

EL SOPORTE TEÓRICO EN LOS PROGRAMAS DE DESHABITUACIÓN DE COCAÍNA: UN MODELO INTEGRADOR.
AUTORES

Autores: Lorea I*, Fernández-Montalvo J**, López-Goñi JJ*, Landa N***

*Fundación Proyecto Hombre Navarra

**Dpto Psicología y Pedagogía. Universidad Pública de Navarra.

***Centro de Salud Mental de Tudela (Navarra).

Correspondencia:

Iñaki Lorea Conde.

Centro de Día "ALDATU".

Fundación Proyecto Hombre Navarra.

Avda. Zaragoza 23.

31005. Pamplona-Iruñea.

Tfno: 948291865.

FAX: 948291740.

E-mail: phnavarr@arrakis.es

RESUMEN

Objetivos del estudio: presentar las bases teóricas que sustentan un programa ambulatorio de tratamiento de la adicción a la cocaína de la Fundación Proyecto Hombre Navarra. Proponer un modelo integrador. Presentar algunos resultados del programa durante el año 2001.

Métodos: se revisan diferentes enfoques de tratamiento que se han adaptado al tratamiento de la adicción a la cocaína. Se analizan algunos resultados obtenidos por el programa en el año 2001.

Resultados: se propone atender a cuatro elementos que han mostrado ser prometedores en el tratamiento de la adicción a la cocaína y que pueden complementarse entre sí: a) un estilo de relación terapéutica basado en la entrevista motivacional, y b) un marco interpretativo de la adicción basado en la neurobiología de la adicción a la cocaína, en el trabajo con redes sociales y en el modelo de prevención de recaídas. Con estas bases, se han atendido 75 casos con abuso o dependencia de la cocaína en el año 2001. 11 casos habían recibido el alta terapéutica. 47 casos se mantenían en tratamiento con fecha 31 de Diciembre de 2001 y 13 sujetos abandonaron el tratamiento durante el año.

Conclusiones: el empleo de la entrevista motivacional, la neurobiología de la cocaína, el trabajo con redes sociales y la prevención de recaídas representa una alternativa de tratamiento válida para estos pacientes.

Palabras clave: entrevista motivacional, modelo transteórico, prevención de recaídas, red social, neurociencias.

ABSTRACT

Objective: presenting the theoretical basis that support a treatment for cocaine dependence at Proyecto Hombre Navarra Foundation. Proposing an integrative model. Presenting some outcomes during 2001.

Method: different frameworks are reviewed and adapted to cocaine addiction treatment. Some results, obtained by this program in 2001 are analyzed.

Results: four elements that seem to be promising are proposed to be observed. These elements can also be complementary among themselves: a) therapeutic relationship's style based on motivational interviewing and b) an addiction's framework based on neurobiology of cocaine addiction, social network models and relapse prevention model. With these premises, 75 cases with cocaine abuse or dependence have been treated in 2001. 11 were discharged from treatment. By December 31, 47 remained in treatment and 13 dropped out through the year.

Conclusions: the use of the motivational interviewing, neurobiology of cocaine addiction, social networks and relapse prevention shows a valid treatment alternative for these patients.

Key words: motivational interviewing, transtheoretical model, relapse prevention, social networks, neurosciences.

1. INTRODUCCIÓN

Durante muchos años se ha producido una proliferación de programas de tratamiento de drogodependencias que carecían de fundamentaciones teóricas suficientes y de evaluaciones adecuadas. Además, las orientaciones de estos programas han sido con frecuencia demasiado

parciales, bien desde un punto de vista exclusivamente médico-biológico, bien desde un punto de vista exclusivamente social.

El tratamiento de la adicción a la cocaína presenta un panorama similar. Además, su reciente incorporación a las clasificaciones de trastornos mentales –se incluye por primera vez en el DSM-III-R en 1987- no ha ido acompañada de un enfoque específico de intervención. De esta manera, el tratamiento usual realizado para esta patología era una copia del empleado para el alcohol u opiáceos, sin considerar ningún tipo de especificidad.

