

MUSICOTERAPIA E ADICÇÃO: EFEITOS DA MUSICOTERAPIA NA ADERÊNCIA AO TRATAMENTO DE UM GRUPO DE PACIENTES COM CONSUMO CRÔNICO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Christiam André Bautista Gutiérrez¹

RESUMO: O artigo a seguir sintetiza a implementação de um programa de intervenção de Musicoterapia para usuários com condutas de dependência, realizado entre junho e agosto de 2017, no Centro de Atenção à Toxicodependência Hospital Santa Clara, em Bogotá - Colombia. A intervenção teve duração total de 19 sessões, realizadas duas vezes por semana, com a participação voluntária de 10 usuários. O objetivo da pesquisa foi identificar o impacto do trabalho de musicoterapia na adesão ao tratamento dos pacientes diagnosticados com dependência crônica. Também procurou descrever a interação musical e as mudanças no grupo de intervenção durante o processo. Para este fim, a intervenção foi realizada com base na proposta teórica do modelo de terapia analítica de Mary Priestley, sustentada na improvisação clínica musicoterapêutica. Quanto aos resultados, é possível detalhar que, com a passagem das sessões, os usuários se inclinaram para o modo de interação musical rítmica. Deve-se também notar que quatro participantes abandonaram o processo terapêutico. Fato que permitiu identificar variáveis fundamentais para o processo de desenvolvimento da reabilitação de pessoas dependentes de substância psicoactiva, quando o objetivo é o de promover e melhorar a aderência ao tratamento, sem desvincular os objetivos terapêuticos.

Palavras-chave: Musicoterapia. Toxicodependência. Adesão. Reabilitação.

¹ Psicólogo de la Universidad Autónoma de Bucaramanga UNAB - Magister en Musicoterapia de la Universidad Nacional de Colombia UNAL - Aspirante a Magister en Psicoanálisis Subjetividad y Cultura Universidad Nacional de Colombia UNAL -. Email: cbautistagu@gmail.com

MUSICOTERAPIA Y ADICCIONES: EFECTOS DE LA MUSICOTERAPIA EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE UN GRUPO DE PACIENTES CON CONSUMO CRÓNICO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Christiam André Bautista Gutiérrez

RESUMEN: El siguiente artículo sintetiza la implementación de un programa de intervención con Musicoterapia, para usuarios con conductas adictivas, realizado entre los meses de junio a agosto del 2017 en el Centro de Atención a Drogadicción del Hospital Santa Clara, en la ciudad de Bogotá – Colombia. Esta intervención contó con una duración total de 19 sesiones realizadas dos veces por semana, con la participación voluntaria de 10 usuarios. El objetivo de la investigación, consistió en identificar los aportes del trabajo musicoterapéutico, en la adherencia al tratamiento de pacientes con diagnóstico de adicciones crónicas, además buscaba describir la interacción musical y sus cambios en el grupo de intervención durante el proceso. Para ello se realizó una intervención sustentada en la propuesta teórica del modelo Analítico de Musicoterapia planteado por Mary Priestley, sostenido en la improvisación clínica musicoterapéutica. En cuanto a los resultados es posible detallar como con el transcurrir de las sesiones los usuarios se fueron inclinando hacia el modo interacción musical de aspecto rítmico. Además, hay que señalar que 4 participantes abandonaron el proceso terapéutico, lo cual permitió identificar variables fundamentales para el desarrollo de procesos de rehabilitación por consumo de sustancias psicoactivas, cuando el objetivo es promover y mejorar la adherencia hacia el tratamiento, sin desvincular los objetivos terapéuticos.

51

Palabras clave: Musicoterapia. Drogadicción. Adherencia. Rehabilitación.

A continuación, se realizará la descripción del planteamiento, desarrollo y análisis de la investigación junto a las respectivas conclusiones obtenidas luego de la implementación del programa Musicoterapéutico en la institución.

1 INTRODUCCIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Para comenzar es necesario mencionar que la institución donde fue realizada la investigación, ofrece tratamientos en rehabilitación frente al consumo de sustancias psicoactivas, a través del sistema de tratamiento intramural, en el cual los usuarios deciden por voluntad propia acceder al programa de rehabilitación.

Dicho programa consta de 6 meses de completa abstinencia con permanencia en la institución. Además, los usuarios pueden desistir o abandonar su proceso terapéutico, por decisión propia, o por decisión del centro de rehabilitación en los casos en los cuales se considere pertinente por parte de la institución.

Entonces, entre los distintos dispositivos institucionales de intervención que ofrece el centro, se encuentra el trabajo terapéutico conjunto con profesionales formados en Psiquiatría, Psicología, Terapia Ocupacional y Musicoterapia, lo cual se traduce en tratamiento farmacológico, intervenciones psicoterapéuticas grupales e individuales, junto a talleres ocupacionales sumados al tratamiento musicoterapéutico grupal ofrecido a los pacientes internos.

Esta metodología de intervención se encuentra ajustada a los lineamientos dados por la Asociación Americana de Psiquiatría, la cual propone tratamientos específicos para los pacientes que incluya medidas farmacológicas y psicosociales que se adapten a cada condición, es decir a las necesidades de cada usuario; de modo que el resultado sea la formulación e implementación de un plan de tratamiento centrado en lograr y mantener la abstinencia, así como *augmentar la adherencia al tratamiento*, disminuir la probabilidad de recaída y tratar la comorbilidad (APA., 2006).

Ahora bien, el surgimiento de la pregunta de investigación se dio durante el desarrollo de algunas prácticas musicoterapéuticas, realizadas a lo largo del año 2017 en el Centro de Atención a Drogadicción. Ya que con el transcurrir del tiempo se pudo observar un patrón

repetitivo en los lapsos de abandono del centro por parte de los usuarios, evidenciándose, como suelen desertar del tratamiento en un mayor número, entre el primer y el tercer mes luego de iniciado el proceso de rehabilitación.

Esto se debe, según la revisión de literatura, al 'craving' (HUGHES, 1987) o los deseos de consumo incontrolables, los cuales, sumados a la denominada autoeficacia percibida o euforia terapéutica, definida como la sensación subjetiva del paciente en la cual cree que luego de haber cumplido con una pequeña parte del proceso terapéutico, ya no necesita nada más, aunque los profesionales opinen y sugieran lo contrario (BANDURA, 1977). Estos dos aspectos apuntan a ser dos excelentes indicadores de abandono prematuro en los tratamientos de rehabilitación por adicciones.

Sumado a lo anterior y al pensar esta situación desde una perspectiva epidemiológica, la razón del abandono en los tratamientos de rehabilitación y el fracaso de la adherencia terapéutica, remite directamente al índice de recaída correspondiente a las adicciones, el cual oscila entre el 40% y el 60% del 100% de los casos, según el Instituto Nacional de Salud o NIH por sus siglas en inglés (NIH, 2010).

Fue entonces, que por lo anteriormente expuesto surgió la pregunta que dio un norte al desarrollo de la investigación, correspondiente a si **¿Puede la musicoterapia promover la adherencia al tratamiento, con pacientes en proceso de rehabilitación por consumo crónico de sustancias?**

53

De esta pregunta se derivaron los siguientes objetivos, pensado especialmente en los aportes de la disciplina musicoterapéutica frente al gran reto y enigma que representan hoy en día las adicciones como fenómeno clínico y social.

