenta de la posibilidad de comprensión de consignas*3-**Participación:** *su participación es activa, demuestra interés*4-**Vínculo con el Terapeuta:** *muy bueno. Desde el comienzo el paciente se muestra abierto a una construcción vincular con el terapeuta; comparte su historia, sus recuerdos, sus experiencias*5-**Producción sonora:** a) variedad en Intensidad: *variación entre intensidad media y piano*Ritmo: *por momentos utiliza patrones rítmicos que va variando de acuerdo al discurso grupal*Altura: *se mueve en un registro medio*Timbre: *utiliza diferentes instrumentos melódicos y de percusión (flauta, armónica, caja de tonos, palo de lluvia)*b) uso de silencios: *utiliza el silencio como parte de su discurso*c) uso de la voz: *utiliza la voz al contar algún recuerdo o emoción*d) relación con los instrumentos: *se muestra interesado por acercarse a ellos y por saber sus nombres*e) capacidad de exploración, investigación: *se dedica a explorar la mayoría de los instrumentos propuestos*6-**Producción corporal:** a) orientación témporo-espacial: *hace referencia a la fecha y horario de sesión*b) utilización del espacio: *no se desplaza del lugar, tiene problemas motores en una de sus piernas.*c) características de los movimientos:- esteriotipado: *no*- rígido: *el problema de la pierna le impide**moverse con fluidez y sus movimientos son lentos; le cuesta sentarse en el piso y desplazarse. A sus características físicas se le suma el sobrepeso.*

APLICACIÓN DE LA FICHA DE EVALUACIÓN:FICHA N° 2 (sesión 3)Datos del paciente:Nombre y apellido: *El Gitano*Edad: *48 años*Problemas con la Justicia: *no*Derivado por: *Servicio de Toxicología del Hospital Provincial de Rosario*Consumo de: *alcohol*1-**Asistencia:** *asiste tres encuentros consecutivos*2-**Comprensión de consignas:** *su producción da cuenta de la posibilidad de comprensión de consignas*3-**Participación:** *su participación es intermitente durante la sesión*4-**Vínculo con el Terapeuta:** *bueno. El vínculo sigue el proceso de construcción basado en la escucha y contención*5-**Producción sonora:** a) variedad en Intensidad: *poca variación, intensidad piano*Ritmo: *no utiliza patrones rítmicos*Altura: *poca variación de altura*Timbre: *poca variación tímbrica, utiliza**la armónica y las pezuñas*b) uso de silencios: *no*c) uso de la voz: *no utiliza la voz durante las**improvisaciones*d) relación con los instrumentos: *no demuestra interés**por los instrumentos, comenta que éstos le resultan fríos, distantes, ajenos*e) capacidad de exploración, investigación: *escasa**exploración sonora*6-**Producción corporal:** a) orientación témporo-espacial: *buena orientación témporo espacial*b) utilización del espacio: *no se desplaza del lugar**donde se sienta*c) características de los movimientos:- esteriotipado: *no*- rígido: *sí*- cortado: *sí*- flexible: *no*- fluido: *no*- ligado: *no*

7-En la producción grupal: a) escucha: *no hay registro de una escucha atenta hacia la producción grupal*

b) textura: *figura: no ocupa el rol de figura
fondo: ocupa el lugar de fondo desde*

una intensidad piano

c) roles/ posiciones: *no cambia de posición*

d) interacción: *su interacción es escasa*

8-Registro: a) posibilidad de registro: *sí*

b) da cuenta de su producción: *comenta que no estuvo muy comprometido con la actividad*

EVALUACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE IMPROVISACIÓN. Versión abreviada. Kenneth Bruscia.

-Improvisadores e instrumentos: *El Gitano, Musicoterapeuta y 2 pacientes más; armónica, pezuñas, caja de tonos, toc-toc, pandereta, flauta.*

-Título? *Improvisación nº 3.*

-Duración: *15 minutos*

-Características pre-establecidas? *Ver ficha de evaluación nº 1.*

-Contexto situacional: *3º sesión en el Taller de Musicoterapia del Hospital Provincial de Rosario.*

-Impresiones generales: *escasa exploración, participación intermitente, poco interés.*

-¿Qué elementos musicales son más sobresalientes? *Intensidad piano con poca variación de altura y tímbrica.*

-Forma: *la improvisación se divide en dos partes, la 1º de exploración y la 2º de desarrollo.*

-¿Cuán claramente se forman las frases? *Las frases son claras por cambio de instrumentos.*

-¿Qué elementos musicales tienen más tensión? *La intensidad.*

-¿Algún otra fuente de tensión? *no*

Cuerpo: *no se desplaza del lugar donde se sienta, sus movimientos son rígidos y cortados.*

Discusión verbal sobre las letras: *no se utilizan letras*

Elementos rítmicos:

¿Cuán relacionado está el ritmo y pulso básico?

Sin diferencia |x| | | | | Extremadamente diferente

¿Cuán relacionadas están las partes rítmicas simultáneas?

Sin diferencia |x| | | | | Extremadamente diferente

¿Cuánto cambia el tempo, la subdivisión, la métrica?

Sin cambio |x| | | | | Cambios frecuentes, extremos

¿Cuánto cambian los patrones rítmicos?

Sin cambio |x| | | | | Cambios frecuentes, extremos

¿Qué rol toma el paciente con el tempo/pulso?

Mayormente sigue |x| | | | | Mayormente lidera

¿Qué rol toma el paciente con el ritmo?

Mayormente sigue |x| | | | | Mayormente lidera

Timbre:

¿Qué tan relacionados están los timbres simultáneos?

Sin diferencia | |x| | | | Extremadamente diferente

¿Cuánto cambia el timbre?

Sin diferencia | |x| | | | Extremo, frecuentes cambios

¿Qué rol toma el paciente con el timbre?

Mayormente sigue | |x| | | | Mayormente lidera

Volumen:

¿Qué tan relacionadas en volumen están las partes simultáneas?

Sin diferencia |x| | | | | Extremadamente diferente

¿Cuánto cambia el volumen?

Sin cambio |x| | | | | Cambios frecuentes, extremos

¿Qué rol toma el paciente con el volumen?

Mayormente sigue Mayormente lidera

Textura:

¿Cuán diferente son las partes simultáneas en el rol?

Sin diferencia Extremadamente diferente

¿Cuán diferente son las partes simultáneas en el registro?

Sin diferencia Extremadamente diferente

¿Cuánto cambia la textura?

Sin cambio Cambios frecuentes, extremos

¿Qué rol toma el paciente con la textura?

Mayormente sigue Mayormente lidera

Fraseo:

¿Cuán diferente son las frases simultáneas en duración/forma?

Sin diferencia Extremadamente diferente

¿Cuánto cambia el fraseo?

Sin cambio Cambios frecuentes, extremos

¿Qué rol toma el paciente con el fraseo?

Mayormente sigue Mayormente lidera

Elementos físicos:

¿Cómo están regulados los movimientos corporales entre ellos?