El propósito de este trabajo es presentar las bases teóricas que sustentan un programa ambulatorio para el tratamiento de la adicción a la cocaína que se sitúa dentro del Centro de Día de la Fundación Proyecto Hombre Navarra. Se revisan aspectos relacionados con el estilo de relación con el paciente y con los marcos interpretativos de la adicción. Además, se propone un modelo que integra estos enfoques en un programa de tratamiento. Finalmente se presentan algunos resultados del programa durante el año 2001.

2. UN ESTILO DE RELACIÓN: ENTREVISTA MOTIVACIONAL

El tratamiento de cualquier adicción se ha topado muchas veces con la dificultad de un paciente "poco motivado" o "carente de voluntad de cambio". El afrontamiento de estos problemas constituye un objetivo fundamental de cualquier intervención terapéutica. En este sentido, el modelo de Entrevista Motivacional (EM) desarrollado por Miller y Rollnick en 1991 ¹ proporciona una herramienta de trabajo centrada en explorar y resolver las ambivalencias del paciente, en la que la terapia se concibe como una colaboración entre afectados y profesionales.

El objetivo de este enfoque es provocar un cambio de comportamiento para lo cual trata de superar su mayor escollo: la ambivalencia emocional. Podríamos definir la ambivalencia como la presencia de emociones contrapuestas con respecto al abandono del consumo de sustancias estimulantes: "quiero dejar de tener problemas por consumir cocaína, pero sin dejar de consumir cocaína".

Los autores definen una serie de aspectos fundamentales del "espíritu" de la Entrevista Motivacional ², aspectos que deben permanecer independientemente de las técnicas de entrevista utilizadas: a) la motivación hacia el cambio parte del paciente y no se impone sin él; b) la articulación de la ambivalencia es tarea del paciente y no del terapeuta; c) la persuasión directa no es un método efectivo para resolver la ambivalencia; d) el estilo del terapeuta suele ser tranquilo y evocador; e) el terapeuta es la directriz que ayuda al paciente a examinar y resolver la ambivalencia; f) la disponibilidad al cambio no es un rasgo del paciente sino que fluctúa en función de la interacción interpersonal; y g) la relación terapéutica se asemeja más a la de socios o compañeros que a la de experto/paciente.

Por otra parte, es necesario tener en cuenta que los cambios que suceden dentro del marco de un proceso terapéutico no ocurren de manera lineal ni en un proceso dicotómico no-cambio/cambio, sino que se articulan de una manera dinámica y gradual, a lo largo de un transcurso que conviene conocer para ajustar el empleo de la Entrevista Motivacional.

En este sentido, Prochaska y DiClemente ³ desarrollaron un modelo que, entrelazado con la Entrevista Motivacional, delimita una serie de etapas por las que discurren los procesos de cambio, en una gradación de menor a mayor compromiso: a) **precontemplación**: no hay ninguna intención de cambiar el comportamiento en un futuro próximo. En esta fase no es que no se vislumbre ninguna solución, sino que no se percibe ningún problema; b) **contemplación**: se es consciente del problema pero aun no se está preparado para iniciar un plan de actuación, aunque se comienza a considerar la resolución del problema; c) **preparación**: sería semejante a un proceso de toma de decisión en la que el individuo comienza a realizar pequeños cambios en dirección a la solución del problema (como por ejemplo evitar discotecas que frecuenta el fin de semana en las que consume cocaína); d) **acción**: se realizan modificaciones de conducta y/o ambientales que permiten un período de abstinencia de entre 1 día a 6 meses; los cambios son visibles y suelen recibir reconocimiento del entorno familiar y social; y e) **mantenimiento**: en esta fase las personas trabajan para prevenir la recaída y consolidar los cambios realizados en la fase de acción, por un período superior a 6 meses.

Si el cambio se realiza a través de varias etapas, los autores han identificado una serie de procesos que ayudan a comprender cómo ocurren estos cambios para cada etapa: intervenciones hacia el aumento de conciencia del problema, el control de estímulos, la facilitación de relaciones de ayuda, etc., representan algunos ejemplos de orientaciones terapéuticas que facilitan el cambio en función de las etapas. En definitiva, conocer la fase de cambio en la que se encuentra un sujeto resulta imprescindible para elegir la intervención más adecuada a su estado.