2 OBJETIVO GENERAL

Describir los efectos de una intervención focal musicoterapéutica sobre la adherencia al tratamiento de pacientes institucionalizados en el centro de atención a drogadicción del Hospital Santa Clara, Bogotá D.C.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- -Caracterizar la población que conforma al grupo de intervención junto con las variables particulares del proceso terapéutico de cada usuario
- -Promover la adaptación inicial al proceso de rehabilitación por medio de la musicoterapia en un grupo de pacientes en proceso de rehabilitación por consumo de sustancias psicoactivas.
- -Analizar el comportamiento musical de los participantes en términos de la interrelación grupal, en relación con los cambios observados durante el proceso.

2.2 OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

- Utilizar los 4 métodos principales de la musicoterapia, haciendo especial hincapié en la improvisación clínica referencial con el fin de realizar una intervención focal en pacientes con adicciones.
- Proyectar a través de la improvisación referencial musicoterapéutica situaciones, relacionadas con el consumo de sustancias en los participantes.
- Construir productos musicales asociativos, a través de los métodos de re-creación y composición, en relación con las problemáticas asociadas a la adicción.
- Desarrollar capacidades y estrategias de afrontamiento, en cada participante que les permitan enfrentar el consumo.
- Utilizar la música desde la perspectiva salutogénica, con el fin de potenciar las capacidades particulares de los participantes hacia el final del tratamiento.

54

3 METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

Para efectos prácticos de esta investigación, el proyecto se inscribe dentro de un modelo **cuantitativo-descriptivo** de análisis, teniendo en cuenta que “la investigación descriptiva se puede considerar como un término genérico para el desarrollo de protocolos cuantitativos análisis” (WHEELER, 2005, p. 50) dicha metodología se encuentra dispuesta para la recolección, descripción e interpretación de los datos obtenidos por medio de escalas y cuestionarios, como lo son en este caso el Cuestionario de Variables Predictoras

de Abandono para tratamientos en adicciones VPA (SIRVENT; MORAL; BLANCO, 2015) y el Cuestionario de Interrelaciones Musicales CIM (2013), que corresponde a las principales fuentes de obtención, y análisis de información en la investigación.

En ese sentido el diseño estructural del proyecto mantiene un carácter cuasi experimental debido a la presencia de un grupo de intervención experimental, sin la presencia o cotejo de un grupo control.

3.1 METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN

3.1.1 Musicoterapia Analítica – La música como lenguaje

Ahora como fue descrito al comienzo, la intervención terapéutica se realizó haciendo consideración de algunas precisiones del modelo Analítico de Musicoterapia que corresponde a un enfoque de improvisación originado en Gran Bretaña en la década de los 70's, este modelo terapéutico fue propuesto y desarrollado por Mary Priestley (1994) luego de realizar 94 sesiones de interterapia con Peter Wright y Marjorie Wardle, con quienes experimentó y pulió algunas técnicas específicas, resultado de la articulación entre la práctica Musicoterapéutica junto a la teoría Psicoanalítica de Sigmund Freud, Carl Jung y Melani Klein.

En ese sentido el modelo analítico europeo de musicoterapia se define como el uso de palabras y música simbólica improvisada por el paciente y el terapeuta, con el propósito de explorar la vida interna del paciente y facilitar su desarrollo (BRUSCIA, 2007, p. 117).

El modelo analítico en musicoterapia propone una intervención, sugiriendo que una terapia analítica no está sujeta a unos objetivos de intervención preconcebidos, estáticos y generalizables, sino que por el contrario los objetivos son construcciones particulares dinámicas, cambiantes que ocurren mientras se develan obstáculos y potencialidades en los participantes (PRIESTLEY, 1994).

Es decir que el desarrollo de cada sesión contaba con tres fases específicas, un caldeamiento inicial, que luego daría paso a la fase central en la cual se daría desarrollo puntual al objetivo de dicha sesión por medio de actividades musicoterapéuticas definidas,

para finalmente terminar en la fase de cierre en la cual se realizaban retroalimentaciones verbales o actividades de desenlace para la sesión, siempre buscando la articulación entre la música y la verbalización, con el fin de obtener un impacto terapéutico significativo.

3.1.2 Variables investigadas

De manera concisa las variables centrales de la investigación son:

- X: Adherencia terapéutica
- Y: La adicción a sustancias psicoactivas.
- Z: Tratamiento Musicoterapéutico.

Según lo anterior el atributo principal (X) a estimar en la investigación corresponde a la *adherencia al tratamiento*, mientras que la causa o variable dependiente (Y), la cual está relacionada causalmente con que el proceso de adherencia o abandono suceda, por lo cual corresponde a al proceso patológico de adicción. Esto nos conduce al tratamiento (Z) que en este caso corresponde a la Musicoterapia, la cual cumple con el papel de la variable independiente e interviniente que busca analizar la correlación existente entre el atributo, la causa, y el tratamiento.

56

3.1.3 Criterios de inclusión

Durante el desarrollo de la intervención en el centro se encontraban internos un total 46 pacientes institucionalizados, los cuales corresponden al 100% de la capacidad del centro y en donde en promedio al año pasan entre 150 y 170 pacientes, según cifras de la institución (E.S.E, 2015).

Entonces como criterios para la participación en la investigación se definió como indispensable que los participantes:

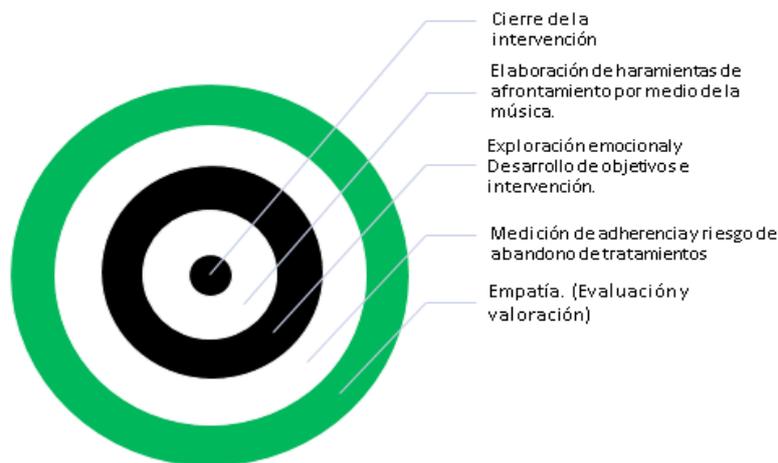
- Debían estar institucionalizados en el centro de atención a drogadicción CAD.
- Debían cumplir con los criterios para el diagnóstico de Trastorno de Consumo de sustancias. Según criterios del DSM 5.

- Correspondían a participantes que se encontraban entre el primer y segundo mes de tratamiento en el CAD. Meses reportados como los de mayor deserción en los tratamientos por la institución y la revisión de literatura.
- Los participantes debían encontrarse en remisión si presentan patologías duales. Es decir que la comorbilidad de diagnósticos no sería causante de exclusión, siempre y cuando no se encontraran síntomas prodrómicos positivos evidentes de una crisis durante el proceso.
- Los participantes no deben contar con ninguna limitación auditiva como la hipoacusia, ni ningún déficit cognitivo diagnosticado que le impida entender y responder a las consignas presentadas por el terapeuta.
- Es necesario el consentimiento inicial del paciente para participar en la intervención.
- Fue a partir del grupo poblacional encontrado y las características de inclusión anteriormente descritas, que el centro designó 16 usuarios de los cuales 10 decidieron tomar parte en la intervención de forma voluntaria; estos 10 participantes representan el 21.73% del total del grupo de pacientes internos que permanecieron durante ese momento en el centro.

3.1.4 Diseño de la Intervención – Procedimiento

El siguiente gráfico describe los diferentes momentos de intervención, entre los cuales se encuentra, el contacto inicial, la evaluación y valoración, la aplicación de los instrumentos de medición como el Cuestionario de Variables Predictoras de Abandono VPA, hasta llegar al cierre de la intervención.

