



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y
SOCIALES

**Los factores sociales en el consumo y en la
recuperación de dependencia de sustancias: La cocaína**

Autor/a: Ainhoa Larena Martínez

Director/a: Ana Sion

Madrid

2021/2022

ÍNDICE

1. Introducción	3
2. Metodología	6
3. El consumo de cocaína.....	7
3.1. Origen y consumo de la sustancia.....	7
3.2. Forma de consumo y población con trastorno por uso de sustancias	7
3.3. Trastorno por consumo de sustancias psicoactivas.....	8
3.4. Efectos y consecuencias del consumo de cocaína	9
4. Análisis de los factores sociales desde la teoría ecológica.	13
4.1. Factores sociales de riesgo que influyen en el aumento y el mantenimiento de consumo de cocaína.	13
4.2. Factores sociales de protección que favorecen la recuperación.....	17
5. La importancia del apoyo social y los tratamientos psicosociales en la recuperación en el consumo de cocaína.	22
6. Conclusiones	25
7. Bibliografía	27

1. Introducción

El trastorno por consumo de sustancias afecta a 31 millones de individuos en todo el mundo (UNODC, 2018). Se trata de una cifra que nos informa sobre la elevada cantidad de personas que necesitarían iniciar un tratamiento para recuperarse de esta dependencia. La OMS estableció, en 2015, que cerca de 167.750 muertes fueron provocadas por trastornos debidos al consumo de drogas. En 2019 en España, el 60,3% de las muertes por estas conductas se produjeron por una reacción aguda a un consumo excesivo de cocaína, y en un 56,9% de los casos, combinadas con opioides (OEDA, 2020).

La adicción a sustancias, según la OMS (1994), tiene adscritas varias definiciones, destacando: La ingesta reiterada de una o varias sustancias, lo que provoca una intoxicación continua de la persona. Esta conducta afecta a aspectos físicos y psicoemocionales de los individuos, siendo su único objetivo la obtención de los estimulantes, mostrando una intensa necesidad y deseo de consumir.

El consumo habitual de cocaína y la reducción del consumo, viene determinado por una amplia variedad de factores (González-Galnares, 2005), entre los que destacamos como objeto de estudio de este trabajo, aquellos relacionados con el individuo y su contexto social. Dentro de los **factores personales** que influyen podemos encontrar el sexo, la edad, las habilidades sociales y comunicacionales, la autoeficacia y la búsqueda de aprobación social, entre muchos otros (Wesmoreland, 2015; Milanés et al., 2011). A su vez, existen **factores comunitarios**, como la relación del consumo con contextos de riesgo psicosocial, como conductas relacionadas con la delincuencia (Herrero, 2001; Harruff et al., 1988), la desorganización social y las condiciones vecinales en las que los usuarios se encuentren; **factores socioeconómicos**, como la pobreza y el desempleo (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2020); y finalmente, **factores políticos** como la creación de leyes, protocolos y programas para la prevención, control y disminución del consumo de drogas (Ssewanyana et al., 2018).

En la actualidad, se aprecian determinados tratamientos farmacológicos que pueden disminuir o paliar la sintomatología asociada a la dependencia de las sustancias psicoactivas, sin embargo, estos en ocasiones pueden resultar insuficientes. Los profesionales sanitarios cuentan con métodos para disminuir los síntomas derivados del

uso continuado y/o crónicos de cocaína, evitar los efectos producidos por la sobredosis, ayudar a reducir el deseo y la impulsividad en contextos de tratamientos dirigidos a la abstinencia, así como, detener convulsiones y restablecer la circulación sanguínea, tanto al corazón como al cerebro (NIDA, 2021) en situaciones clínicas agudas.

Es relevante mencionar la existencia de tratamientos terapéuticos, individuales y colectivos, dirigidos al proceso de desintoxicación del consumo de cocaína, mantenimiento de la abstinencia y ganancia de bienestar psicológico (Casete y Climent, 2008; González-Llona, 2015). Aunque estos tratamientos tienen una perspectiva biopsicosocial y tratan de responder a distintas dianas -aspectos relacionados con la abstinencia física y psicológica, manejo de contingencias, emociones, asertividad, etc.- sería interesante focalizar un poco más el interés en la importancia de determinados factores sociales en la recuperación como por ejemplo, la presencia de apoyo social, considerado un factor importante para reducir el efecto negativo de ciertos acontecimientos estresantes de la vida del sujeto (De la Revilla, Luna, Bailón y Medina, 2005).

Siguiendo con el hilo de la importancia de señalar el papel de distintos factores relacionados con el contexto y/o realidad psicosocial de los individuos, los problemas derivados del uso de sustancias podrían considerarse como una situación de riesgo para las personas que lo sufren. Antes o después de este proceso, los individuos que los padecen podrían encontrarse en cierta situación de vulnerabilidad. Según Wisner, Blaikie, Cannon y Davis (2004) la **vulnerabilidad** es la situación de riesgo en la que se encuentran determinadas personas o colectivos, debido al cúmulo de características que les impide anticiparse o responder adecuadamente frente a un estado intimidante.