Con demasiada frecuencia, los terapeutas que trabajan en conductas adictivas en general y en la deshabituación de cocaína en particular, asumen que cuando un paciente acude a tratamiento, se encuentra preparado para cambiar (es decir, en la fase de **acción**) y diseñan programas bajo esta presunción. Por desgracia, la evidencia señala lo inadecuado de esta práctica, que se refleja en las altas tasas de abandono inicial de los tratamientos a las que estamos tan acostumbrados. Este abandono puede estar condicionado por una apreciación errónea o apriorística de la disponibilidad hacia el cambio del paciente que acude a tratamiento.

La investigación reciente en pacientes adictos a drogas señala que el enfoque de tratamiento basado en la Entrevista Motivacional durante el proceso de evaluación aumenta el compromiso de tratamiento posterior ⁴. Asimismo, mejora la retención en tratamientos ambulatorios para pacientes psiquiátricos y con patología dual después de un ingreso hospitalario ⁵. La investigación en la adicción a la cocaína es menor y sólo se puede reseñar el estudio de Stotts, Schmitz, Rhoades y Grabowski ⁶, en el que comparan un programa de desintoxicación ambulatorio con y sin la aplicación de Entrevista Motivacional. Los resultados indican que la práctica de Entrevista Motivacional mejora el compromiso de utilización de estrategias de afrontamiento, aunque no se obtienen diferencias significativas con respecto a la retención en el tratamiento.

En definitiva, estos datos sugieren la consideración del elemento motivacional y el momento de

cambio del paciente, como instrumentos útiles en el diagnóstico de la situación y en la planificación del tratamiento del paciente adicto a la cocaína.

3. UN MARCO INTERPRETATIVO

Un cierto estilo de relación con el paciente proporciona un elemento indispensable del contexto terapéutico para definir un tratamiento. Además, es necesaria la presencia de teorías que ayuden a interpretar los acontecimientos que ocurren durante el proceso terapéutico. A continuación se propone atender a tres elementos que se han mostrado esperanzadores en el tratamiento de la adicción a cocaína y que pueden complementarse entre sí: cerebro, ambiente y mente.

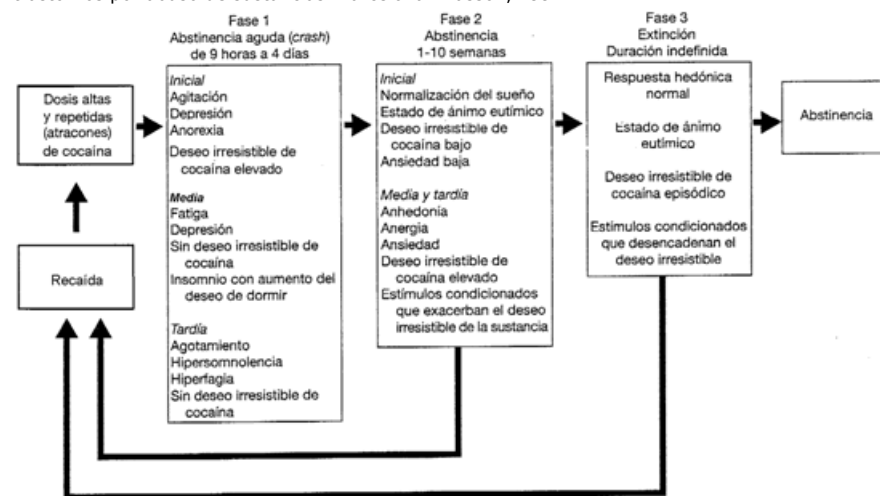
3.1. Atención al cerebro: neurobiología y neuroimagen de la adicción a la cocaína.