Grafico 1. Momentos de intervención.



La intervención tuvo una duración total de 2 meses, comprendidos entre el 5 de junio y el 4 de agosto de 2017, con un total de 19 sesiones distribuidas en encuentros de entre 2 y en ocasiones 3 sesiones por semana, con una duración aproximada entre 40 y 60 minutos; dichas sesiones fueron desarrolladas los días lunes, miércoles y los viernes de cada semana en las horas de la tarde.

Entre la sesión 1 a la 8 se realizó la aplicación y uso de técnicas musicoterapéuticas conocidas y descritas por Kenneth Bruscia (2007), relacionadas específicamente con la empatía, centrando el trabajo inicial en aspecto imitativo, pasando luego a la elaboración de una estructura, la cual permitió la creación de un escenario musical que permitiría la sincronización de los usuarios a través del establecimiento de un fondo rítmico.

Una vez que el grupo tuvo un nivel de interacción musical inicial, el trabajo se centró en la implementación de técnicas de redirección y facilitación introduciendo cambios en la música que ya había sido establecida. Posteriormente se dio la implementación de técnicas de debate como la intensificación, la interferencia entre otras, buscando que los usuarios logaran proponer e introducir cambios sobre su discurso musical. Lo cual condujo a la exploración emocional entre las sesiones de la 10 a la 18.

Finalmente, en la sesión 19 se realizó una socialización del proceso, compartiendo y elaborando conclusiones acerca de la intervención, para así dar cierre al proceso realizado (SIRVENT; MORAL; BLANCO, 2015).

En este orden de ideas, el siguiente apartado describe los instrumentos de medición implementados a lo largo de la intervención con el fin de dar realizar una operacionalización de la interacción musical y la adherencia terapéutica.

4 INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN Y REGISTRO

4.1 Cuestionario de Variables de Predicción de Abandono (VPA c Sirvent 2009)

Se trata de un a prueba desarrollada en Madrid España, a través de un estudio retrospectivo a lo largo de dos años, -del 2007 al 2009-, en el Instituto Spiral con apoyo de la universidad de Oviedo. El resultado fue un cuestionario, cualitativo el cual busca medir la adherencia al tratamiento como atributo principal, dicho atributo es abordado a través de un puntaje que permite interpretar el nivel de riesgo de abandono del tratamiento de cada usuario, a través de 30 reactivos tipo Likert, dicha prueba distribuye la calificación total en 5 sub escalas, correspondientes a *motivación, conciencia del problema, sentimientos adversos, deseos de consumo y adaptación al tratamiento*; estas sub escalas factoriales permiten promediar una puntuación determinante para el *nivel general de adherencia* en cada participante evaluado

Las sub escalas factoriales están dadas según unos niveles específicos, dependientes de la puntuación obtenida en el cuestionario según los reactivos relacionados, los factores o sub escalas están categorizados en niveles, Altos, Moderados, Medio bajo, y Bajo -Ahora el modo de aplicación y calificación del cuestionario se encuentra descrito en el apartado de Resultados-.

59

Los factores y sus niveles de categorización están descritos a continuación.

Tabla 1. Niveles factoriales para categorización del Cuestionario de Variables Predictoras de abandono VPA

Factor Nivel	Motivación	Conciencia del problema	Sentimientos Adversos	Deseos de consumo	Tratamiento	Escala General
Alto	<24 - 30>	<24 - 30>	<24 - 30>	<24 - 30>	<24 - 30>	<15 - 29>
Moderado	<18 - 23>	<18 - 23>	<18 - 23>	<18 - 23>	<18 - 23>	<30 - 44>
Medio-bajo	<12 - 17>	<12 - 17>	<12 - 17>	<12 - 17>	<12 - 17>	<45 - 59>
Bajo o Mínimo	<6 - 11>	<6 - 11>	<6 - 11>	<6 - 11>	<6 - 11>	<60 - 75>

Motivación se refiere al interés por recuperarse y llevar a cabo el tratamiento actual de forma activa. La subescala recoge un total de motivación global frente al tratamiento.

Conciencia del problema es el nivel de insight o grado de conocimiento y capacidad para objetivar el problema y la enfermedad con las renuncias y limitaciones que ello conlleva.

Sentimientos adversos Son aquellos afectos, emociones, sensaciones y sentimientos que afectan con mayor frecuencia al sujeto y que tienen repercusiones sobre la continuidad del tratamiento.

Deseos de consumo, responden deseo o ansia por consumir y/o por el ambiente toxicofílico, el contexto de consumo.

Tratamiento, traduce la valoración subjetiva del participante acerca del programa terapéutico actual en cuanto a confianza, dificultad, adecuación y aceptación del mismo por parte del sujeto.

Escala general proporciona un índice de riesgo ponderado resultante de los ítems correlacionados con la continuidad o abandono del tratamiento por parte del paciente, este factor es inverso en términos de puntuaciones en comparación a los demás, ya que a mayor puntaje en la prueba menor probabilidad de recaída, y a menor puntaje mayor probabilidad de abandono del tratamiento y recaída -no expresa el buen cumplimiento de tratamiento, ni el éxito post programa-.

Esta prueba fue validada en una muestra de 231 participantes institucionalizados en un centro de rehabilitación de adicciones de la ciudad de Madrid. Es vital comprender que, aunque el cuestionario demostró un buen nivel de confiabilidad para realizar la medición de un atributo (adherencia terapéutica), no se encuentra estandarizado en Colombia por lo cual no existe una representatividad estadística significativa; por ello su valor investigativo reside en la rigurosidad descriptiva que arroja al momento de analizar el momento circunstancial en que se encuentra cada paciente con respecto al riesgo de abandonar el tratamiento y la intervención.

60

4.2 Evaluación de relaciones intermusicales musicales (CIM)

Este instrumento de evaluación es consecuencia de la formalización investigativa de la Dr. Mercedes Pavlicevic (1995). Esta herramienta se centra en los aspectos intrapersonales e intermusicales del ser humano analizados por medio de la improvisación clínica Musicoterapéutica.

Por aspectos intrapersonales, se entiende la capacidad de construir una percepción adecuada respecto a uno mismo y sus emociones, con el fin de organizar y dirigir su propia vida en relación con los otros y el contexto en sí mismo.

Ahora bien, son dichos aspectos de interacción intrapersonal los que se expresan por medio de la música en la improvisación clínica, argumentado por Mercedes Pavlicevic (p. 116) a través de los patrones musicales, que permiten comprenderse directamente con el otro, con la música como medio.

De este modo la improvisación clínica, más que ser un evento 'puramente musical', tiene en cuenta el significado comunicativo y relacional, el cual es fundamental en procesos musicoterapéuticos.

También cabe precisar que tales características pueden ser expresadas mediante distintas modalidades tales como movimientos, vocalizaciones, expresiones faciales y posturas, que no están restringidas a una modalidad expresiva en particular.

En cuanto a los elementos de interrelación musical el instrumento está descrito en 9 niveles de interacción puntualizados a continuación.