Sin diferencia Extremadamente diferente

¿Cuánto cambia la expresión corporal?

Sin cambio |x| | | | | Cambios frecuentes, extremos

Elementos tonales:

¿Cómo encaja la melodía dentro de la escala y la clave?

Sin diferencia | |x| | | | Extremadamente diferente

¿Qué tan relacionadas están las melodías simultáneas?

Sin diferencia | |x| | | | Extremadamente diferente

¿Qué tan relacionada está la melodía y la armonía?

Sin diferencia | |x| | | | Extremadamente diferente

¿Qué tan relacionada está la armonía y la escala/clave?

Sin diferencia | |x| | | | Extremadamente diferente

¿Cuánto cambian la escala y la clave?

Sin cambio |x| | | | | Frecuentes cambios extremos

¿Cuánto cambian las melodías?

Sin cambio |x| | | | | Frecuentes cambios extremos

¿Cuánto cambia la armonía?

Sin cambio |x| | | | | Frecuentes cambios extremos

¿Qué rol el paciente toma con la escala y la clave?

Mayormente sigue |x| | | | | Mayormente lidera

¿Qué rol el paciente toma con la melodía?

Mayormente sigue | |x| | | | Mayormente lidera

Congruencia:

¿Algún elemento musical incongruente? *no*

¿Alguna incongruencia física? *no*

¿Alguna incongruencia entre la improvisación y los materiales verbales? *no*

¿Alguna incongruencia entre la música y las relaciones interpersonales? *no*

Otra información pertinente: -

ANEXO II

SÍNTESIS ENCUESTA PSICOLÓGICA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO

PREGUNTAS			
N° 1: ACUDE POR			
* por propia determinación			36%
* presión familiar			25%
* presión judicial			8%
* detenido			3%
* indicación médica			28%
* otros			
Subtotal			100%
N° 2: ¿POR QUÉ CAUSA VIENE AL SERVICIO?			
* dejar el consumo			58%
* problemas relacionales			3%
* Problemas laborales			14%
* problemas judiciales			8%
* problemas afectivos			17%
* otros			
Subtotal			100%
N° 3: ¿LO ACOMPAÑA ALGUIEN A LA CONSULTA?			
* no			22%
* si- padre			8%
madre			39%
hermanos			11%
amigos			17%
pareja			3%
familiar			
Subtotal			100%
N° 4 OCUPACIÓN			
* no			61%
* si			39%
Subtotal			100%
N° 5: PROBLEMAS LEGALES			
* no			50%
* si			33%
* actuales			17%
Subtotal			100%
N° 6: TRATAMIENTO PREVIO			
* no			56%
* si			44%
Subtotal			100%
N° 7: DOMICILIO			
* su casa			38%
* padres			39%
* sin lugar definido			3%
* otro familiar			6%

* otros				14%
Subtotal				100%
Nº 8: SOSTÉN ECONÓMICO				
* paciente				31%
* familiar				52%
* pareja				14%
* otros				3%
Subtotal				100%
Nº 9: ESTUDIOS				
* primaria completa				31%
" incompleta				19%
* secundaria completa				11%
" incompleta				33%
* terciaria o universitaria completa				0%
" " " incompleta				6%
Subtotal				100%
Nº 10: FAMILIA				
* (si) padre				23%
* madre				26%
* hermanos				27%
* pareja				11%
* hijos				13%
Subtotal				100%
Nº 11: DERIVACIÓN				
* otro paciente				
* psicólogo				3%
* médico/enfermero				50%
* familiares				8%
* psiquiatra				14%
* justicia/policia				17%
* otros				8%
Subtotal				100%
Nº 12: OBTUVO 1º DOSIS				
* amigos				67%
* hermanos				8%
* traficante				8%
* pareja				3%
* trabajo				8%
* estudio				0%
* indicación médica				3%
* familiar: padre/madre				3%
* otros				0%
Subtotal				100%
Nº 13: ¿POR QUÉ CAUSA COMENZÓ A CONSUMIR?				
* problemas afectivos				22%
* pérdida de trabajo				0%

* abandono				0%
* problemas sexuales				0%
* pérdida de un ser querido				0%
* otros				78%
Subtotal				100%
Nº 14: SIENTE QUE LA DROGA INFLUYE EN SU CUERPO				
* potencia				6%
* impotencia				2%
* euforia				17%
* desgano				2%
* alegría				10%
* tristeza				2%
* atención +				2%
* atención -				2%
* deshinibe				13%
* inhibe				0%
* productividad +				0%
* productividad -				2%
* agresividad +				6%
* agresividad -				8%
* otros				28%
Subtotal				100%
Nº 16: ¿CREE QUE SU ESTADO DE ÁNIMO PUEDE INFLUIR EN EL TRATAMIENTO?				
* si				50%
* no				14%
* no sabe				36%
Subtotal				100%
Nº 17a: DESDE SU PUNTO DE VISTA: ¿DE QUE DEPENDE EL ÉXITO DE UN TRATAMIENTO?				
* de la relación médico/paciente				5%
* del acompañamiento de su familia				16%
* solo de ud.				36%
* del médico				19%
* de los medicamentos				5%
* del trabajo con un psicólogo				7%
* otros				12%
Subtotal				100%
Nº 17b: ¿COSIDERARÍA LA POSIBILIDAD DE UN TRATAMIENTO PSICOÓGICO?				
* si				86%
* no				11%

* no sabe			3%
Subtotal			100%
N° 18: ¿CUÁL FUE EL ACONTECIMIENTO MÁS TRISTE O DESAGRADABLE DE SU VIDA?			
* pérdida de trabajo			3%
* pérdida de un ser querido			36%
* abandono			0%
* divorcio			3%
* desarraigo			0%
* otros			58%
Subtotal			100%
N° 19: ¿CUÁL FUE EL ACONTECIMIENTO MÁS FELÍZ DE SU VIDA?			
* formar pareja			11%
* nacimiento de un hijo			33%
* título			0%
* dejar de consumir			3%
* otros			53%
Subtotal			100%
TOTALES:			

ANEXO III

ENTREVISTAS

1- Entrevista realizada a la Mta. Ofelia Herrendorf

2- Entrevista realizada a la Mta. Juni Pezzone

Entrevista realizada a la Licenciada en Musicoterapia Ofelia Herrendorf en la ciudad de Buenos Aires el martes 19 de noviembre de 2002. Musicoterapeuta en CENARESO.

¿El espacio de Musicoterapia está pensado como un taller?

Nunca un taller. Musicoterapia es una sesión de una actividad terapéutica, no es taller. Un taller tiene objetivos determinados, un tratamiento en Musicoterapia tiene otro tipos de objetivos; el objetivo es la atención de pacientes que son derivados a Musicoterapia por la organización del Servicio. El Equipo está integrado por psiquiatras, psicólogos, musicoterapeutas, etc. En CENARESO hay actividades psicoterapéuticas y socioterapéuticas. Musicoterapia siempre estuvo dentro de las actividades psicoterapéuticas. Todas las actividades tienen repercusión social.