Un amplio caudal de investigación en neurociencias (neurobiología, neuroimagen, etc) se ha desarrollado en los últimos años en la adicción a cocaína. Todo ello no sólo resulta aprovechable para el desarrollo de nuevas estrategias farmacológicas, sino también para el manejo clínico del paciente cocainómano. Además, estos estudios han influido en el cambio de conceptualización de la adicción a la cocaína: si bien inicialmente este trastorno era entendido como un problema "psicológico", en la actualidad se conceptualiza como un trastorno complejo de la regulación cerebral, con componentes neurobiológicos, conductuales y psicológicos ⁷. Resulta por tanto fundamental considerar la expresión sintomática de alguno de estos trastornos.

La depleción aguda de neurotransmisores y la disregulación general del equilibrio neuroquímico cerebral que ocurren durante el abuso de cocaína ⁸ parecen estar íntimamente relacionadas con la aparición de un síndrome de abstinencia característico y específico para la cocaína, que resulta conveniente conocer a fin de conducir a través de él al paciente de la mejor manera posible. Comprender la relación existente entre la neuroadaptación que ocurre durante el consumo de cocaína, el desequilibrio de los sistemas fisiológicos cerebrales que controlan procesos psicológicos y su expresión en forma de trastornos emocionales y conductuales se convierte así en una herramienta de ayuda con la que guiar el proceso de recuperación.

Gawin y Kleber propusieron en 1986 ⁹ un primer modelo de descripción del síndrome de abstinencia a la cocaína, vigente en la actualidad, en el que predomina la aparición de variados síntomas psicológicos como trastornos del estado de ánimo y disregulaciones neurovegetativas (sueño, hambre...). En este modelo adquiere un peso importante el *craving*, o deseo irresistible de consumo ("ansia de droga"), que aparece acompañado de síntomas disfóricos y de elevación de la ansiedad (palpitaciones, sudoración, etc) como expresión de la abstinencia a la cocaína (Figura 1).

Figura 1. Modelo de síndrome de abstinencia a la cocaína de Gawin y Kleber. Figura tomada de Gawin FH, Khalsa ME, Ellinwood E. Estimulantes. En: Galanter MC, Kleber HD. Tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias. Barcelona: Masson, 1997



El síndrome de abstinencia a la cocaína comienza por un primer período, de entre 9 horas y 4 días de duración denominado *abstinencia aguda o crash*. Éste se inicia de manera inmediata tras la interrupción del consumo de cocaína y cursa con sensaciones de agotamiento, depresión, hipersomnolencia e hiperfagia. Si no ocurre un nuevo abuso, el síndrome progresa hacia otra etapa de *disforia a largo plazo*, que dura entre 1 y 10 semanas. Está relacionada con la depleción dopaminérgica y, como consecuencia, el sujeto se encuentra con menos capacidad para obtener sensaciones de placer en respuesta a estímulos ambientales. Este estado constituye, en sí mismo, un factor de riesgo para provocar una recaída. Si ésta no se produce, el síndrome de abstinencia avanza hacia una nueva fase, denominada de *extinción*, y de duración indefinida, en la que el deseo irresistible aparece de manera episódica en el contexto de estímulos condicionados a la historia de abuso de cada sujeto. En esta fase pueden producirse abusos de cocaína en ambientes con personas, lugares, o momentos de la semana en los que era habitual abusar de la sustancia y, con mayor frecuencia, asociados a intoxicaciones leves de alcohol, que preceden con frecuencia al abuso de cocaína.

Como se ha señalado con anterioridad, la anticipación al paciente de este conjunto de síntomas y el ensayo de estrategias cognitivas y comportamentales para su manejo, pueden representar instrumentos de gran utilidad en el camino de la recuperación.

Por otra parte, la investigación con técnicas de neuroimagen funcional (PET, por ejemplo) ha permitido conocer que durante la historia de abuso de cocaína, el funcionamiento de algunas áreas cerebrales subcorticales vitales para la supervivencia, la experimentación del placer y el

funcionamiento emocional (la amígdala o el cíngulo anterior, entre otras), queda alterado a través de un proceso de condicionamiento clásico y operante ^{10, 11}. La consecuencia de esta alteración es que cualquier estímulo ambiental asociado a la autoadministración de cocaína (interno o externo) adquirirá la capacidad de provocar una importante respuesta de deseo de cocaína y una conducta automática de acercamiento hacia ella ¹².