NIVELES DE ESCALA CIM:

***NV:** niveles.

*1 Sin comunicación

*2 Contacto solo un lado: no hay respuesta del paciente

*3 Contacto de un solo lado: no hay respuesta musical del paciente

*4 Respuesta musical Autodirigida del paciente

*5 Respuesta musical tenue del paciente

*6 Respuesta dirigida musicalmente sostenida del paciente

*7 Estableciendo contacto mutuo

*8 Extendiendo el contacto mutuo

*9 Asociación musical

- (Aspectos de la sistematización y la evaluación de la práctica clínica., 2013, pág. 116)

Según todo lo anterior, el instrumento resulta adecuado para analizar de manera sistemática los procesos relacionales entre participantes y terapeuta basándose en la perspectiva musical que parte de las siguientes preguntas "¿Qué hace que esta improvisación entre terapeuta y usuarios sea diferente y más que un simple evento musical? ¿Cuáles son

los rasgos interactivos de esta improvisación? ¿Cómo son estos rasgos, que emergen entre los participantes? ¿Cómo son las experiencias de los participantes entre sí? (FERRARI, 2013, p. 114-115)

Por ello, la escala CIM fue utilizada buscando valorar los procesos musicales relacionales en el grupo, a través de la comparación de las variables estructurales de la música, operacionalizadas en un puntaje no estandarizado cumpliendo únicamente con una función descriptiva. Esto con el fin de facilitar la interpretación del comportamiento musical de los usuarios, durante distintos momentos del proceso.

En este punto es fundamental comentar que en este caso la escala CIM, tal cual como fue propuesta por la Dr Mercedes Pavlicevic, no tiene un cuerpo estandarizado de factores ni reactivos que permitan medir la interrelación musical más allá del nivel descriptivo de los 9 niveles propuestos.

Por esta razón, se realizó una adaptación del instrumento pensando en las mediciones grupales, proponiendo 5 dimensiones o factores que permitan comparar y evidenciar que elementos pueden predominar en una interacción musical grupal. Dichas dimensiones fueron:

Dimensión corporal: que corresponde a todo movimiento consciente que tenga como objetivo relacionarse directa o directamente con la música que provenga del grupo o el terapeuta, de este modo la intención es poder describir cómo y hasta que nivel los participantes se involucran corporalmente con la música que les sea presentada.

Dimensión melódica: Hace referencia a como los participantes utilizan las propuestas melódicas para vincularse con la música y el grupo de manera conjunta o independiente, pensado en sí se apropian de las propuestas del terapeuta o si son ellos quienes ofrecen líneas melódicas propias.

Dimensión rítmica: Se vincula directamente con el modo de expresión y apropiación del grupo, en cuanto a la estabilidad y equilibrio de los pulsos desarrollados en las improvisaciones analizadas, de este modo se busca observar y describir que representa el ritmo como medio de vinculación entre los participantes y el terapeuta.

Dimensión vocal: En este caso el elemento vocal se encuentra relacionado con la dimensión melódica, pero haciendo hincapié en el contenido vocal asociativo y descriptivo, analizando si aparecía o no y cuál era su objetivo interrelacionar en las improvisaciones Musicoterapéutica.

Dimensión de introducción de variabilidad: con este factor la propuesta es observar y describir que tanta variabilidad incluye el grupo en las improvisaciones realizadas, en este caso la idea no es describir la presencia o ausencia de variabilidad como algo correcto o incorrecto, ya que depende del objetivo de la improvisación, pero si es pertinente para observar con que intensidad se mantiene o no la estabilidad o la variedad en las distintas dimensiones descritas anteriormente, de cada improvisación.

Entonces a partir de estas dimensiones es posible obtener un gráfico de distribución factorial, el cual surge luego de operacionalizar el cuestionario, a partir del número de participantes en el grupo, junto a los puntajes posibles, ya que es a partir del número de usuarios participantes que es posible determinar los puntajes correspondientes para cada factor.

Según lo anterior, los siguientes son los puntajes mínimos, medios y máximos de la escala para este grupo específico de 10 participantes.

63

Tabla 2. Operacionalización de la Escala de Interrelaciones Musicales – Nivel grupal.

Número de usuarios	Puntaje máximo en la escala	Puntaje máximo por factor	Puntaje medio por factor	Puntaje mínimo por factor
10	90	18	9	-2
7	63	12	6	-2
6	54	10,8	5,8	-4

Dicha operacionalización se realizó pensando en que formalmente la Dr. Mercedes Pavlicevic planteó 9 niveles de interacción -siendo 1 el más bajo y 9 el más alto en términos comunicativos-, por lo que, en un grupo de 10 participantes, resulta entonces que la puntuación máxima que podría obtenerse sería de 90 puntos, así que partiendo del máximo posible se obtiene una distribución de 18 como el máximo puntaje distribuido en cada uno de los 5 factores.

Luego de observar los registros de video determinadas sesiones (1-8-13-18), se realizó la calificación de cada improvisación según la puntuación total alcanzada por el grupo, distribuida en cada uno de los factores según sea el comportamiento musical del grupo en cada improvisación.

Este puntaje permite observar, analizar y describir la predominancia de algún factor sobre otro, por lo cual se hace evidente al observar las gráficas el desarrollo de la interacción musical en el grupo a lo largo del proceso.

Ejemplo: Al tener una sesión con 10 usuarios, con una puntuación de 40 puntos de calificación en la escala de 90 posibles, distribuidos uniformemente en puntuaciones de 8 por cada factor, tendríamos como resultado una gráfica que se vería de la siguiente manera.

Grafico 2. Ej de interpretación CIM grupal



Ahora bien, la línea naranja representa las puntuaciones obtenidas según la sumatoria de los puntajes individuales, los cuales se distribuyen a partir de la predominancia de alguno de los factores que para el caso del ejemplo resultan uniformes para cada una de las dimensiones.

Por ello, los análisis de la escala CIM se hicieron de manera **objetiva-descriptiva** pensando en que el puntaje no evidencia una deficiencia, sino que representa numéricamente el comportamiento musical del grupo, junto a la preferencia o predominancia de algún modo de expresión y vinculación musical.

5 RESULTADOS

5.1 Descripción de la población

Para comenzar a exponer los resultados obtenidos, es indispensable en primer lugar observar al grupo de participantes que otorgó su consentimiento para formar parte del estudio, Los usuarios participantes se encuentran organizados en la siguiente tabla:

Tabla 3. Sujetos participantes (grupo de intervención)

Participantes	Género	Edad	Experiencia musical básica	Atención previa con musicoterapia	Abandono del tratamiento	Característica musical predominante
LE	Masculino	39	SI	SI	SI	Melódico-Vocal
FR	Masculino	28	NO	NO	SI	Rítmico-Instrumental
AL	Masculino	19	NO	NO	NO	Rítmico-Vocal
YE	Femenino	30	NO	NO	NO	Rítmico-Instrumental
LV	Femenino	20	SI	NO	SI	Melódico-Instrumental
PA	Femenino	37	NO	SI	NO	Rítmico-Corporal
MC	Femenino	55	SI	NO	NO	Melódico-Vocal
ER	Masculino	24	NO	SI	NO	Rítmico-Vocal
AN	Masculino	20	SI	NO	SI	Rítmico-Vocal
NE	Masculino	54	NO	NO	NO	Rítmico-Corporal
Total= 10	M=7 F=3	Media= 32.6 años	SI=4 NO=6	SI=3 NO=7	NO=6 SI=4	

De los **10** participantes **7** corresponden al sexo masculino y **3** al sexo femenino, con una media ponderada de **32.6** años de edad exactamente; el grupo estuvo distribuido heterogéneamente en términos de etapas del desarrollo vital, ya que había participantes tanto de adultez temprana entre 20 – 40 años como de adultez media entre 40 – 60 años, sumado a esto existían diferencias entre las sustancias consumidas, el tiempo de inicio en el consumo y el número de recaídas pasadas añadido a los procesos anteriores abandonados por algunos participantes.