En el contexto de la salud y adicciones, es más conveniente hablar de **vulnerabilidad psicosocial** que sufren ciertas personas como una manera de referirse a una mayor probabilidad de exposición a relaciones o situaciones, que supongan un peligro a su salud, una enfermedad y/o el consumo de sustancias u otras adicciones. Esta vulnerabilidad psicosocial es importante para observar y atender cómo influye el contexto en el que se encuentra el sujeto que consume. García del Castillo (2015) propone ciertos factores de riesgo, que suelen manifestarse en personas con un consumo activo de

cocaína, como: el bajo nivel de percepción de riesgos; las escasas habilidades y estrategias de afrontamiento; el reducido y debilitado uso de las funciones ejecutivas; la inteligencia emocional y los procesos de identificación de grupos. Estos factores de riesgo deben de tenerse en cuenta en el momento de trabajar con personas con dependencia de sustancias que buscan su recuperación.

Además, no podemos olvidarnos de mencionar el importante papel que tiene el **apoyo social**. Éste es definido como la acción por la que una persona, unidad social o los miembros de una comunidad, otorgan ayuda, actitud positiva, protección y confianza a otra persona que lo necesite, provocando un resultado positivo de salud física y psicológica (Kaboli y Kiani, 2018). Dobkin et al. (2002), concluyeron que las personas que consumen y cuentan con un fuerte apoyo social, tienen una mejor adhesión al tratamiento, su recuperación es mejor al reducirse su necesidad de consumo. Además, el apoyo y la ayuda por parte de los compañeros supone un aumento de la calidad de vida y la capacidad de afrontar situaciones adversas (Van Melick et al., 2013).

Dentro de este concepto distinguimos dos clasificaciones: a) el apoyo **estructural** o referido al número de personas que forman parte de la red de apoyo del sujeto; y el **funcional** o percepción que tiene el sujeto de disponibilidad y calidad del apoyo que se le ofrece. Y b) el apoyo **formal**, otorgado por los profesionales o las instituciones de la salud; y el apoyo **informal**, concedido por la familia o personas cercanas al sujeto. (Pizarro, 1998).

A la hora de hablar de la recuperación por la adicción a la cocaína, y teniendo en cuenta la importancia de las relaciones interpersonales en la conducta, pensamiento y emociones de las personas, cabe destacar la **Teoría Ecológica, postulada por Bronfenbrenner & Morris (1988)**.

En esta teoría, los autores determinan que para que un sujeto se desarrolle de forma adecuada, se necesita una intercomunicación, conexión y participación de todos los sistemas en los que la persona se haya. Para conseguir un mayor conocimiento y comprensión del consumo llevado a cabo por una persona, se deben de analizar y estudiar los entornos en los que se localiza, ya que, cualquier suceso que tenga lugar en las diferentes esferas en las que se encuentra inmerso (microsistema, mesosistema,

exosistema, macrosistema y crono sistema) van a tener una influencia directa en este. La investigación del consumo a través de diferentes estudios ecológicos y en especial a través de la Teoría Ecológica, nos ayudará a establecer los factores de riesgo y de protección con los que cuenta el sujeto a distintos niveles, evitando poner el foco en la persona afectada y redirigiéndolo a otros acontecimientos relevantes que se alejan de él (Scoppetta et Ortiz-Garzón, 2021).

2. Metodología

El objetivo principal de este trabajo era elaborar una investigación bibliográfica, descriptiva, y documental sobre la repercusión que tiene el consumo de cocaína sobre los individuos, los factores sociales que se ven afectados y aquellos que son esenciales en la recuperación de la dependencia. Para ello, se ha llevado a cabo una exhaustiva búsqueda bibliográfica sobre la cocaína, los efectos que produce, la cifra de consumo y los factores sociales que influyen en su consumo y recuperación, a través de diferentes bases de datos, con el fin de poder definir y determinar qué es lo que esta sustancia provoca en el individuo y su entorno social; siendo a su vez igual de importante la búsqueda de aquellos factores de riesgo y de protección que se deben trabajar en los diferentes sistemas (a nivel micro, exo y macro).

Las bases de datos empleadas han sido Google Scholar, Medline, Pubmed, Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Red de Atención de Adicciones, Revista versión online: Adicciones y otras páginas internacionales como la Organización Mundial de la Salud, Instituto Nacional del abuso de drogas y Naciones Unidas.

Dentro de las claves de búsqueda empleadas destacan: “sustancias psicoactivas”, “vulnerabilidad”, “adicciones”, “reinserción social”, “consumo”, “abstinencia”, “efectos secundarios”, “cocaína”, “factores sociales” y “modelo ecológico”.

Para la realización del presente trabajo, se ha recopilado un total de 44 artículos académicos. En estos se ha obtenido información que ha permitido esclarecer los efectos que esta droga produce, tanto a largo como a corto plazo, no solo en el sujeto sino en su entorno; y, establecer todos los factores a en cuenta en la intervención y tratamiento

psicológico de la persona en recuperación por adicción a la cocaína. Por otro lado, se ha contado con información objetiva, por parte de numerosos informes, guías y observatorios, realizados por diferentes asociaciones y el Ministerio de Sanidad, que han aportado veracidad sobre la problemática del consumo de cocaína y el contexto social en el que se produce.