¿Cuáles son los objetivos clínicos?

Lograr que el individuo se encuentre con sí mismo, sus potencialidades, que existen y poder lograr que haga una vida más o menos normal. Tal vez lo que es normal para vos no es normal para mí o para otra persona; pero que pueda llevar adelante una vida, que pueda llegar a construir una familia, que pueda realizarse como individuo.

¿Cómo llegan los pacientes al espacio de Musicoterapia?

En principio llegan a la Institución por Consultorios Externos. A veces no son los pacientes mismos sino sus familiares los que piden orientación, tratamiento, etc. En Consultorios Externos se hace un diagnóstico y se define si puede seguir el tratamiento en ese Servicio con terapeutas de los mismos, una o dos veces por semana, o lo que sea necesario. También se define si va a tener tratamiento familiar porque es muy necesario el trabajo con la familia. No se puede, en realidad, hacer un tratamiento de un individuo y no trabajar con la familia o figuras representativas en lo que se llama Multifamiliares o en sesiones Nucleares.

De Consultorios Externos se derivan los pacientes, según el diagnóstico al que se llegue, a los servicios de Internación, o a Centro de Día al que concurren en principio tres veces por semana hasta que se accede a la Adaptación. No tienen Musicoterapia durante ese período. Luego comienzan a concurrir todos los días.

El tratamiento en Musicoterapia, se inicia en ese momento (estamos hablando del Centro de Día). En Consultorios Externos tampoco tienen la actividad. En Internación en los dos servicios que la constituyen, tiene Musicoterapia a partir de la segunda etapa del tratamiento.

¿Ese es un criterio que se acordó por algún motivo?

Es un criterio que tiene la Institución y que se lleva delante de esa manera considerando la necesidad de que haya un período de adaptación a la situación de tratamiento, de internación.

En una segunda etapa comienzan todas las actividades que están programadas en cada servicio y que tienen que ver, según el paciente y evaluadas sus

necesidades con el tratamiento psiquiátrico, psicológico, grupo psicoterapéutico, Musicoterapia grupal o individual.

Además tienen gimnasia, fotografía, taller social, plástica, etc. habiendo un profesional socioterapeuta que los organiza de acuerdo a las necesidades. Estoy hablando de un trabajo "Interdisciplinario". El profesional Musicoterapeuta participa de las reuniones de equipo como todos los profesionales, siendo consideradas sus opiniones en el momento de tomar decisiones respecto del tratamiento.

¿En el espacio de Musicoterapia se tiene en cuenta el tipo de sustancia que consume el paciente?

A veces se debe tener en cuenta si pensamos en la respuesta esperable de acuerdo a la sustancia que consume y al deterioro que ésta le pudo haber producido. Sabemos que casi todos fuman marihuana, en general. Que han accedido a la cocaína, la mayoría.

El profesional tiene que tener conocimiento sobre los efectos del consumo, el deterioro, las dificultades y los problemas que pueda haberle acarreado al paciente según la sustancia y el nivel de consumo y también la patología de base y qué es esperable y qué no es esperable porque lógicamente ellos no pueden consumir cuando vienen a la Institución.

¿Qué pasa cuando el paciente consume antes de entrar a la Institución?

No se le permite ingresar al Servicio, porque no está en condiciones de poder trabajar. Interfiere en la tarea propia y la de los demás integrantes del grupo. Se lo entrevista individualmente y al evaluarse su situación en el aquí y ahora, se llama a su familia para que lo vayan a buscar. No se le permite irse solo.

¿Es el mismo abordaje con pacientes con antecedentes judiciales?

El abordaje a nivel de tratamiento, en Musicoterapia es el mismo.

Probablemente, todo el tratamiento resulte más difícil pues si se trata de una derivación judicial, el paciente no tiene conciencia de enfermedad y se ve por una disposición de otro, que indudablemente no es él, obligado a hacer un tratamiento, situación que él no eligió. Es más simple tratar a alguien que se ha dado cuenta que no puede y no quiere seguir drogándose.

¿Qué factores son necesarios para poder pensar en un tratamiento?

No entiendo bien a que se hace referencia con esta pregunta. Trataré de responderla.

Puede ser que el adicto haya tomado conciencia de su situación y que realmente desee el tratamiento pues su vida ha llegado a un nivel de complejidad que no le permite continuar.

Puede ser que la evaluación profesional que se hace de alguien indique la necesidad de tratamiento, por que está en riesgo su vida o la de las personas allegadas a él.

A partir de tener en cuenta estas posibilidades, si hablamos de un tratamiento en Musicoterapia, todo lo que hemos aprendido respecto de nuestra profesión no me lleva a encontrar contraindicaciones salvo algo que pueda surgir durante las sesiones, y que puede sugerir tratamiento grupal o individual. En este supuesto caso será necesario evaluar la situación, más allá de tener en cuenta que si bien la patología es la misma, cada individuo y su historia personal es distinta. Estoy hablando del “caso por caso”.

¿Es necesario el trabajo interdisciplinario? Por qué?

Si lo es. El trabajo interdisciplinario es necesario a partir de la complejidad del paciente adicto.

Hay mucho material que surge en las sesiones de Musicoterapia y que los pacientes llevan a otros espacios terapéuticos.

El intercambio interdisciplinario ha de permitir una mayor comprensión de los conflictos del paciente que lo llevaron a la adicción a las drogas y permitirá encontrar líneas de tratamiento o de suspensión de tratamiento, teniendo en cuenta lo más importante durante el mismo, que es aquél a quien atendemos.

¿Cuál es la materia que utiliza en la clínica?

Utilizamos instrumentos sonoros, y la Historia Sonora de cada paciente además de haber leído su legajo desde el momento de ingreso a la Institución. Yo tengo que tener un buen conocimiento del paciente.

Además se utilizan algunas técnicas psicodramáticas, juegos, ensueños dirigidos, algunas técnicas corporales. Conocer al paciente, ayudarlo a hacer una revisión de sus experiencias sonoras musicales o no, dará la posibilidad de que uno trabaje en la sesión con material del cual él mismo informó.

Aparte hay objetivos, cuando uno se los plantea se comienza a pensar en que es lo más importante a trabajar con ése paciente, decidiéndose por tal cosa o tal otra, o lo que aparece en las reuniones de equipo: los vínculos conflictivos con su madre, con los hermanos, qué pasa dentro de la familia, por qué su situación con el padre. Uno no se enferma por *casualidad*, sino por causalidad.

¿Cómo se registra la producción?

Se puede registrar por grabación y la atención constante del Musicoterapeuta.

¿Y qué es lo que registra?

Durante la sesión: con quién habla, como se dan los diálogos con el Musicoterapeuta, con sus compañeros. Cómo se comunica con los demás integrantes del grupo. Cuándo y cómo se constituye en líder. Qué dificultades tiene para integrarse en un trabajo sonoro grupal. Cuando no quiere asumir ser coordinador dentro de una tarea propuesta.