5.1.1 Resultados de calificación del Cuestionario de Variables Predictoras de Abandono VPA (SIRVENT, 2009)

En cuanto al cuestionario Variables Predictoras de Abandono VPA, el modo de calificación del cuestionario, se realiza por medio de la sumatoria total de los reactivos. Para calificar cada reactivo estos se tipifican de 5 a 1 o de 1 a 5 dependiendo de si está corresponden a un reactivo de puntuación inversa o directa respectivamente. Una vez calificado y operacionalizado cada reactivo, es posible realizar la sumatoria que permite determinar la puntuación directa para cada uno de los factores, esta sumatoria se realiza con los reactivos relacionados a cada factor.

En ese orden de ideas, una vez realizada la sumatoria factorial de reactivos, se obtiene el nivel de significancia para cada factor evaluado. En la siguiente tabla se encuentran los valores operacionalizados para cada uno de los cuestionarios que respondieron los participantes. Es decir, los resultados por factor correspondientes a la suma de cada uno de los reactivos de la prueba.

Tabla 4. Resultados calificación factorial del cuestionario – VPA –

Participantes Factores	LE	FR	AL	YE	LV	PA	MC	ER	AN	NE
Motivación	28/30	22/30	25/30	29/30	25/30	24/30	30/30	21/30	27/30	30/30
Conciencia del problema	22/30	17/30	18/30	30/30	30/30	13/30	25/30	19/30	18/30	25/30
Sentimientos adversos	24/30	21/30	24/30	26/30	23/30	21/30	25/30	19/30	20/30	21/30
Deseos de consumo	19/30	15/30	11/30	23/30	12/30	15/30	24/30	21/30	17/30	19/30
Tratamiento	22/30	20/30	20/30	27/30	30/30	20/30	24/30	19/30	21/30	27/30
Escala General	52/75	44/75	50/75	68/75	57/75	41/75	65/75	47/75	43/75	57/75
Total	117/150	99/150	100/150	135/150	120/150	92/150	130/150	99/150	103/150	122/150
Abandono del proceso	SI	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO

Los valores señalados en esta tabla corresponden a las calificaciones de los factores con riesgo medio y alto, además es de tener en cuenta para comprender la tabla que:

- Puntuaciones con indicadores de riesgo medio.
- Puntuaciones con indicadores de riesgo alto.

N° Los números **azules** corresponden a reactivos de puntuación directa.

N° Los números **naranjas** corresponden a reactivos de puntuación inversa.

Ahora bien, es aquí fundamental mencionar como anticipaba el cuestionario 6 sujetos de los 10 participantes abandonaron el proceso de rehabilitación, ya que según el cuestionario se advertía e indicaba el alto riesgo de los usuarios para desistir de su proceso de rehabilitación. Los respectivos análisis junto a la interpretación de las puntuaciones factoriales será desarrollado más adelante junto con los resultados del cuestionario de interrelaciones musicales CIM.

5.1.2 Resultados de calificación de la escala de interrelación musical CIM – Nivel individual

Continuando con los resultados, a continuación, se evidencian las puntuaciones del cuestionario de interacción musical, desde la escala CIM, dichas puntuaciones fueron asignadas por el terapeuta luego de cada sesión, a partir del contenido musical ejecutado por el participante en concordancia con su modo de vinculación en el grupo.

Es importante tener en cuenta que estas puntuaciones individuales son fundamentales para el análisis grupal, ya que es a partir de estos puntajes particulares que se realiza la sumatoria para obtener el puntaje total que indicará el nivel de interrelación e interacción musical. En pocas palabras los puntajes individuales se traducen en el puntaje total nivel grupal el cual representa el modo de expresión y vinculación musical en la sesión.

Tabla 5. Resultados de la escala CIM

Participantes. Niveles CIM por sesión.	LE	FR	AL	YE	LV	PA	MC	ER	AN	NE
Sesión 1	5	3	4	3	3	5	4	3	5	4
Sesión 2	4		4	3	3		4	4	5	
Sesión 3	4	3	4			4	5	3	-	
Sesión 4	4	5	4		4	5	5	5	6	
Sesión 5	4	4	4	3	3	6	5		6	3
Sesión 6		4	4	3	3	4	5	4		4
Sesión 7	6		6	5	4		6		6	5
Sesión 8	6	5	5	5	4	5	6	5	6	5
Sesión 9	-	-	5	5	4	-	6		5	5
Sesión 10	-	-	6	3	3	-	7	5	3	6
Sesión 11	-	-	7	5	4	-	7		7	7

Participantes. Niveles CIM por sesión.	LE	FR	AL	YE	LV	PA	MC	ER	AN	NE
Sesión 12	-	-	5	5	6	4	6	5		5
Sesión 13	-	-	5	5		4	6	5	5	5
Sesión 14	-	-	7		6	6	7	6	-	
Sesión 15	-	-	5		5	-	7		-	
Sesión 16	-	-	6		-	-	6	6	-	6
Sesión 17	-	-	6	7	-	6	7	7	-	6
Sesión 18	-	-		6	-	6	7	6	-	6
Sesión 19	-	-	7	6	-	5	6	7	-	5
Nivel preponderante - Nivel máximo	4/6	3/5	4/7	5/7	3/6	4/6	6/7	5/7	6/7	5/7

a) Nivel de interacción preponderante en las sesiones.

b) Nivel de interacción máximo alcanzado en alguna sesión.

La tabla evidencia cual fue el nivel máximo de interacción que alcanzó cada participante en alguna sesión, además del nivel predominante o promedió del usuario a lo largo del proceso.

5.1.3 Gráficos y análisis de escalas de interacción musical CIM – Nivel grupal

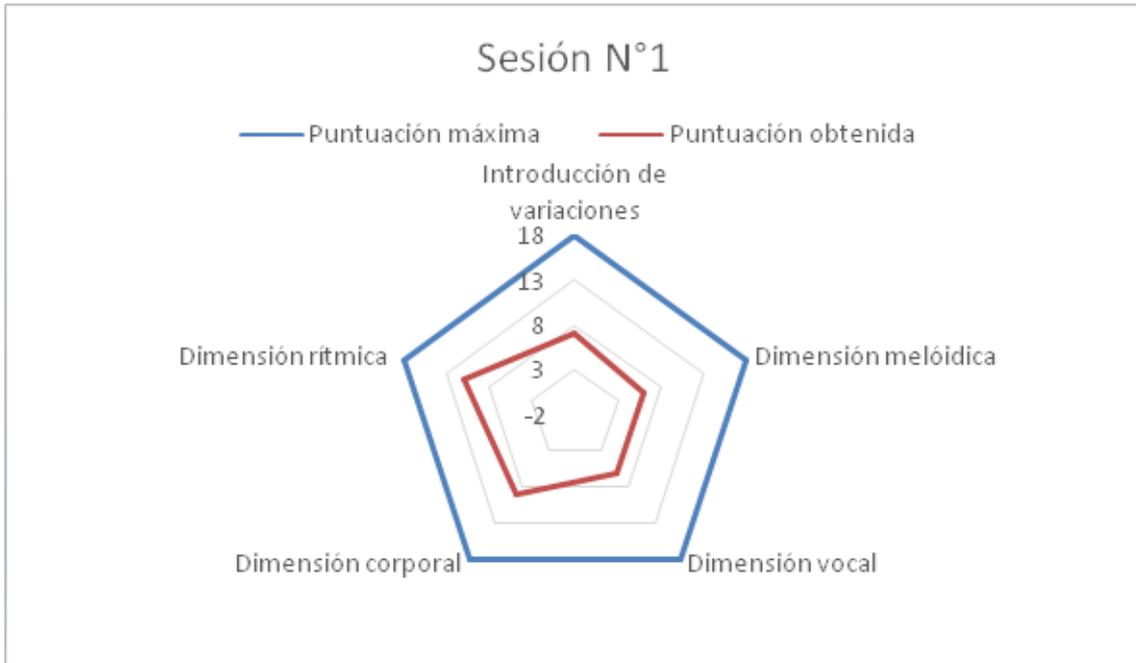
68

Antes de comenzar es necesario hacer la aclaración de que todas las improvisaciones contaron con el mismo *setting* en todas las ocasiones. Dicho *setting* estaba conformado por instrumentos percutivos en su mayoría tambores como bongos, congas, tamboras, así como también de percusiones menores, como claves, maracas y campanas junto algunos instrumentos melódicos como flautas, un metalófono y dos guitarras.