Estos estudios demuestran cómo ante estímulos asociados al consumo de cocaína, el cerebro de un adicto aumenta el flujo sanguíneo en regiones límbicas como la amígdala y el cíngulo anterior. Ambas desempeñan un papel clave en la regulación de las respuestas emocionales y en el aprendizaje de señales de estímulos biológicos relevantes para la supervivencia del organismo (como la comida o la conducta sexual), de tal manera que el adicto reacciona ante los estímulos condicionados como si experimentara que "tomar cocaína ahora es fundamental mí". Mientras tanto, otras regiones que regulan el funcionamiento de la memoria explícita, como el hipocampo, permanecen hipoactivas. Este fenómeno parece estar relacionado con la ausencia de recuerdos, durante los episodios de *craving* y consumo de cocaína, de las consecuencias negativas que el abuso de cocaína ha provocado en la vida del adicto.

En suma, comprender este proceso y manejar sus complicaciones a lo largo de la deshabituación aporta algo de certidumbre a un fenómeno a veces desconcertante y permite desarrollar estrategias farmacológicas, comportamentales (programas de evitación y exposición con prevención de respuesta) y cognitivas (autoinstrucciones, manejo de pensamientos positivos de la abstinencia y negativos de la adicción...) adaptadas a las características de cada sujeto.

3.2. Atención al ambiente: el trabajo con redes sociales.

Si el abuso de cocaína puede modificar la función cerebral, el elemento ambiental también contribuye al desarrollo del trastorno adictivo y desempeña un papel fundamental en el proceso de rehabilitación. La investigación se ha centrado principalmente en la función que algunos elementos ambientales (el estrés y los estímulos condicionados, por ejemplo) representan en el proceso adictivo ¹³.

En este sentido, conceptos como red social, apoyo social o apoyo familiar focalizan la atención hacia el elemento ambiental y su influencia en la deshabituación ^{14,15}. Además, proporcionan estrategias de análisis e intervención con el objetivo de controlar el efecto del estrés y los estímulos condicionados. Por ejemplo, el hecho de disponer de una red que brinde apoyo social (como la familia) no presupone un efecto positivo ya que, bajo ciertas circunstancias, la red social puede convertirse en fuente de estrés. De esta manera, la dificultad para resolver conflictos de relación dentro de la familia puede actuar como un estresor ambiental que facilite la ocurrencia de una recaída.

Por otra parte, las redes sociales de los adictos suelen ser menos densas y de menor tamaño que las de la población general. También se postula que, aunque la red del adicto sea similar en su estructura a la de la población general, los elementos que la componen y el contenido de la interacción es diferente, ya que el consumo de drogas se convierte en un elemento central de esta red. Como se ha señalado anteriormente, la presencia de compañeros consumidores o la frecuentación de entornos en los que se ha consumido drogas, actúan como estímulos condicionados que facilitarían la respuesta de consumo de cocaína.

Desde este punto de vista, el trabajo sobre la red social debe orientarse hacia minimizar el apoyo de la red al consumo de cocaína, vincular a la red nuevos sujetos con estilos de vida libres de drogas y fomentar la estima del adicto hacia los miembros de su red.

Aunque existe un consenso generalizado sobre la importancia de las variables ambientales en la evolución de los trastornos adictivos en general y de la adicción a la cocaína en particular, se necesitan más estudios controlados que ayuden a comprender mejor el peso de estas variables. Cabe destacar en este sentido el trabajo de Broome, Simpson y Joe ¹⁶ sobre una muestra de 748 pacientes con trastornos por alcohol y cocaína. Los resultados muestran que la red de apoyo social de los pacientes que continúan en tratamiento es un factor más importante que otras medidas pretratamiento. En concreto, contar con dicha red mejora los resultados de programas de intervención breve respecto al uso de cocaína y alcohol en el seguimiento. También se ha relacionado el bajo apoyo social con el aumento de posibilidades de abandonar prematuramente un tratamiento de deshabituación ambulatorio ¹⁷, aunque el nivel de apoyo social demostró ser un modesto predictor de la severidad de abuso de alcohol. Asimismo se han encontrado asociaciones entre el nivel de apoyo social en la admisión en un programa de mantenimiento con metadona o LAAM con la abstinencia de heroína y cocaína a los 3 meses de tratamiento ¹⁸.