Dónde está su creatividad, cómo se desarrolla la misma. Para qué usa la creatividad?. Qué dificultades tiene para el trabajo grupal y por qué éstas sólo surgen en el grupo y no en lo individual, o al revés.

Sería muy extenso el enumerar todas las observaciones que es factible realizar.

¿Cómo se trabaja lo corporal?

Se trabaja el cuerpo con los elementos que da la Musicoterapia. En todo momento debemos recordar que no somos terapeutas corporales y no hay que pensar que hacemos expresión corporal.

Utilizo la realización de una escultura del propio cuerpo con una técnica de Eutonía. Es interesante la observación de la misma con la presencia del paciente y da lugar a comentarios de él, que hacen referencia a situaciones de su vida.

Otra es dibujar a partir de la misma producción sonora del paciente. Hablamos de técnicas que no son únicamente la producción sonora. No nos olvidemos que esta

es una patología del acto. Por eso creo que Musicoterapia es ideal en el tratamiento de la misma porque permite “hacer”.

Además no utilizan mucho la palabra para expresar situaciones de vida. Es decir son a-dictos “no dichos”. El a-dicctus viene de la Roma Antigua. En el Derecho Romano, cuando alguien no pagaba una deuda perdía su libertad, entonces aquél que era su acreedor tenía derechos sobre él, perdía todos sus derechos y pasaba a ser “esclavo del acreedor” y perdía “hasta la palabra”. No podía decir nada, no tenía derecho a la palabra. Todo su cuerpo quedaba también tomado por su acreedor, que en el momento del juicio le ponía la mano sobre el hombro y ese cuerpo también pasaba a pertenecerle. Yo siempre pensé que hay que empezar el tratamiento buscando que el paciente trabaje su cuerpo, buscando las técnicas que resulten más adecuadas de acuerdo con las circunstancias y recordando las expresiones de Françoise Dolto sobre el esquema corporal e imagen corporal.

¿Qué variables se tiene en cuenta del discurso del paciente?

Hay que estar atentos. A veces el discurso verbal es muy difícil de comprender; también suele diferir del su discurso sonoro. También lo es del discurso del paciente en otras patologías. Uno tiene que conocer muy bien a quién atiende, conocerlo lo que es la adicción a las drogas y saber que la palabra tiene que quedar incluida.

Pero habrá que tener en cuenta su disposición en la sala de Musicoterapia; la elección constante del mismo espacio; sus dificultades o no para “correrse de lugar”; la elección de los instrumentos sonoros; la acción sobre los mismos; la intensidad de por ejem. la percusión; la disposición o no para trabajar con otro; el aislamiento; las dificultades para mostrarse; las dificultades desde lo corporal; la

tendencia a boicotear la actividad; disposición para colaborar; la interferencia en el trabajo de los otros.

Además del trabajo sonoro y el corporal trabajamos mucho con los ensueños dirigidos, con música muy suave, se van creando situaciones.

Hellen Boni creó un método, el GIM, que son imágenes guiadas. A partir de su experiencia tenemos que considerar este interesante método. Ella trabajó con lo que llamó “estados alterado de conciencia”. Muchas de sus experiencias las realizó con adictos a las drogas. Pudo comprobar que con “música” que ella seleccionaba se podían armar secuencias musicales que en estado de relajación del paciente provocaban también “estados alterados de conciencia”.

Personalmente trabajo con imágenes guiadas a partir de ensueños dirigidos, con fondo musical. De acuerdo con los gustos musicales de los pacientes armo alguna cinta y también con material grabado que considero adecuado. Los moviliza enormemente y es cuando empiezan a relatar aspectos de su vida que habitualmente no suelen llevar a otros espacios terapéuticos. También evaluamos el porqué surgen en Musicoterapia.

Volviendo al GIM te diré que se trabaja con música selecta, me refiero a lo que habitualmente llamamos música clásica. Es más elaborado que los ensueños dirigidos. Con estos chicos habría que trabajar siempre con música de Mozart.

Entiendo que en cada sesión y a partir de la situación del paciente, en ese momento se debe seleccionar qué y cómo emplear una determinada técnica.

Trabajamos con pacientes que tienen una patología en común: todos son drogadictos. Pero cada uno tiene su historia, su experiencia personal de vida. Es decir si yo tengo cuatro pacientes en un grupo, los cuatro tienen una historia en

común, los cuatro son drogadictos pero cada uno tiene su historia individual y hay que tenerla en cuenta cuando uno trabaja.

¿Existen características comunes entre los pacientes, a nivel sonoro, corporal, más allá de las individuales?

Hay cosas comunes y otras no.

La actitud, la forma de producir es distinta en chicos que han tenido un tipo de formación sonora dentro del hogar y los que han tenido otra, pero hay cosas que se pueden encontrar como en común. Por eso yo te hablé de la lectura horizontal y la individual de cada uno. Está la capacidad que cada ser humano tiene para hacer música o para no hacer música, cuando los chicos percuten son distintos.

¿por qué es eso? Porque hay una cosa de estructura que lleva a una producción de un determinado tipo pero ¿Por qué se enganchan todos en una estructura rítmica y la repiten media hora o más y en general es muy intensa?.

Utilizan las guitarras, pero no trabajan mucho, porque cuando alguno sabe algo de guitarra y quiere lucirse, los otros lo tapan con la percusión, eso es lo que hacen en la vida también, en la relación con los otros. Hay una actitud que no es generosa para decir y para el reconocimiento. Ese otro no se puede mostrar.

En otras oportunidades prefieren escuchar a alguien y quedan expectantes ante esa situación, y solo cantan cuando se trata de algo conocido por todos o por algunos. Les sirve también para evitar el mostrarse demasiado en la sesión de ese día.

Y desde lo corporal está el total desconocimiento de su cuerpo que nunca fue valorizado y si, siempre agredido.

¿El abordaje siempre es grupal?

No.

¿Cuál es el criterio?

Yo he tenido pacientes en individual y grupal. Actualmente está muy en consideración porque hay chicos que no son agrupables porque tienen historias, si bien comunes como decíamos, con situaciones muy personales y no las quieren hablar delante de otro. En estos casos tienen su terapia individual con el psicólogo, o el psiquiatra y tienen trabajo individual en Musicoterapia.

¿Entonces es una decisión del paciente?

No, a veces el paciente te lo pide, pero es producto de la evaluación del equipo.

¿Qué datos de la producción grupal toma?

Quién es el líder dentro del grupo, como en cualquier grupo, todo lo que considerarías en la atención de un grupo verbal es aplicable al grupo de Musicoterapia. Quién siempre hace un trabajo repetido, constante, siempre el mismo, no cambia, quién boicotea la actividad o al grupo o a algún integrante del mismo, quién quiere tapar a quién, las relaciones, los vínculos, cómo entrar en un diálogo con alguien del grupo, dejando de lado a los demás.