Entonces para comenzar, la primera grafica describe la interacción musical del grupo en la sesión N°1. En dicha sesión estuvo presente el grupo de intervención completo conformado por 10 participantes, siendo entonces el máximo posible de 90 puntos en la interacción musical, a partir de los 9 niveles dispuestos por la escala los cuales se distribuyeron en 18 puntos por cada factor.

Los resultados se ilustran en el siguiente gráfico:

Grafico 4. Análisis grupal CIM – Sesión 1



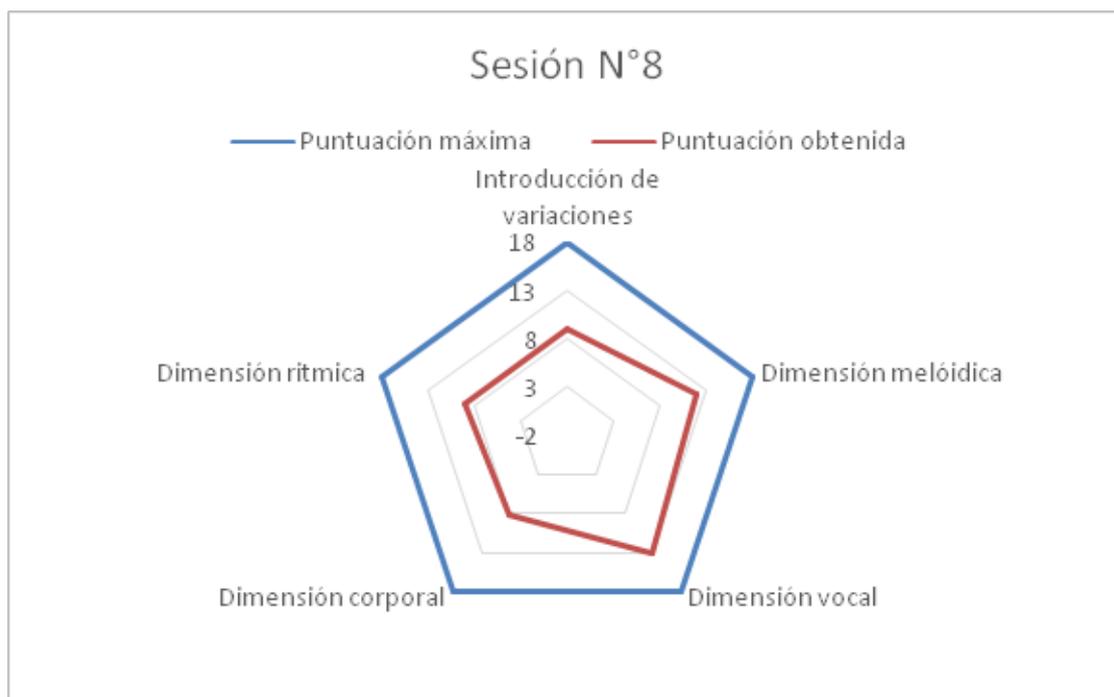
La suma total de puntos de interacción en el grupo fue de 39 puntos de 90 posibles. Para el caso de esta primera sesión cuyo objetivo fue **-Realizar un acercamiento a las capacidades musicales expresivas de los participantes-** y a ante la consigna de explorar los instrumentos y hacer música juntos, hubo una notoria inclinación del grupo hacia la interacción desde el aspecto **corporal y rítmico**, en donde la puntuación factorial para esas dos dimensiones específicas fue de 8 puntos. Además, hay que mencionar que, era esperable no encontrar aspectos demasiado definidos en la interacción musical, ya que se trataba de un grupo que comenzaba a conocerse consecuente con una primera sesión.

69

También hay que mencionar que las puntuaciones bajas en los demás factores no indican un déficit o un problema en relación con los otros factores debido a que la herramienta fue planteada con el fin de poder analizar e interpretar los cambios en las dimensiones junto al modo preferente o predominante en el sentido relacional a través de la música en el grupo de participantes.

Posterior al primer análisis el siguiente gráfico muestra la puntuación del grupo a partir de la operacionalización de los factores para la realización del análisis de la interacción del grupo en la octava sesión.

Grafico 5. Análisis grupal CIM – Sesión 8



Luego de 7 sesiones correspondientes a un mes de intervención la sumatoria del puntaje grupal fue de 52 puntos de 90 posibles, ya que aún se encontraban en el proceso los 10 participantes referentes en el estudio, además esta fue la sesión en la cual se les aplicó la herramienta predictora de variables de abandono o VPA.

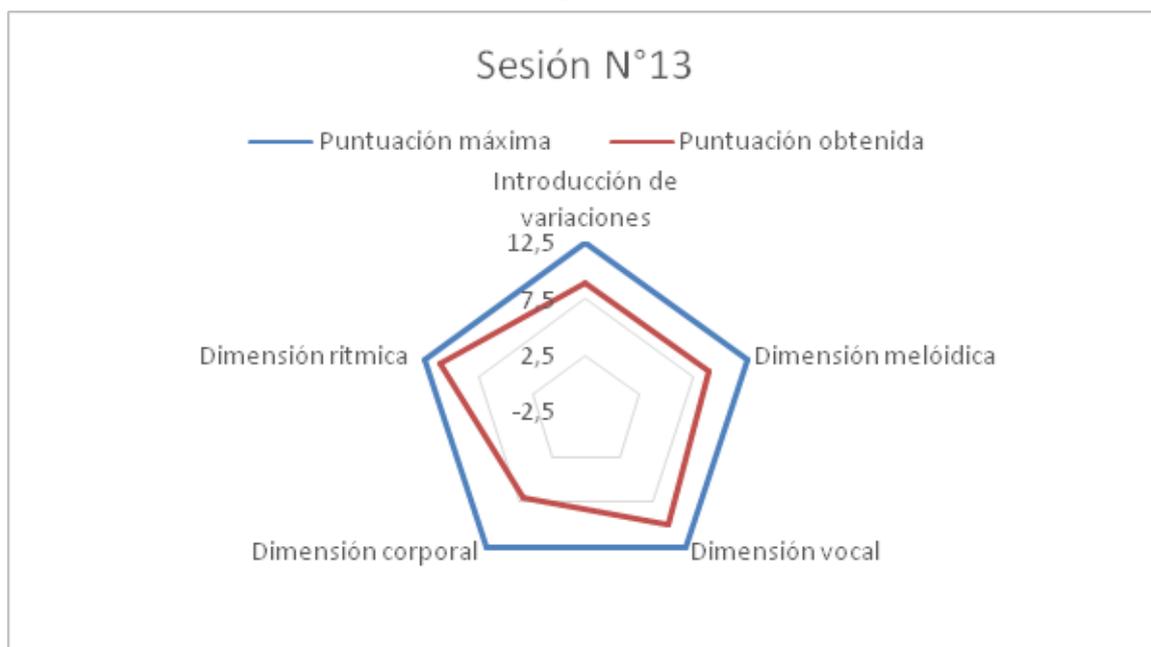
70

La sesión tenía como objetivo musical -Realizar una improvisación grupal melódica no referencial-. Generada bajo la consigna de escuchar y repetir las melodías que fueran propuestas. Por ello en cuanto a lo musical en el gráfico se puede observar como claramente la interacción del grupo en esta sesión estuvo dirigida hacia las dimensiones **melódica y rítmica**, debido a la naturaleza de las actividades planteadas para esta sesión, en donde la propuesta fue totalmente pensada para el cuerpo y la voz, haciendo especial anotación en el uso de la voz, debió a que hasta el momento había sido bastante restringido su uso por parte de los participantes, por esta razón al analizar este gráfico y el anterior, es posible afirmar que el grupo hasta el momento atendía a las respuestas vinculares en las dimensiones tanto corporal, como rítmica y vocal, lo que indica una variedad estructural en cuanto a la capacidad del grupo para responder y generar música en un sentido relacional.