3. El consumo de cocaína

3.1. Origen y consumo de la sustancia

Según el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIH) (2020), la cocaína, o también coloquialmente denominada “coca, dama blanca, nieve o talco”, es una **sustancia psicoactiva** (SPA), adictiva y estimulante, creada a partir de las hojas de la planta de coca, procedente de América del Sur.

Se trata de una droga, cuya presencia en forma de clorhidrato de cocaína se ha ingerido desde hace más de cien años, llegando incluso a utilizarse, a principios del siglo XX, como medicamentos para aliviar enfermedades (NIH, 2016). Uno de los grandes autores de la psicología, Sigmund Freud, la empleaba en 1880 como parte del tratamiento para disminuir el alcoholismo, nerviosismo, la depresión, la adicción a la morfina e incluso para la disminución del asma; aunque acabó por admitir los graves efectos secundarios de ésta, como la aparición de delirios, pérdida del control y paranoia (Freud, 2006). En España, su consumo es legal hasta 1944, momento en el que comienza a ser considerada ilegal, tipificándose como delito su venta, tráfico y consumo (Herrero, 2001).

3.2. Forma de consumo y población con trastorno por uso de sustancias

El Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) realiza en 2020 un informe, en base a la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES), llevada a cabo en 2018, en la que establece que la segunda droga ilegal que más se consume en España es la cocaína (en polvo/o base), cuya adquisición y consumo ha aumentado con respecto a 2017. Este mismo estudio confirma que en torno a 61.000 personas de entre 15 y 64 años consumieron cocaína en ese mismo año.

Según la Red de Atención a las Adicciones (UNAD), que reúne aproximadamente a unas 200 organizaciones y asociaciones que trabajan para paliar las adicciones, en 2019 la mayoría de las personas que fueron atendidas por sus recursos consumían principalmente cocaína. El 31% eran hombres, porcentaje ligeramente elevado en comparación con las mujeres que se atendieron (27%). Lo mismo sucede en los menores de dieciséis años, en los que el consumo es mayor en varones (4,4%), frente a las mujeres (1,7%) (OEDA, 2020).

A la hora de hablar de dependencia a esta sustancia, debemos de tener en cuenta que hay un mayor riesgo de adicción cuando el consumo se produce por vía intravenosa o se fuma (González-Llona, 2015).

3.3. Trastorno por consumo de sustancias psicoactivas

El término **adicción**, según el DSM-5 (APA, 2013), aparece incluido en los Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. Estos son definidos como el conjunto de síntomas conductuales, físicos y cognitivos que nos informan de que la persona mantiene un elevado consumo de sustancias psicoactivas. Para poder diagnosticar el trastorno por consumo de cocaína (304.20, F14.20) es necesario que en los sujetos se cumplan, durante al menos doce meses, tres o más de los criterios establecidos (APA, 2013), entre los que destaca el deseo intenso de consumo, ausencia de control, síntomas de abstinencia tras el cese de la ingesta o la disminución en el interés por otras actividades diferentes.

González- Galnares (2005) determina que todo individuo que padece un trastorno por consumo de cocaína transita por cinco estadios de manera progresiva hasta llegar a la adicción. Las fases establecidas son una forma de determinar el tipo de consumo según la cantidad de cocaína consumida, sin embargo, en la actualidad, aunque es un criterio para considerar, toma más relevancia la forma de relacionarse con la sustancia (NIH, 2021). Los estadios establecidos por González-Galnares (2005) son:

1. **Consumo episódico.** Consumo puntual de cocaína. Es la fase en la que el sujeto por curiosidad o presión social decide consumir por primera vez esta droga.

2. **Consumo esporádico.** Momento en el que el consumo se produce ocasionalmente para buscar nuevas sensaciones. Se trata de un punto decisivo que puede llegar al abuso.
3. **Consumo los fines de semana.** El número de veces se incrementa entre uno y tres días por semana y asociado al ocio nocturno. En esta fase, la actividad sin la droga pierde aliciente.
4. **Consumo habitual (o abuso).** Estadio en el que la cocaína comienza a tener un papel prioritario en la vida del individuo. El consumo suele producirse con una elevada frecuencia (de dos a tres veces por semana) y comienzan a producirse repercusiones físicas y psicológicas.
5. **Consumo diario (o adicción).** Consumo diario de grandes cantidades de cocaína. Tiende a suponer una separación con los lazos sociales y los posibles apoyos. El principal objetivo en su vida es la búsqueda y el consumo, siendo incapaces de soportar la abstinencia. Presencia conjunta con comportamientos de riesgo.

3.4. Efectos y consecuencias del consumo de cocaína

Las SPA son sustancias que provocan cambios en el humor, en el curso y contenido del pensamiento, y en el comportamiento de las personas. Dentro de ellas encontramos una clasificación de tres tipos: a) las sustancias que activan el sistema nervioso central, entre las que se encuentra la cocaína y las anfetaminas; b) las sustancias que deprimen el sistema nervioso central, como el alcohol y las benzodiazepinas; y finalmente c) las alucinógenas, como el LSD (Dietilamida del Ácido Lisérgico), la ketamina o el cannabis (Madrid Salud, 2016).