En definitiva, se puede concluir que evaluar el estado de la red social de los adictos a la cocaína en tratamiento es una tarea necesaria a fin de planificar las prioridades de la intervención y de orientar las acciones dirigidas a controlar el elemento ambiental.

3.3. Atención a la mente: prevención de recaídas.

La Prevención de Recaídas ¹⁹ utiliza un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual diseñado para enseñar a los pacientes nuevas respuestas de afrontamiento, con el fin de modificar creencias y expectativas desadaptativas relacionadas con el consumo de sustancias y de cambiar hábitos personales y estilos de vida. Algunos aspectos clave de este enfoque giran alrededor de la diferenciación entre caída y recaída, la detección de las denominadas situaciones de alto riesgo, el "efecto de la violación de la abstinencia", la "expectativa de autoeficacia", las "decisiones aparentemente irrelevantes" y las "estrategias de afrontamiento". De manera resumida, este programa facilita que el paciente conozca cuáles son los factores relacionados con sus dificultades para lograr un estado de abstinencia y le ayuda a afrontar los problemas que se encontrará en una vida sin drogas. En esta labor, un aspecto fundamental lo constituye la forma en que el sujeto detecta y afronta las situaciones de alto riesgo.

En conjunto y con un carácter marcadamente cognitivo, aporta una explicación del fenómeno muy comprensible, junto con herramientas de intervención concretas y sencillas (habilidades

sociales, relajación, control de la ira). Hoy en día es indiscutible que aporta claridad a un fenómeno tan complejo como el de la adicción a la cocaína y a otras sustancias.

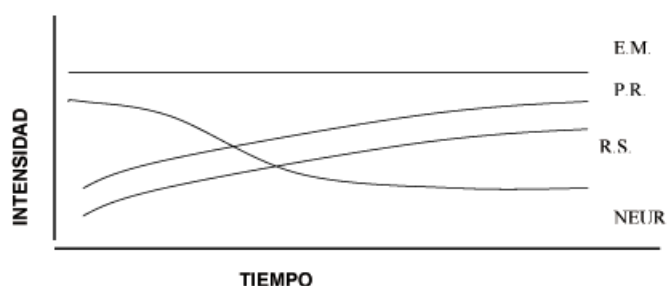
4. UN MODELO INTEGRADOR

La elección de estos modelos teóricos de referencia no hace sino subrayar la importancia de una comprensión multidimensional de la adicción a cocaína, así como de cualquier otro trastorno adictivo. Como puede observarse, se toman tres ejes de análisis e intervención: a) desde una perspectiva biológica, se trata de comprender las alteraciones que el cerebro sufre durante el trastorno adictivo; b) desde una perspectiva social, se estudia el ambiente que contextualiza las conductas de consumo de cocaína; y c) desde una perspectiva psicológica, se evalúan los procesos conductuales y cognitivos implicados en la adicción. En definitiva, como propuso Engel en su célebre trabajo de 1977²⁰, se adopta un punto de vista biopsicosocial en la comprensión de este trastorno mental.

Ahora bien, también es necesario integrar dicho enfoque ante los pacientes concretos que acuden a consulta, ya que la sola consideración de estos factores no aclara cómo han de articularse entre sí. En este sentido, se ha elaborado un modelo general que describe cual sería la intensidad de utilización de cada referente teórico a lo largo del tiempo de tratamiento, en un intento de interrelacionar dichos modelos.