Se pueden evaluar los parámetros de la producción sonora. No evaluamos la calidad musical más allá de que nos pueda llegar a asombrar.

¿Se utiliza algún criterio de agrupabilidad?

No en éste caso a pesar de que el criterio se puede buscar. Sé que en Internación, en la Institución, existe. En Centro de Día el grupo viene así: los pacientes que terminan la adaptación pasan a un grupo A, o a un grupo B, o a un grupo C en un determinado momento. No nos preguntan al respecto porque el equipo de profesionales que ha estado con estos pacientes en Adaptación, son los que más los conocen; sí podemos decir de las dificultades que acarrea alguien para la tarea grupal. Si un integrante que ya ha sido incluido, interfiere en la tarea grupal, según las circunstancias se trabaja a nivel interdisciplinario la situación, en cuyo caso puede resolverse, con la evaluación del Musicoterapeuta y su recomendación el que se lo trate en sesiones individuales de Musicoterapia.

¿Cuál es su postura frente a las drogas? ¿qué piensa de las políticas que existen?

En primer lugar tengo mucho respeto por el drogadicto. Yo quiero a los drogadictos pero no porque sean drogadictos, quiero al ser humano que accedió a la droga por la razón que sea. A veces pienso en que habría algunas circunstancias en las que debiera haber libertad para el consumo pero creo que en nuestro país no estamos preparados para eso. Hay ideas muy particulares de mucha gente que considera al drogadicto “la peste” y a mí me afecta horrores. No me gustaría encontrarme con un tipo adicto a las drogas que mata, lo digo yo como ser humano caminando por la calle, no me gustaría porqué no sé cuál podría ser mi reacción o la reacción del otro, pero siento en el fondo un gran respeto por todos los chicos que se drogan, que han accedido a esa situación tan difícil porque muchos tienen unas capacidades, unas condiciones tan fabulosas y es tan lamentable que hayan llegado.

22 años estuve dedicada a esto con el mayor de los amores, no porque soy buena sino porque creo que son víctimas de una situación muy difícil tanto desde lo familiar como desde lo social. No quiero oír ni quiero saber de los tipos estos que los explotan, los meten en la droga. No cualquiera se mete en la droga, muchos hay que prueban la droga y nunca más. Esa es mi concepción. Políticas... mirá, yo estuve en Holanda, vi que pasa con los adictos y no son pavada, porque hay algunos que andan por la calle y otros están durmiendo ahí tirados; pero no me molestó como me molestó haber visto en Granada, en España, montañas de jeringas tiradas en el piso por la mañana junto el cordón de la vereda. Le tengo pánico a la heroína, porque es un desastre lo que hace. Ahora, como lo manejan en un país como Holanda que han liberado el consumo es otra cosa. Si hubiera gente honesta que trabajara pero de alma y dijeran vamos a darles una jeringa, un porro, intentando ayudarlos para que puedan llegar a la rehabilitación sería distinto. A mí me costaría, pero tal vez sea una forma de evitar contagios. ¿Cuántas veces yo hablé de preservativos en las sesiones?. Las chicas quedan embarazadas, se contagian de sida, HIV, se mueren, ¿y los chicos que quedan, que vienen ya contagiados desde el vamos, desde el nacimiento?. No es cierto que se negativizan, queda latente. Por ahora no hay nada que cure. Por eso saqué todos los instrumentos de viento, estos chicos suelen tener aftas en la boca, encías sangrantes y si yo tengo encías sangrantes porqué tengo que usar el mismo instrumento? ¿por qué tengo que exponer a otros y exponerme yo?.

No sólo el HIV sino por otras enfermedades.

Volviendo a las políticas, yo leí a Escohotado, que es un español que dice que hay que liberar la droga y que cada uno sabe lo que tiene que hacer respecto del consumo. Yo no creo que es tan así, pero que alguna vez habría que plantearse,

ponerse a pensar si no es mejor liberar la droga pero que haya un Estado fuerte que entregue aquello que hace falta, que no la comercialice. Cuando se trata de plata y de ganar a nadie le importan nada de otro. Ahora, todo está en políticas de salud? No te lo puedo decir, no lo conozco a fondo, estas son mis ideas generales, pero siempre tiene que haber un estado fuerte que haga las cosas bien.

¿Cuáles son, a su criterio, las variables que influyen en el sujeto para constituirse como adicto?

Yo pienso siempre que el profesional que atiende al adicto tiene que conocer muy bien la patología. Creo que tiene que ver mucho la familia, los conflictos familiares. El trabajo de Musicoterapia en familia es fabuloso.

Dice Claude Olivenstein que para que un individuo acceda a la adicción hacen falta dos elementos. Uno es el contacto con la droga y el segundo es la falta de límites. Y creo que esto es así, la ausencia de límites, es la falta de una orientación desde el vamos y es cuando el chico consigue lo que quiere. La falta irrestricta, la falta de valores más allá de que estamos viviendo una época..., la forma de identificación de los hijos con los padres que es muy importante, la mentira dentro de la casa. Que el papá le diga hoy no te doy dinero y que la mamá le pase dinero por detrás. Es decir falta absoluta de límites y una falta de coherencia en la pareja parental. Por eso yo insisto en que hay que trabajar el cuerpo, hay que trabajar los límites y hay que trabajar la familia; esos tres ejes se entrecruzan constantemente.

Por ejemplo, las transgresiones dentro de una Institución. El respeto por la normas institucionales que hay que cumplir lleva a una experiencia como para empezar a ajustarse a límites. Trabajar los límites es absolutamente necesario con el adicto.

¿Qué entiende por “la efectividad de la Musicoterapia”? ¿podría medirse?

La efectividad se puede medir cuando vos tenés un número de pacientes y hacés algo cuantitativo. Cualitativo porque lo ves afectivamente, emocionalmente, lo ves y lo comprobás y te asombrás de determinadas cosas pero cuantitativo si yo hago una tesis y observo 20 casos y de esos 12 fueron positivos y 8 no, ¿no se puede cuantificar eso?, ¿en que lo veo?. Aunque haya logrado algo, una cosa mínima; que el paciente haya podido empezar a pensar, o haya comenzado a reconocer su cuerpo. Efectividad es que cuando están en una sesión, lo que sucede en la sesión lo pueden asociar a situaciones del afuera.

Entrevista realizada a la Musicoterapeuta Noemí Pezzone en la ciudad de Buenos Aires en día viernes 6 de diciembre del 2002.

¿Cómo está pensado el taller de musicoterapia?

Yo creo que el espacio nuestro responde más a la modalidad de taller por las cosas que pasan, por cómo pasan o cómo se juega lo metodológico. Por esto de que es un espacio casi de prueba, de experiencia y de experimentación y desde ese lugar lo defino como taller. Taller a la vez ofrecido como escenario del proceso clínico.

¿Cuáles son los objetivos?