La cocaína, como la mayoría de las sustancias de abuso o conductas que provocan adicción, produce a nivel fisiológico y bioquímico un aumento del nivel de dopamina en el cerebro. Este neurotransmisor influye en el control de movimiento y la recompensa (Corominas et al, 2007). El efecto es el de una acumulación de esta sustancia en el espacio intersináptico, lo que provoca mucha cantidad de dopamina en el circuito de gratificación del cerebro, reforzando y manteniendo la conducta de consumo de cocaína. Desde el punto de vista psicológico, provoca **emociones positivas** o de **placer**

de forma inmediata, lo que sirve de **refuerzo** para que el sujeto continúe consumiendo y obteniendo la sensación de placer (Valladares, 2020).

La conducta adictiva suele implicar el consumo del total de la droga de la que se dispone, con el objetivo de que el estado de activación y euforia se mantenga el máximo tiempo posible. El sujeto a menudo realiza lo que se denomina como *binge* o atracón de cocaína, dificultando el control de las dosis que consume (Royo-Isach et al., 2005). Este consumo prolongado acaba dando como resultado un constante *craving*, o deseo intenso de consumo de cocaína tras un periodo de abstinencia, lo que prácticamente impide la disminución de su uso (Sánchez-Hervás et al, 2001).

Según el Instituto Nacional del Abuso de Drogas (NIH, 2020), los **efectos negativos** para la salud que provoca el consumo reiterado de esta sustancia dependen del tiempo que el sujeto lleve ingiriéndola. A continuación, se muestra una clasificación de los posibles efectos negativos que pueden darse por el consumo de cocaína, teniendo en cuenta la variable tiempo de consumo:

a. Los efectos inmediatos del consumo

De forma inmediata, se aprecian **efectos fisiológicos** como el aumento de la temperatura corporal; la dilatación de las pupilas; una elevación del nivel de activación y energía; taquicardia, temblores y disminución de los vasos sanguíneos (Tanen y cols., 2000); alteración sensorial de la visión, tacto y oído; y posibles náuseas.

Dentro de los **efectos comportamentales** destaca la posible aparición de conductas agresivas, con una elevada irritabilidad (Goldstein et al., 2002). Y finalmente, los **efectos psicológicos**, que recogen la sensación de euforia; paranoia o desconfianza; extrema felicidad; ansiedad; cambios bruscos del estado de ánimo; y alteración del juicio, lo que puede llevar a los usuarios que la consumen a realizar acciones irresponsables que pongan en peligro su integridad física y la de terceros (Lisazoain, 2001; San Juan-Sanz, 2019).

b. Los efectos negativos a largo plazo

Dentro de los **efectos psiquiátricos** destacan la posibilidad de sufrir una serie de síntomas clínicos como episodios psicóticos, las ideas delirantes paranoides, ansiedad y diversos tipos de fobias (González-Llona et al, 2015). Cabe destacar que una de las posibles consecuencias clínicas más características en los consumidores de cocaína es la psicosis paranoide; entre el 53 y el 68% de adictos sufre esta situación, entre los cuales, son predominantes los varones (Casete y Climent, 2008).

También se suelen encontrar diversos **déficits en las funciones ejecutivas**, entre las que se ven especialmente afectadas la inhibición, la memoria de corto plazo, la velocidad de procesamiento, la planificación, la toma de decisiones, y la capacidad de abstracción (Mádoz y Ochoa, 2012; Flores y Fernández-Espejo, 2011). Por otro lado, existe un grave riesgo de sufrir partos prematuros y nacimientos de bebés con dificultades de crecimiento (Richardson et al, 2007). De la misma forma, se han observado complicaciones cardíacas, neurológicas, respiratorias, y problemas gastrointestinales (Balcells, 2001).

Tras el **cese del efecto de la cocaína en el cuerpo** se producen sensaciones de fuerte cansancio e incluso tristeza, coloquialmente conocido como el “bajón”, que puede llegar a durar varios días, se puede dar un aumento de la ingesta de alimentos, dificultad para dormir, y bradicinesia o movimientos corporales lentos (Casete y Climent, 2008). Estos efectos posteriores al consumo suelen ir unidos a una gran necesidad de volver a tomar la sustancia.

c. Los efectos negativos dentro del ámbito social

La Asociación Proyecto Hombre (2018) establece que el consumo de SPA puede llegar a originar la pérdida de importantes vínculos sociales como la familia, pareja y amigos. En relación con este hecho, el consumo de sustancias, en general, lleva a una progresiva pérdida de interés en realizar otro tipo de actividades sociales u aficiones, lo que produce una mayor separación del individuo de su entorno más cercano.

Además, el déficit en las funciones ejecutivas, que anteriormente se ha nombrado, puede influir en un deterioro social, al darse problemas para el reconocimiento facial,

producir altas puntuaciones en impulsividad, síntomas negativos constantes (apatía, anhedonia, aislamiento, pérdida de la motivación, entre otros) y dificultades en la elección de opciones o alternativas ante diferentes situaciones (Ramos-Cejudo e Iruarrizaga, 2009).

Por otro lado, González- Galnares (2005) establece que los efectos de desinhibición y euforia podrían motivar un aumento de prácticas sexuales de riesgo para los que consumen cocaína, lo que puede ocasionar repercusiones sobre su persona y terceros con los que interactúan.