Como puede observarse en la figura 2, los cuatro elementos se organizan dentro del mismo marco de intervención, aunque la intensidad de utilización de cada uno cambia a lo largo del tiempo. El enfoque de la relación terapéutica basada en los elementos de la entrevista motivacional se mantiene más bien constante a lo largo de todo el tratamiento. La intervención basada en la neurobiología de la adicción a la cocaína tiene un mayor peso en las etapas iniciales del tratamiento, en las que informar y educar sobre la naturaleza biológica del problema resulta más necesario. Posteriormente adquieren más peso los elementos dirigidos a reenfocar el estilo de vida, a variar los hábitos de conducta y a modificar los rasgos de personalidad más disfuncionales, que son aspectos más propios de la intervención con los modelos de prevención de recaídas y redes sociales.

Figura 2. Modelo integrador del tratamiento de la adicción a la cocaína.



E. M.: entrevista motivacional. P. R.: prevención de recaídas. R. S.: red social. NEUR.: neurobiología.

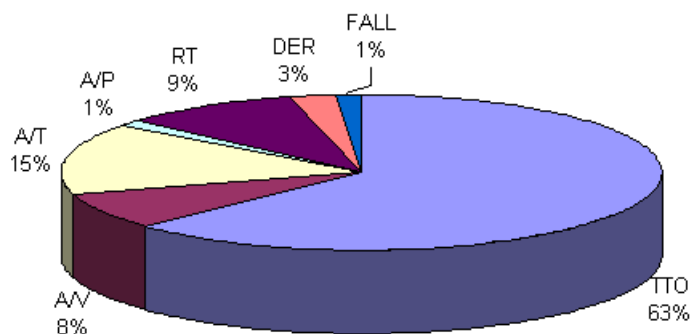
Hay que señalar que si bien esta descripción se puede adaptar a un tratamiento estándar, pueden hacerse variaciones en la intensidad de la intervención con estos elementos en función de las necesidades particulares de cada paciente.

5. EVALUACIÓN

En este apartado se presentan los resultados obtenidos con el modelo de intervención propuesto. Para ello se cuenta con un total de 75 pacientes adictos a la cocaína que acudieron a tratamiento a un programa ambulatorio situado en el Centro de Día Aldatu de la Fundación Proyecto Hombre Navarra durante el año 2001. La edad media de la muestra es de 29 años y son principalmente varones.

Los resultados obtenidos muestran que (figura 3) la mayoría de los usuarios del programa se mantienen en tratamiento a 31 de Diciembre de 2001 (47 sujetos, el 63%), habiendo recibido el alta terapéutica 11 casos (15%). Como puede observarse, los índices de abandono del tratamiento son reducidos (13 casos, el 17.3%), si tenemos en cuenta los que se producen en fases iniciales de la intervención (rechazo de tratamiento) más los que ocurren con el tratamiento ya avanzado (alta voluntaria).

Figura 3. Resultados del Programa de tratamiento para adictos a cocaína, año 2001.



TTO: continúan en tratamiento. A/V: alta voluntaria. A/T: alta terapéutica. A/P: alta parcial. RT: rechazo tratamiento. DER: derivación a otros recursos sociosanitarios. FALL: fallecido.

6. CONCLUSIÓN

El abordaje terapéutico integrado, es decir, la integración de aspectos biológicos, psicológicos y socioambientales, es lo que se considera actualmente como el abordaje de elección ²¹. En el tratamiento de las adicciones se hace imprescindible tener en cuenta la motivación e influir en ella por medio de la psicoterapia. Además, en sustancias que como la cocaína carecerían de síndrome de abstinencia físico fácil de observar, la intervención psicoeducativa cobra mayor importancia si cabe.

Tratamiento integrado, en fin, quiere decir que se enfocan el proceso terapéutico intentando abarcar toda la complejidad biopsicosocial de los consumidores problemáticos de cocaína, y por ello junto a la farmacoterapia se incluye la psicoterapia, los abordajes individual, familiar y grupal.

Parece claro que la mayor parte de consumidores problemáticos de cocaína pueden ser tratados eficazmente en programas ambulatorios, tan válidos como el tratamiento hospitalario y, por definición, más eficientes en términos de relación coste/beneficio.