El objetivo del taller es ofrecer éste espacio para que otro u otros lo tomen como escenario de éste juego de deconstrucción/construcción que se produce y se genera en el ámbito clínico nuestro y que al paciente le sirve en tanto posibilidad de poder posicionarse de otra manera, de poder ir encontrando, ir encadenando una serie de hallazgos que a él lo coloquen, que pueda deconstruirse la cuestión de la posición y pueda pararse en otro lado.

¿Cómo llegan los pacientes al espacio de Musicoterapia?

En el Sanatorio llegan porque el espacio de Musicoterapia está incluido dentro de las actividades del programa. No es obligatorio, como ninguna actividad es obligatoria. Salvo la entrevista médica porque si no es imposible que haya admisión. Aunque ninguna de las propuestas son obligatorias, de todas maneras en general los pacientes van a Musicoterapia.

Y en el consultorio, el paciente puede venir derivado de alguien, se puede pensar en la derivación del médico, de algún psicólogo y sino por propia iniciativa, por enterarse, por saber, por curiosidad, porque otra gente conocida ha pasado y ha construido una historia alrededor de esto y se supone que puede servir.

¿En el taller se tiene en cuenta el tipo de sustancia que consume el paciente?

No, es más, me olvido que son adictos cuando entran. Me contacto y me conecto con alguien que está en frente y al que le está pasando algo por lo cual consulta, pero en realidad para mí la adicción es un síntoma y cualquier síntoma está enunciando una cuestión de emergencia y lo lleva a alguien a la consulta, por lo tanto no es constitutivo; hay otras cuestiones que sí me parecen que son constitutivas en tanto sujeto y es eso lo que tengo en cuenta.

¿Es el mismo abordaje con pacientes con antecedentes judiciales?

Sí, pero con el recaudo de que esto esté dicho.. Nosotros pensamos que en general los pacientes adictos que vienen o que tienen antecedentes judiciales o que llegan por una cuestión de orden judicial; vienen a guardarse en la institución, a preservarse de esa circunstancia que los está interpelando y desde ese lugar, la propuesta no varía, pero sí se toma el recaudo de explicitar esto; esto sería, que el paciente entienda que uno sabe que esto que uno está ofreciéndole puede no

servirle porque en realidad no está muy claro si él lo pide o si viene porque hay otras circunstancias que lo están llevando. Entonces esto sí se explicita y más claramente que con cualquier otro paciente porque en realidad cualquier paciente que consulte, cualquiera sea el motivo de consulta, en el contrato una de las cosas que se explicita es esto, que no necesariamente el hecho de que transite por éste espacio va a implicar que le sirva. Pero con el paciente adicto que viene con la cuestión judicial dando vuelta es casi fundante, no es parte del contrato solamente.

¿Qué factores son necesarios para poder pensar en un tratamiento?

Yo creo que el tema de la motivación es importante, para mí es casi lo único necesario para pensar en un tratamiento. Creo que hay muchos factores que circulan alrededor de pensar un tratamiento o porqué pensarlo pero me parece que la motivación centraliza casi todo porque en la motivación está implicada la conciencia de síntoma, el motivo de consulta, el despliegue del síntoma, que sería lo que está marcando la necesidad y si esto se imbrica con la convicción del que consulta de que tiene que hacer algo con esto que le pasa me parece que ahí ya se anudan las dos cuestiones centrales para poder pensar en un tratamiento que puede o no ser efectivo.

¿Es necesario el trabajo interdisciplinario? ¿Por qué?

Esto es un planteo ético. Yo creo que sí, pero no sólo en adicciones. Yo creo que para trabajar en Salud Mental es necesario el trabajo interdisciplinario. Pienso que las adicciones responden al campo de la salud mental entre otros, (otro médico la

puede pensar desde otro lado) y a mí no se me ocurre pensar que un fenómeno que responde a la salud mental pueda ser abordado desde una única perspectiva.

¿Cuál es la materia que utiliza en la clínica?

El cuerpo, el sonido, el movimiento, la música, los instrumentos.

¿Cómo se registra la producción?

Yo en general grabo y las grabaciones me sirven para mostrarle al otro un espejo de su producción. A la hora de comentar una producción, a la hora de hacer un análisis más profundo, con los pacientes recurrimos a la grabación; o cuando hay que descifrar algo, cuando no sabemos bien cómo está anudado o cómo se anudó. El hecho de tener la grabación sirve para poder apelar a ella y fundamentalmente por el efecto de escucha y de espejo que tiene. No he filmado nunca pero me encantaría tener una filmadora fija en el consultorio.

¿Qué variables se tienen en cuenta en el discurso del paciente?

El acontecer del evento clínico en un contexto témporo espacial, cómo utiliza el paciente la variable tiempo y espacio. O cómo transcurre en el contexto tiempo y espacio éste evento clínico. Estas variables pueden dar cuenta de singularidades del paciente, de su manifestarse. Las variables sonoro-corporal, la forma en que se desplaza la materia en el contexto témporo espacial. Yo creo que nuestra práctica clínica transcurre en una variable témporo espacial muy particular, no comparable con otras. Lo que funda la singularidad del sujeto tiene que ver con cómo se desplaza en este contexto témporo espacial tan particular.

¿Existen características comunes entre pacientes ya sean sonoras y/o corporales?

Sí, en algún punto sí, pero yo no las remitiría a que esto tenga necesariamente que ver con la adicción porque también pueden ser comunes a otras patologías, llámese bulimia, anorexia; que tiene que ver con que intervienen siempre desde un lugar, apropiándose del espacio sin que en su imaginario esté el otro, como apropiándose del espacio para sí mismo, entonces ahí es donde aparece el tema de los límites, el respeto por el otro, el espacio que dejo para el otro, cómo interjuego con el otro y desde lo sonoro. Cuánto espacio dejo para la producción del otro, si siempre que hay una intencionalidad imponer la propia, y esto puede ser trabado a partir de que esto sea una marca desde la coordinación y que recién puede empezar a analizarse y hablar de esto con el paciente a partir del recurso de la grabación, Es una cuestión que se impone tanto como se impone la droga por decirlo de alguna manera. Me parece que es un comportamiento muy narcisista por decirlo en términos psicoanalíticos. El adicto se apropia del espacio como intentando abarcarlo todo, sin que haya necesariamente registro del otro y si el otro está no entra en su discurso ni en su producción, como algo que está dando vueltas pero no es incluido en la producción, no incluye al otro. Me da la sensación de que se apropian del lugar y producen como si estuvieran solos o como si los otros no importaran a la hora de la producción. Pero ya te digo, estas características no tienen que ver solamente con la adicción, no es privativo de una adicción, no tiene que ver con una estructura, sino que tiene que ver con las características sintomáticas y en general son comunes. Lo que sí tengo en cuenta en adicciones, es cómo se despliega la pulsión incontrolable que lo lleva a consumir, que es la misma que la lleva a la anorexia a no comer. Y en ese punto sí intervengo y por ahí no sé si sólo desde lo musicoterapéutico. En general trato