Por esto al continuar en la descripción de las gráficas, cinco sesiones más adelante en el proceso, se encuentra la sesión N°13 en donde ya 3 participantes habían abandonado el centro de rehabilitación.

Por eso siguiendo la lógica anterior, la sesión tuvo como objetivo - Modular experiencias de riesgo o recaída, ofreciendo un espacio de empoderamiento a través de la música-. Por ello con el fin de dar cumplimiento al objetivo fueron planteadas algunas actividades musicales, desde el inicio hasta el final las de las cuales al ser puntuadas dieron como resultado el siguiente gráfico.

Grafico 6. Análisis grupal CIM – Sesión 13

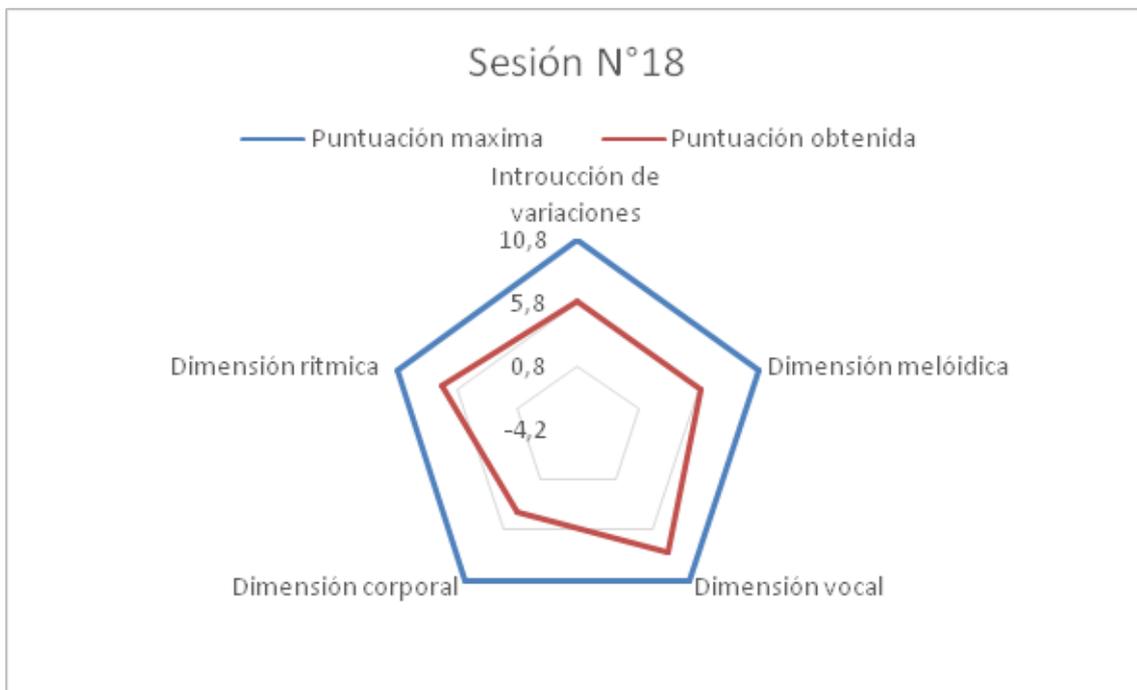


En este caso el setting dispuesto fue el mismo que el inicial compuesto por instrumentos percusivos, melódicos y armónicos, dejando como libre opción la elección del instrumento al usuario. Ahora al reducirse el grupo de participantes a 7, el puntaje máximo referencial pasó a ser de 63 distribuido en puntajes homogéneos de 12,5 en cada factor. Por lo que, la sumatoria correspondiente del grupo para las puntuaciones de interacción fue de 46 puntos de 63 posibles, pudiéndose observar como en esta oportunidad las dimensiones dominantes fueron la **rítmica y la vocal**, teniendo en cuenta que se presentaron variaciones rítmicas y melódicas en mayor medida en comparación a las sesiones anteriores, todo esto desde un nivel grupal en términos musicales - relacionales.

A partir de lo anterior y hasta el momento es posible afirmar según los gráficos que la música del grupo se fue afianzando en un sentido comunicativo y expresivo, equivalente a un elemento discursivo que permitió elaborar propuestas proyectivas y vinculares tanto a nivel individual como grupal.

Para continuar en el análisis grupal, la última sesión analizada corresponde a la N°18, para entonces el grupo de intervención ya contaba solo con los 6 participantes finales que terminarían el proceso Musicoterapéutico de 2 meses.

Grafico 7. Análisis grupal CIM – Sesión 18



Para el caso de esta sesión el objetivo se encontraba encaminado a -Evidenciar el resultado de la capacidad musical expresiva sobre el final del proceso Musicoterapéutico-, por esto al puntuar cada dimensión a partir de las calificaciones individuales, el grupo obtuvo 31 puntos de 54 posibles. Que para el caso de esta sesión permite concluir al observar el gráfico que se destaca la dimensión **melódica** sobre las demás, aunque mostrando puntuaciones más estables en las dimensiones con respecto a las gráficas anteriores, de modo tal que es posible afirmar que para el grupo de sujetos que terminaron el proceso, la capacidad de utilizar la música con objetivos relacionales les permitió acercarse a diferentes modos de interacción y vinculación desde diferentes canales expresivos.

Lo anterior está relacionado a la equivalencia que representa el desarrollo de habilidades de afrontamiento implementando a través del principio de analogía y metáfora, en este caso buscando encaminar las actividades musicales al desarrollo de una postura grupal que les permitiera a los usuarios tomar acciones frente un problema específico, que en este caso sería la adicción.

6 CONCLUSIONES

A lo largo de la investigación, durante su desarrollo y final fue posible puntualizar ciertos aspectos decisivos a cerca del trabajo relacional de la musicoterapia, las adicciones en el proceso de adherencia en los tratamientos de rehabilitación, la cuales son descritos a continuación.

La adherencia no puede ser vista como un atributo definido bajo los mismos términos de un objetivo específico en sí mismo, sino que la adherencia al tratamiento, es *resultado* y *efecto*, de una intervención *terapéutica consistente*, que aborde aspectos significativos puntuales para los sujetos como participantes, en donde “la música no es una cura eficaz en sí misma, sino que sus efectos terapéuticos son el resultado de una aplicación profesional, metodológica o sistemática de la misma”.

Ahora bien, sobre el tratamiento de pacientes en rehabilitación es importante considerar como el encuadre Musicoterapéutico propicia un espacio en el cual el uso de la *música como terapia*, permite la elaboración personal de situaciones conflictivas con efectos movilizadores, sin que sea indispensable que los usuarios se sientan en terapia -entendiendo a la terapia como el espacio convencional, en el cual el clínico posee un saber y es el encargado aportar la solución más rápida y efectiva a la demanda del paciente-.