Adicionalmente, diversos estudios confirman que el consumo de cocaína se puede relacionar con conductas violentas. Esbec y Echeburúa (2016) establecen que dicho consumo correlaciona de forma directa con una respuesta de elevada agresividad e impulsividad, aumentando la probabilidad de cometer delitos de carácter violento e imprudentes. Según el estudio de Harruff et al (1988) el 39% de los homicidios que se produjeron en una zona específica de Estados Unidos los autores estaban bajo los efectos de la cocaína.

Para finalizar, Ochoa y Madoz (2008) determinaron que el 12% de personas que trabajan en una empresa había consumido cocaína en los últimos doce meses, y el 7,5% en el último mes. En el mismo estudio se estableció que dicho consumo producía dificultad para realizar tareas de atención, disminución de la concentración, un mayor absentismo laboral, y el aumento de la probabilidad de causar accidentes durante la jornada laboral.

A la hora de intervenir con sujetos dependientes del consumo de cocaína, es relevante conocer qué efectos se producen a corto y largo plazo y destacar la importancia del entorno social, para poder evaluar y tener en cuenta la seguridad del paciente en todo momento. De esta forma, se va a poder analizar detenidamente las causas o factores sociales que están influenciando en el consumo de cocaína y que perjudican su salud. A través del análisis exhaustivo de los factores sociales de riesgo y de protección se puede iniciar el tratamiento del sujeto para el cese del consumo, de una forma más rigurosa.

4. Análisis de los factores sociales desde la teoría ecológica.

Según la Teoría Ecológica, postulada por Bronfenbrenner & Morris (1988) (Anexo, Ilustración 1), para que un sujeto se desarrolle de forma adecuada es necesaria la intercomunicación, conexión y participación de la persona y su entorno. Esta teoría establece que los factores y acontecimientos que tienen lugar en las diferentes esferas, en las que se encuentra inmerso el sujeto consumidor, influyen directamente en la conducta que éste realiza. El modelo permite abordar la gran suma de factores que influyen en el consumo de cocaína.

Para el interés del presente trabajo son de especial importancia: a) el *microsistema*, donde tienen lugar acontecimientos que influyen de forma directa en el individuo, y que suponen roles y personas importantes para la persona (como la familia o los iguales); b) el *mesosistema*, o las relaciones que mantienen los sistemas donde el individuo participa de forma activa; c) el *exosistema*, que está constituido por los entornos del sujeto con los que no tiene una interacción directa pero influyen sobre él (como las redes sociales o el trabajo de los padres); y d) el *macrosistema*, o el conjunto de leyes, reglas, valores, medios de comunicación, etc. de la sociedad en la que se encuentra la persona con el problema de consumo (como los recursos y normas de las instituciones de rehabilitación o la legislación de sanidad) (Bronfenbrenner & Morris, 1988; Torrico et al., 2002).

4.1. Factores sociales de riesgo que influyen en el aumento y el mantenimiento de consumo de cocaína.

Para poder comprender el aumento del consumo de cocaína y su mantenimiento en el tiempo es necesario trabajar desde una visión biopsicosocial, con múltiples factores y con la colaboración de profesionales de diversas especialidades; siempre teniendo en cuenta el contexto personal, social y cultural de los individuos.

a. *Microsistema*

A continuación, se exponen un resumen de la información bibliográfica disponible sobre una serie de factores de riesgo que tendrían lugar en el **Microsistema** y que podrían influir en el consumo, provocando un aumento y perduración en el tiempo.

La UNODC, en 2018, determina que el inicio del consumo de sustancias se puede relacionar con ciertos factores de riesgo que conllevan un aumento de la vulnerabilidad hacia al consumo como: los **problemas de salud mental** en el entorno del sujeto; el mantenimiento de **relaciones importantes** para el sujeto con personas con un elevado consumo; un entorno escolar conflictivo; la necesidad de la persona de **experimentar sensaciones** intensas, excitantes y estimulantes (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2020); y la inexistencia de **figuras de apego** apropiadas, o la ausencia de un apego seguro durante la infancia (García del Castillo, 2015). Por otro lado, Santonja et al. (2010), añade las **pérdidas** laborales y las rupturas familiares.

La **carencia de habilidades sociales y de comunicación** dentro de la familia puede llegar a provocar un fuerte malestar, lo que podría ocasionar distanciamientos, ausencia de comunicación, faltas de respeto e incapacidad de llegar a un acuerdo (Milanes et al., 2011). Estas situaciones pueden aumentar la vulnerabilidad psicosocial frente al consumo en determinados miembros (Rodríguez-Espínola y Bonfiglio, 2017), sobre todo en adolescentes (Chaves et al., 2013).

Chaves et al. (2013) encontraron que las personas que han sido testigos de numerosos altercados, con **elevada agresividad** entre sus **progenitores** o tutores, tienen un mayor riesgo de consumir sustancias como la cocaína. Siguiendo su línea, García del Castillo (2015) establece que la presencia de traumas en la infancia, como pueden ser situaciones de abuso o ausencia de cuidados sobre el menor, y violencia intrafamiliar (Mendoza y Vargas, 2017), pueden incitar al inicio de consumo de dicha sustancia. En estos casos, consumir cocaína puede suponer una forma de evasión del malestar provocado por el mal funcionamiento en la familia, al no contar con las estrategias de regulación y de afrontamiento para esa situación.