Finalmente, no queda sino señalar que un abordaje terapéutico que comprenda y adapte diversos enfoques sobre la dependencia a la cocaína como a) la entrevista motivacional; b) la neurobiología de la cocaína; c) el trabajo con redes sociales; y d) la prevención de recaídas, puede representar una alternativa de tratamiento válida para estos pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior. New York: Guilford Press; 1991.
- (2) Rollnick S, Miller WR. ¿Que es la entrevista motivacional? RET 1996; 6: 5-9.
- (3) Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. [Cómo cambia la gente: Aplicaciones en los comportamientos adictivos](#). RET 1994; 1: 3-14.
- (4) Carroll KM, Lobby B, Sheehan J, Hyland N. Motivational interviewing to enhance treatment initiation in substance abusers: an effectiveness study. Am J Addict 2001; 10: 335-9.
- (5) Swanson AJ, Pantalon MV, Cohen KR. [Motivational interviewing and treatment adherence among psychiatric and dually diagnosed patients](#). J Nerv Ment Dis 1999; 187: 630-5.
- (6) Stotss AL, Schimitz JM, Rhoades HM, Grabowski J. Motivational interviewing with cocaine-dependent patients: a pilot study. J Consult Clin Psychol 2001; 69: 858-62.
- (7) Caballero L. Adicción a la cocaína: de la neurobiología a la clínica humana. Jano 2000; 2(1): 5-9.
- (8) Volkow ND, Fowler JS, Wang GH, Hitzemann R, Logan J, Schlyer DJ et al. Decreased dopamine D2 receptor availability is associated with reduced frontal metabolism in cocaine abusers. Synapse 1993; 14: 169-177.
- (9) Gawin FH, Khalsa ME, Ellinwood E. Estimulantes. En: Galanter MC, Kleber HD. Tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias Barcelona: Masson; 1997.
- (10) Wexler BE, Gottschalk CH, Fulbright RK, Prohovnik I, Lacadie CM, Rounsaville BJ, Gore JC. [Functional Magnetic Resonance Imaging of Cocaine Craving](#). Am J Psychiatry 2001; 158: 86-95.
- (11) Childress AR, Mozley PD, McElgin W, Fitzgerald J, Reivich M, O'Brien CP. [Limbic activation during cue-induced cocaine craving](#). Am J Psychiatry 1999; 256: 11-18.

- (12) Maas LC, Lukas SE, Kaufman MJ et al: [Functional magnetic resonance imaging of human brain during cue-induced cocaine craving](#). Am J Psychiatry 1998; 155: 124-126.
- (13) Pineda J, Torrecilla M. [Mecanismos neurobiológicos de la adicción a drogas](#). Trast Adict 1999; 1(1): 13-21.
- (14) Navarro J. Intervención en redes sociales de adictos. Rev Psicoter 1995; 5: 99-117.
- (15) Llitrà y Virgili E. Aproximación al concepto de apoyo familiar como variable en el tratamiento de las drogodependencias. Rev Esp Drogodepend 1999; 24: 336-368.
- (16) Broome KM, Simpson DD, Joe GW. The role of social support following short-term inpatient treatment. Am J Addict 2002; 11: 57-65.
- (17) Dobkin PL, De CM, Paraherakis A, Gill K. [The role of functional social support in treatment retention and outcomes among outpatient adult substance abusers](#). Addiction 2002; 97: 347-356.
- (18) Wasserman DA, Stewart AL, Delucchi KL. [Social support and abstinence from opiates and cocaine during opioid maintenance treatment](#). Drug Alcohol Depend 2001; 65: 65-75.
- (19) Marlatt GA, Gordon JR (eds.), Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: The Guilford Press; 1985.
- (20) Engel GL. [The need for a new medical model: a challenge for biomedicine](#). Science 1977; 196: 129-36.
- (21) Solé J. Tratamiento del consumo de cocaína. Integrando psicoterapia y farmacoterapia. Adicciones 2001; 13(2): 209-225.