de trabajar mucho con el cuerpo esas cuestiones de borde porque me parece que el recurso del trabajo corporal sirve mucho en esto de trabajar los bordes del cuerpo y poder instalar una producción del borde para adentro. Lo que se produce a partir de apelar a éste recurso del trabajo corporal lo podés leer, desmenuzar, analizar como un discurso musicoterapéutico pero en realidad estás apelando a una técnica bastante diferente que es la técnica del trabajo con el cuerpo. Yo utilizo mucho la cuestión del cuerpo desde un trabajo desde la técnica del trabajo con el cuerpo en musicoterapia cuando pasan estas cuestiones, cuando no hay un sujeto por muy leve que sea (por tomar palabras de Daniela), que no esté constituido como sujeto productor jugándose medianamente, o que no aparezca como abarcado en su propio cuerpo. La sensación que tengo del adicto o de la anoréxica, son dos figuras contundentes en éste punto; es como que en el despliegue del evento clínico hasta desaparece; podés ver, visualizar esta falta de borde en el cuerpo desde la estética de cómo se mueve. Este cuerpo se muestra sin bordes, que no es que uno puede inferir que no hay borde, y que justamente la falta de borde es lo que hace que aparezca la angustia. Y cuando digo que recurro, que tomo el recurso de la técnica del trabajo corporal en ésta instancia tiene que ver con esto, con que me permite, me facilita la cuestión de poder estimular, o posibilitar o abrir la posibilidad de que se instale el borde-; un borde que se corre todo el tiempo.

¿El abordaje es siempre grupal?

No. No necesariamente. Creo mucho en el trabajo grupal en el sentido del efecto que produce. Las cosas que aparecen me parece de una riqueza infinita pero también creo que a veces el trabajo individual es necesario justamente para poder

resolver ésta cuestión que hace a la consulta y resolverla in situ, ahí en donde está. Cuando llegan al consultorio pacientes derivados para tratamiento individual, llega un punto en donde sugiero una inclusión en un grupo cuando me parece que las cuestiones de la singularidad están medianamente resueltas, donde hay una singularidad con montones de cosas para ajustar pero que ya está, se nota que está instituida, me parece que una vuelta de lo grupal termina de resolver el tema de la posición y de la identidad, justamente por los fenómenos que se despiertan.

¿Qué datos considera importantes de la producción grupal?

Los fenómenos que me parecen significativos a tomar en cuenta, tiene que ver con que en la dinámica aparece muy claro la posición de cada uno, donde cada uno se para frente al otro, la forma en que se pone en juego la materia, el sentido del discurso tanto en lo que haga a lo individual como lo que haga a lo grupal (pensando en que existe ya un discurso grupal), pero como cada uno jugó desde lo individual, desde éste soporte al discurso grupal; esto que hace a la parada de cada uno.

¿Cuál es la importancia de la lectura de roles y posiciones en la producción grupal?

No para interpretar pero sí para evaluar, a experimentar, a vivenciar. Me parece que lo que pasa en el evento musicoterapéutico tiene que ver con que el discurso musicoterapéutico genera un producto pero no a interpretar sino en tanto a mostrar, a ser visto por otros y que el hecho de ser visto por otro es lo que produce el efecto, el efecto ya es éste, ser visto por otro. En el discurso grupal tener en cuenta el producto como obra a ser mirada pero no a ser interpretada.

¿Utiliza algún criterio de agrupabilidad?

No. El único criterio de agrupabilidad que puedo tener en cuenta es que si hay un grupo funcionando, que vienen produciendo, pensando en una producción grupal y aparece la posibilidad de que se incluya alguien de estructura psicopática no lo permito por una cuestión de respeto de lo que viene aconteciendo en el grupo. Lo que hago en ese caso es poder trabajar en cuestiones individuales con ese paciente hasta que esté en condiciones de incluirse o no. Tampoco tiene sentido incluir un psicótico descompensado.

¿Cuál es su postura frente a las drogas?

Las drogas son objetos que están en el mundo como puede estar un árbol, como puede estar una flor o cualquier cosa, obviamente no produce el mismo efecto que puede producir una flor, pero pululan en el mismo modo sólo que no responde tanto a un fenómeno de la naturaleza sino a intereses del hombre para que éste esté; pero están al acceso como cualquier cosa y en todo caso la cuestión pasa por aquello que le está ocurriendo a alguien que toma esto como algo para meter en el cuerpo, para ingerir y que algunas son más peligrosas que otras. Me parece que el sentido que tiene la droga se lo pone aquel en el momento que accede, ahí cobra sentido. Un paquete de merca arriba de la mesa no es más que eso, tampoco menos, pero no me parece que la merca sea terrible. Me parece que la merca es la merca, me parece que lo terrible es lo que pueda acontecer a alguien que recurre a la merca para alguna cosa y que pueda ser terrorífico depende de para qué recurre y para qué la tome, me parece que es relativo toda esta cuestión.

¿Cuáles son, a su criterio, las variables que influyen en el Sujeto para constituirse como adicto?

Me parece que tiene que haber alguna cuestión que se juegue desde lo personal, como una cuestión desde él, como una disposición a, no a la droga sino a la necesidad de la ingesta de una sustancia, llámese como se llame, vía por donde quiera. Pero también en éste momento me parece que la cuestión social está jugando un rol importante como escenario para mostrar la droga, para mostrar conductas, el interjuego que hay entre cada sujeto y éstas cuestiones sociales, se va a instalar una conducta adictiva o no, puede ser que coma caramelos, que juegue al pocker o que ame adictivamente a alguien.

¿Qué piensa de las políticas que existen?

Yo creo que para adicción no hay nada. Hay campañas de prevención pero me parece que para lo único que funcionan es para reforzar la cuestión porque crean toda una cuestión alrededor de las drogas que se torna como un mito fundante y refuerzan la posibilidad de acceso. No conozco otra cosa y no te hablo del país sino en general, Me parece que las propuestas tienen más que ver con hacer una propuesta de cambio de conducta, de cambio de hábitos, pero que no son políticas que se tienen en cuenta respecto de las drogas. Los únicos lugares que propone el estado para bajar alguna política son lugares de encierro y que apuntan a la patología por lo tanto se termina reforzando, como la anorexia. Terminan como sofisticando los mecanismo para que todo fluya más rápido y mejor. No hay nada que aparezca como freno o como giro en la mirada.

¿Qué entiende por “la efectividad de la musicoterapia”?