Continuando con los factores sociales que **mantienen el consumo**, la Asociación Proyecto Hombre (2020) calcula que la mayoría de las mujeres con problemas de adicción, viven independizadas. Y entre ellas, un 12,1% se hace cargo de sus hijos. Esto provoca un **menor apoyo de la red familiar**, seguida de una enorme **carga económica y laboral**, creando una situación de vulnerabilidad socioeconómica y riesgo de exclusión social para estas mujeres. Además, manifiestan que más de la mitad de las personas que

acuden en busca de tratamiento a Proyecto Hombre, presenta una elevada **conflictividad en su entorno social**, de los cuales un 56,3% mantiene problemas con la pareja; entre el 4,7% y el 50,1% lo tienen con los progenitores; el 42,2% con los hermanos; y en un porcentaje menor se mantienen conflictos en el trabajo (23,2%) y con el grupo de iguales (25,6%).

Por último, dentro del microsistema, son primordiales **las relaciones con el grupo de iguales**, sobre todo en los adolescentes (Scoppetta y Ortiz-Garzón, 2021). Pérez (2011) determina que la **presión** y la influencia, por parte del grupo, y el efecto que provoca el **aprendizaje social**, facilitan el consumo. El sujeto manifiesta una fuerte necesidad de ser aceptado y reconocido socialmente y es a través de las relaciones con las personas como se logra la **identificación personal**. El grupo de pares es una fuente directa que favorece conductas y actitudes oportunas para el consumo. Ello unido a la ausencia de **habilidades para resistir la presión**, por parte del individuo, aumenta la probabilidad de que éste realice conductas aprobadas y alabadas por el grupo (Marino et al., 2005).

b. Mesosistema

En el momento de analizar las relaciones de los sistemas en los que participa activamente el sujeto, únicamente se ha hallado que la ausencia de comunicación entre los progenitores y otro posible factor, como la escuela, suponen una influencia negativa sobre el individuo que consume (Scoppetta et Ortiz-Garzón, 2021).

c. Exosistema

González- Galnares (2005) establece una serie de factores de riesgo relevantes que tienen lugar a niveles superiores al individual, donde el sujeto no participa de forma activa, pero que afectan de forma directa en él, es decir en el Exosistema. Dentro de estos encontramos:

1. El **aumento de la accesibilidad y la presencia de cocaína** en la vida cotidiana como el principal factor. La presencia de ésta en lugares de diversión nocturna y dentro del núcleo familiar de la persona aumenta el riesgo de consumo (Ochoa y Mádoz, 2008). Este hecho, unido a la ausencia de habilidades comunicativas, aumenta el riesgo a que se consuma (Navarro y Megías, 2005). Los mismos autores, establecen que existen

determinadas características en el entorno laboral que pueden aumentar el riesgo de comenzar a consumir cocaína. La concurrencia de esta droga en **nuevos contextos** ha provocado la “normalización” de su consumo, dejando de estar únicamente presente en colectivos marginados (González- Galnares, 2005).

2. Provoca efectos que permiten un **funcionamiento normal**, o al menos, esa es la percepción social de esta sustancia. Lo que supone un aumento de su consumo y una alta sensación de control al ingerirla. De la misma forma, los efectos son considerados, en su mayoría, positivos en el día a día (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2020).
3. Por otro lado, González- Galnares (2005) destaca el aumento de diversas formas de consumirla, ya que, con el paso del tiempo, se han ido creando nuevas formas de presentación de la cocaína, siendo capaz de satisfacer a un mayor número de personas con diferentes preferencias de consumo. Asimismo, hace referencia **al cambio del perfil del consumidor**, aumentando el grupo de población con edades comprendidas entre 15 y 17 años y jóvenes adultos (OEDA, 2020).
4. Por último, según Westmoreland (2015), la **situación económica y social del vecindario** en el que el sujeto vive influye en el consumo; en particular, si se da un contexto de desorganización social del barrio se incrementan las probabilidades de consumo en sus integrantes.

d. Macrosistema

Desde un enfoque macrosistémico, el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2020) reconoce que un elevado **índice de pobreza** puede provocar el inicio o mantenimiento del consumo de SPA.

Por otro lado, Chávez et al. (2013) determinan que el riesgo de consumo de cocaína aumenta cuando existen, al mismo tiempo, **reglas externas** que lo prohíben a distintos niveles (familiar, escolar, cultural, político, etc.); y una **identidad a favor de las SPA y del consumo**. La correlación directa de estas dos situaciones implica que las normas a nivel macrosocial (leyes, multas, etc.) no suponen un factor de riesgo para aquel sujeto que percibe el consumo como algo positivo y beneficioso; lo que provoca una respuesta en el sujeto a seguir sus creencias y valores por encima de cualquier regla impuesta o establecida a nivel social. Asimismo, para estos autores, el sistema legal y

cultural no influyen de forma directa en el consumo de cocaína, sino que es el **sistema de regulación moral de cada persona** lo que actúa como factor de protección. Es decir, el riesgo de consumo de cocaína es menor cuando una persona actúa según sus propias normas.