Fue entonces a partir de la experiencia de intervención, que se hizo evidente que el método de *improvisación* es el que mejor permite a los usuarios elaborar situaciones de manera intuitiva y efectiva, el cual igualmente resulta apropiado, para generar empatía, al igual que para producir un acercamiento inicial a los instrumentos, arrojando información sobre el nivel y modo de producción musical de los usuarios.

También, es necesario puntualizar que los métodos en la intervención fueron empleados bajo la siguiente lógica, – El método receptivo, se centró en conducir hacia el pasado de los participantes, la improvisación y la re-creación buscando remitir al presente para finalmente usar la composición para relacionar eventos con el futuro de los participantes.

Por estas razones para dar respuesta a una de las preguntas de investigación que correspondió a ¿sí es posible promover la adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de adicciones y alto riesgo de abandono? Aunque estadísticamente no es

posible afirmarlo de manera categórica. El poder de la musicoterapia vinculado al campo del tratamiento en las adicciones corresponde a los efectos terapéuticos, en el cual se entiende a la adherencia al tratamiento como el resultado de un proceso terapéutico consistente y no como un objetivo antepuesto.

Es decir que es innegable que, al implementar la musicoterapia como contexto en una institución hospitalaria, con objetivos clínicos, ocurrirán cambios terapéuticos importantes. Haciendo la salvedad de que todo dependerá de la consistencia y el desarrollo de dichos objetivos de intervención, en concordancia con los métodos y técnicas utilizadas.

Del mismo modo que ahora se hace pertinente puntualizar cuales son las variables identificadas como focos de atención a desarrollar con el fin de configurar un proceso que dé como resultado una adherencia terapéutica exitosa. Así que estas fueron las variables identificadas:

- El desarrollo de un *encuadre* consistente, el cual permitirá al sujeto obtener una adecuada *adaptación inicial al tratamiento*. Ya que a partir de ello se promueve la integración entre pacientes y la identificación del otro como un sujeto en el cual puede confiar y apoyar, antes que pensar en el otro como un foco de conflicto. Aunque el encuadre es un elemento fundamental para cualquier proceso terapéutico, si este no se obtiene de manera suficiente, el resto del proceso terapéutico se desarrollará de forma defectuosa e insuficiente y por ende no habrá adherencia al tratamiento
- Motivación intrínseca o extrínseca: fue común evidenciar en los usuarios como sus atribuciones motivacionales para consumir o no, estaban condicionadas por factores externos o extrínsecos y nunca por movilizaciones propias, siendo uno de los elementos más importantes a trabajar ya que eran situaciones efímeras las que nos les permitían construir un sentido propio y solido sobre el cual tomar decisiones al respecto.
- Identificar y controlar la euforia terapéutica o autoeficacia: referida a como los sujetos luego de transcurridas entre dos y tres semanas, sienten como los síntomas fisiológicos del síndrome de abstinencia comienzan a desaparecer y por esta razón perciben el tratamiento como innecesario, sin permitir que el proceso

de intervención llegue a actuar sobre las variables estructurales del sujeto, esto con el fin de que el usuario desarrolle sus potencialidades y habilidades de afrontamiento con el fin de poder hacer frente a determinadas situaciones.

- La empatía y entropía: estos dos elementos son fundamentales para que exista un proceso terapéutico que se encause hacia una misma vía, tanto en el sentido grupal como individual. Por ello el terapeuta y los usuarios, deben propiciar un ambiente que promueva una estabilidad entre las expectativas y la realidad del tratamiento, a fin de dar como resultado un proceso que actué acorde a las posibilidades de los usuarios mientras se cumple con los objetivos terapéuticos.
- La figura del terapeuta: Este el punto, se centra sobre cómo es percibido el musicoterapeuta por los usuarios, ya que para el caso, los participantes manifiestan no sentirse en terapia y el musicoterapeuta no es visto de manera análoga a la figura del médico u otros profesionales de la salud, sin embargo en cierta medida propicia un elemento beneficio para el desarrollo de la empatía de los usuarios con la intervención, debido a la identificación que hay entre participantes y el modo de intervención, esto propicia un empoderamiento en los participantes y su proceso, lo cual transforma la dinámica de la intervención 'convencional' moviendo al musicoterapeuta del lugar fijo en el cual se ubican otras disciplinas en donde el terapeuta es quien debe ser el encargado de resolver los problemas del usuario.

75

Por otra parte, acerca de la escala CIM y las elaboraciones relacionales desde nivel musical, es posible concluir al observar los resultados, que las puntuaciones fueron exponenciales, lo cual denota un trabajo terapéutico sustentando en el principio analógico que propone como "equivalentes al progreso musical junto al progreso terapéutico. Pensando en que el progreso musical -en términos expresivos- demuestra un desarrollo de los objetivos terapéuticos, representados en un acercamiento de la capacidad para elaborar y reconocer una realidad a partir de la música y sus elementos.

Además, a nivel individual, en las puntuaciones de la escala CIM el discurso musical desde una perspectiva relacional no supero el nivel 7 en ninguna de las improvisaciones, debido a que no se generó una entropía suficiente para considerar una reciprocidad mutua en el grupo que llegase a ser tipificada como *asociación musical* como se encuentra descrito en la escala CIM.

Otro elemento indispensable a considerar en el abordaje e intervención de las adicciones desde la musicoterapia, pensando obtener una adecuada adherencia al tratamiento, está en la considerar del número de recaídas del sujeto, ya que, a mayor número de recaídas y abandonos de tratamientos, mayor se hace el porcentaje de falta ausencia en la adherencia. Por lo cual fue posible concluir que la adherencia es inversamente proporcional al número de recaídas del paciente.

Finalmente, a partir de las improvisaciones realizadas se puede concluir que el nivel de abstracción de los participantes fue muy bueno, lo cual permitió crear analogías coherentes entre la música y situaciones circunstanciales, haciendo especial observación que uno de los aspectos más difíciles de representar musicalmente resulto la elaboración de “una cura” debido a la ausencia de un referente externo que pudiera ser representado, ya que además de ser un elemento muy abstracto para simbolizar, resulta ser el reto más grande en un proceso de rehabilitación.

76

REFERENCIAS

- APA., A. P. (2006). *www.psych.org*. Obtenido de *www.psychiatryonline.org*: https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/substanceuse.pdf
- BANDURA, A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change . **Psychological Review**, 84, 191-215, 1977.
- BRUSCIA, K. **Musicoterapia Metodos y Prácticas**. Mexico D.F: Editorial Pax, 2007.
- E.S.E, H. S. **Informe anual del Hospital Santa Clara**. Bogotá D.C: Alcaldía de Bogotá, 2015.
- FERRARI, K. **Aspectos de la sistematización y la evaluación de la práctica clínica**. Buenos Aires: MTD ediciones, 2013.
- HUGHES, J. Craving as a Psychological Construct. **Society of the study of addiction** , 38–39, 1987.

Ministerio de salud y protección social. (24 de Noviembre de 2107). MINSALUD. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/SaludPublica.aspx>

NIH, N. I. (10 de Junio de 2010). National Institute on drug abuse *NIH*. Obtenido de <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/principios-de-tratamientos-para-la-drogadiccion>

PAVLICEVIC, M. **Interpersonal processes in clinical improvisation**. Towards a subjectively deinition. Londres: Harwood Academic Publishers, 1995.

PRIESTLEY, M. **Essays on Analytical Music Therapy**. Barcelona : Barcelona Publishers, 1994.

SIRVENT, C., MORAL, M. V., BLANCO, P. Depresión e adicción. **Revista Psiquiatria**. com., 15:27, 2015. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/274953574_Depression_and_addiction.

WHEELER, B. **Music Therapy Research**. Gilsum: Barcelona Publisher, 2005.