Me parece que la eficacia de un tratamiento musicoterapéutico podría pasar por ésta característica tan particular que es que en el espacio musicoterapéutico los musicoterapeutas ofrecemos el espacio de musicoterapia como un tránsito a la apertura del enigma que encierra el motivo de consulta y que si lo abordás desde ahí das la posibilidad de que aparezca el cuestionamiento, la puesta en cuestión. Me parece que eficacia pasa justamente por ahí, por esta posibilidad que brinda el espacio que tiene que ver con la oportunidad de verse y lo que sigue después de esto lo traza el otro, pero me parece que la eficacia tiene que ver con que es un espacio que abre al enigma más que enquistarlo y cerrarlo. Si yo creo que el producto musicoterapéutico no es interpretable me parece que estoy parada en un lugar totalmente diferente a pensar que soy yo la que tengo que dar respuesta acabada a lo que acontezca. Si fuera así estaríamos frente a una propuesta que cierra más que abre.

¿Podría medirse?

Cuantitativamente no. Puede verse. Se pueden crear parámetros de observación pero me parece que no es medible en términos cuantitativos. La eficacia implica justamente un cambio de parada por lo tanto lo que uno ve tiene que ver con un corrimiento, con un cambio de posición más que con observar la conducta desde lo conductual. No es medible, se puede ver, se puede captar y desde ahí decir.

BIBLIOGRAFÍA:

- **Amigo, Silvia.** “El análisis en los bordes” en *Apuntes estructurales y clínicos*. Pág. 47-75, Compilación bibliográfica del Equipo de atención en adicciones del Hosp. Prov. de Rosario. Rosario 2002.
- **Bateson, Gregory.** *Espíritu y Naturaleza*. 2° edición: Amorrortu Editores; Buenos Aires 1993.
- **Bouza Suárez, Alejandro.** “Reflexiones acerca del uso de los conceptos de eficiencia, eficacia y efectividad en el sector salud”. *Revista Cubana Salud Pública* 2000; 26:50-56.
- **Bruscia, Kenneth.** "Improvisation Assessment Profiles-Abridged". *Nordic Journal of Music Therapy*. 2000. Song of Fjordane College, Oslo. Pág. 80-82.
- **Criterios para el Diagnóstico de Adicción.** Manual de Enfermedades y Estadísticas: DSM-IV. Disponible desde URL:
<http://www.adicciones.org/diagnostico/criterios.html>
- **Diccionario de la lengua española.** Real Academia Española. 21° edición. Madrid: Espasa Calpe, 1992.
- **Diccionario de la Lengua Española.** Disponible desde URL:
<http://www.diccionarios.com>

- **Dirección Provincial de Prevención y Asistencia de las Adicciones y otros comportamientos de riesgo.** Manual Escolar: Prevención de adicciones. Secretaría de Estado de Promoción Comunitaria; 2001.
- **Foucault, Michael.** *El nacimiento de la clínica*. 16° edición.: Siglo XXI Editores, México 1996.
- **Foucault, Michael.** *Enfermedad mental y personalidad*. 3° reimpresión.: Ediciones Piados; Barcelona 1991.
- **Fundación Educacional Creando Vida.** "Adicciones Psicológicas. Vulnerabilidad psicológica a las adicciones. ¿Qué son las conductas adictivas?", 6 pantallas. Disponible desde: URL:
<http://www.creandovida.org/adicciones>
- **Gadamer, Hans-Georg.** *La actualidad de lo bello*. 1° edición. Editorial Paidós/ I.C.E.-U.A.B.; Buenos Aires 1998.
- **Garnier, María Verónica.** "Proyecto de Musicoterapia para el Servicio de Salud Mental del Hospital Provincial de Rosario". Rosario; 2001.
- **Garnier, M.V.; Vivas, M.V.** "Proyecto de Musicoterapia para el Servicio de Atención en Adicciones del Hospital Provincial de Rosario". Rosario; 2001.
- **Gauna, Gustavo D.** *Del Arte, ante la violencia*. 1° edición.: Nueva Generación; Neuquén 2001.
- **Gauna, Gustavo D.** *Entre los sonidos y el silencio*. 1° edición. Editorial Artemisa; Rosario, 1996.
- **Heidegger, Martín.** *Arte y Poesía*. 5° reimpresión.: Fondo de Cultura Económica; México 1988.

- **Herrendorf de Waen, Ofelia.** "Los límites en el adicto. El caso Juan." *Anuario de A.MU.R.A. 1988-1989.* Buenos Aires, 1989.
- **Herrendorf de Waen, Ofelia.** "Límite como Ley, como encuadre y el adicto." *Anuario de A.MU.R.A. 1990-1991.* Buenos Aires, 1991.
- **Jaffe, Jerome H.** "Drogadicción y abuso de drogas". En: Goodman and Gillman. *Bases farmacológicas de la terapéutica.* 9° edición. Editorial Médica Panamericana; 1996. Pág. 513-561.
- **Katzenbach, Jon-Smith Douglas.** *La Sabiduría de los equipos.* Cap. I ¿Por qué los equipos?. C.E.S.A., 1995.
- **Kenney, Bradford.** *Estética del cambio.* Cap. I Introducción. Editorial Paidós. Buenos Aires, 1986
- **Le Poulichet, Sylvie.** *Toxicomanías y Psicoanálisis.* Editorial Amorrortu, Buenos Aires; 1990.
- **Lévi-Strauss, Claude.** "La eficacia simbólica" En: *Antropología Estructural.* 2° edición: Editorial Piados; Barcelona 1992. Pág. 211-227.
- **Maturana, Humberto.** *Emociones y Lenguaje en educación y política.* 1° Parte: "Una mirada a la Educación actual desde la perspectiva de la biología del conocimiento". Ed. Hachette, Santiago de Chile, 1990.
- **Morin, Edgar.** *Articular los saberes.* Cap. Articular las disciplinas. EUS, 1998. Pág. 28-73.
- **Paradiso, Juan Carlos.** 5ª Congreso "La Salud en el Municipio de Rosario". Introducción "Intersectorialidad e interdisciplinariedad en Salud". Pág. 12-21. Ed. Municipal de Rosario. 1997.

- **Poder Legislativo de la Nación Argentina** *Ley 23.737 Código Penal, Estupefacientes, 21/10/89, Leyes complementarias 17ª*. Buenos Aires; 1991.
- **Rodríguez Espada, Gustavo**. “Sonidos y Ceremonias”. VIII Congreso Mundial de Musicoterapia, Hamburgo, 1996.
- **Rodríguez Espada, Gustavo**. “La estética de lo sano” en III Foro para el equipo de salud, Buenos Aires. 1992.
- **Rodríguez Espada, Gustavo**. “Ética y estética en Musicoterapia”, VI Congreso Mundial de Musicoterapia, Río de Janeiro. 1990.
- **Trevi, Mario**. *Metáforas del Símbolo*. 1º edición.. Editorial Anthropos; Barcelona 1996.
- **Vátimo, Gianni**. *Más allá del Sujeto*. 2º edición. Ediciones Paidós Ibérica, S.A.; Barcelona 1992.
- **Verón, Eliseo**. *La semiosis social*. 1º reimpresión.: Editorial Gedisa, Barcelona 1996.
- **Wallon, Henri**. *La evolución psicológica del niño*. 5º edición.: Editorial Crítica; Barcelona 1984.