A su vez, Proyecto Hombre (2020), analiza y considera la **ausencia de empleo y educación**, como una variable en correlación con el aumento y mantenimiento del consumo. En su estudio determinan que, de la población atendida en 2020, el 52% no presentaba estudios superiores a la ESO, siendo el 21,3% de los atendidos personas que no han recibido ningún tipo de formación y enseñanza. Por otro lado, y en su minoría, el 10,4% de las personas que acudieron habían concluido sus estudios universitarios. Estas cifras nos sitúan en un contexto donde las oportunidades de alcanzar empleos adecuados y salarios que permitan una calidad de vida óptima son reducidas. El **aumento del tiempo libre**, provocado por la ausencia de empleo, aumenta la posibilidad de comenzar el consumo o de que se produzca una recaída (Rodríguez-Kuri y Fernández-Cáceres, 2014).

Es crucial tener en consideración la normalización e incitación al consumo en los **medios televisivos** y la influencia que tienen sobre la población (Berruecos, 2003); así como las **condiciones sociales** en las que se encuentran las poblaciones de riesgo de consumo (Scoppetta y Ortiz-Garzón, 2021).

Desde un punto de vista más lejano: Alexander (2001) establece que el riesgo de consumo se produce por los fenómenos de **globalización** y por el desarrollo de una sociedad individualizada y centrada en el placer, que aliena a la población. Ante esa monotonía y alineamiento, se buscan nuevas formas de combatir el aburrimiento a través de los SPA. Otros autores, como Saiz-Galdós (2007), establece que el **lugar geográfico** que ocupa España es una puerta estratégica para el mercado de cocaína en Europa, lo que genera la presencia de grandes cantidades de esta droga en su territorio, aumentando las probabilidades de consumo.

4.2. Factores sociales de protección que favorecen la recuperación.

Para poder lograr una abstinencia completa y determinar que la recuperación se ha producido, es necesario que se den factores de protección que lo permitan.

Continuando con el modelo ecológico, podemos establecer de nuevo una división de los factores sociales que protegen al individuo en tratamiento y favorecen su recuperación.

a. Microsistema

A la hora de hablar sobre el entorno más cercano de la persona en proceso de rehabilitación por consumo de cocaína, se vuelve esencial la existencia del **apoyo social** por parte de familiares, amigos, pareja, asociaciones o profesionales, entre muchos otros (Rodríguez-Espínola y Bonfiglio, 2017; Garmendia et al., 2008). Es considerado como un **elemento favorecedor de la abstinencia, que limita la posibilidad de recaídas tras seis meses de tratamiento** (Ellis et al., 2004; Garmendia et al., 2008).

A su vez, Saiz-Galdós (2007) establece la necesidad e importancia de abordar y modificar el contexto social del sujeto, una vez comenzada la rehabilitación; siendo insuficiente para la recuperación, el simple cambio de actitudes, valores y comportamientos. De esta forma, los contextos en los que se inicia el consumo, así como **las conexiones sociales y el entorno socioeconómico en los que se mantiene el uso de la cocaína deben ser modificados**, y transformados por otros en los que no se normalice el consumo (Rodríguez-Kuri & Fernández-Cáceres, 2014).

La trascendencia del entorno del sujeto no debe hacernos olvidar la continua necesidad de trabajar con él, tanto en su recuperación individual, como en la social. El objetivo de esta intervención paralela es transformar la **imagen creada sobre el consumo de cocaína**, y fomentar la búsqueda de una posición social y condición de vida óptima. Además, es imprescindible la **creación y mantenimiento de nuevos lazos dentro de la sociedad**, que influyen de forma directa en la autoestima del sujeto, dando como resultado un efecto protector que ayuda a la persona a prevenir situaciones estresantes, regula las consecuencias y mejora los sentimientos sobre sí mismo (Borchardt, 2017).

Debemos de concienciarnos de que los problemas de consumo no sólo provocan graves consecuencias en la persona que las ingiere, sino también en las personas que rodean al consumidor (López- Torrecillas et al., 2003). **La familia**, se convierte en **uno de los principales factores sociales de protección** (Shepherd et al. 2008, Garmendia et al., 2008). Si presenta relaciones seguras, es capaz de proporcionar al individuo amparo

y cuidado, alta autoestima, sentido de vida, permanencia en el sistema educativo y desarrollo de resiliencia (Rodríguez-Kuri & Fernández-Cáceres, 2014).

Es igualmente relevante, la capacidad de **crear una nueva red social con un grupo de iguales** que no consuman. De la misma forma que un grupo de amigos consumidores potencia el consumo, un grupo de amigos no consumidores, que realizan otro grupo de prácticas saludables, supone una protección para el sujeto (Otero et al., 2001).

Durante el proceso de deshabitación es importante atender aspectos y necesidades sociolaborales, con el fin de adoptar y mantener un estilo de vida adecuado con el que prevenir la recaída (Casete y Climent, 2008). El **trabajo** es uno de los principales ámbitos por el que la persona, en proceso de recuperación, tiene la oportunidad de anclarse y vincularse a la sociedad. Tener un **empleo** otorga la ocasión de **modificar el contexto de consumo por uno de responsabilidad**, en el que aumentar la red laboral, sus conocimientos, y adquirir habilidades y aptitudes laborales. La consecución de un empleo aporta un nuevo significado personal, modificando la visión de uno mismo, dejando de verse como alguien que necesita ayuda de los demás para verse como alguien que puede aportar y dar cosas a la sociedad (Shepherd et al., 2008).

En la actualidad, una de las formas de promover y apoyar la recuperación es a través de la **intervención y relación de personas que ya han pasado por la misma situación** de consumo de cocaína. Diversos autores reconocen el efecto positivo que genera, en la persona en rehabilitación, el poder mantener relaciones, recibir consejos y apoyo por parte de personas que han consumido y han logrado una total recuperación (Shepherd, 2008). Este contacto, puede hacer que el sujeto se adhiera mejor al tratamiento, acelere la recuperación y muestre un cambio de comportamiento y de roles importante (Vergara, 2013).

Sánchez-Hervás y Llorente Del Pozo (2012), establecen que un funcionamiento adecuado de la vida social, como estar casado, tener un buen empleo o nivel educativo generan una mejor adherencia al tratamiento y suponen una disminución de las recaídas.

b. Mesosistema

En cuanto a los factores dentro del mesosistema, es importante contemplar el flujo de información que se produce entre los diferentes sistemas (Bronfenbrenner & Morris, 1988):

Dentro de éste, es importante la interacción y el trabajo entre los **profesionales sanitarios y la red natural del sujeto**, lo que Repper et al. (2007) denominan *cooperación en el cuidado*. En esta cooperación, uno de los primeros pasos para ofrecer apoyo es entender la situación de la persona y los retos que deben afrontar durante el proceso de recuperación (Torrìco et al, 2002). Se debe de enseñar a los cuidadores a escuchar y dar el apoyo, comprendiendo su experiencia (Ellis et al., 2004); y a potenciar la realización de conductas saludables como el seguimiento de dietas, instrucciones o cuidados dadas por el personal sanitario (Vergara, 2013).

En estos casos, se debe de tener en cuenta que las personas del entorno de los afectados suelen reducir su vida al cuidado del consumidor, dejando de lado ámbitos importantes de su vida e identidad (círculos sociales, trabajo o actividades satisfactorias) (Shepherd et al. 2008). Los servicios de salud mental deben de **ofrecer ayuda, tanto a los usuarios como a las personas del su entorno** para que la recuperación sea efectiva; se cree un sentido de lo ocurrido; y puedan reorientar sus vidas a nuevas oportunidades. Asimismo, los cuidadores deben, poco a poco, volver a centrarse en sí mismos y lograr su propia recuperación (Shepherd et al. 2008; Torrìco et al., 2002).

Esta **colaboración profesional-familiar** podrá beneficiar, tanto al usuario como a la persona de apoyo, a adaptar sus vidas a los cambios que se están produciendo. De la misma forma, la relación familia-grupo de iguales favorece el conocimiento de la situación del sujeto en común y las medidas que se deben de tomar para ayudarle (Vergara, 2013).

Como ya se ha comentado, el apoyo social es un factor protector y favorecedor. Sin embargo, en determinadas situaciones puede llegar a producir obstáculos en la recuperación por consumo de sustancias. Zapata (2009) establece que **la inexistencia de la familia, la negativa de ésta para participar en el tratamiento, la presencia de**

problemas de consumo o trastornos mentales en el núcleo familiar, y el rechazo del entorno social, son limitaciones, que generan dificultades en los sujetos en el momento de abandonar el consumo de cocaína.

Para evitar esas situaciones, la UNODEC, en 2018, establece una serie de factores que deben de potenciarse para evitar una recaída en la persona consumidora de cocaína, como la **supervisión por profesionales de las personas cercanas** a los sujetos consumidores que participen de forma activa en su proceso de rehabilitación (Sánchez-Hervás y Llorente Del Pozo, 2012); mejora de la salud neurológica de los pacientes (Flores y Fernández-Espejo, 2011); la inclusión social del individuo; y la participación de los menores en un ambiente educativo de calidad (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2020).

c. Exosistema

Cuando hablamos de los factores de protección que influyen al sujeto desde el exosistema, debemos poner el foco de atención en el buen **funcionamiento interno de las instituciones, asociaciones y recursos** de rehabilitación para que el servicio que presten sea el adecuado. En general, Torrico et al. (2002) recomiendan prestar atención e incidir sobre los valores, los objetivos y la estructura de éstas, para poder asegurar a los usuarios y familiares una atención óptima.

d. Macrosistema.

Torrico et al. (2002), comentan lo imprescindible que es, para que la recuperación de los usuarios sea adecuada, la transformación en la esfera macrosistémica. Estos autores mencionan aspectos como el **desarrollo de una conciencia moral y una cultura sin el consumo**; la aprobación de **leyes y protocolos** que mejoren la vida de los consumidores; la **mejora de la sanidad y el servicio** que ofrece; el desarrollo de una actitud cordial y de inclusión por parte de la sociedad; y una mayor prevención del consumo y **promoción de la salud** a través de los **medios** de comunicación.

5. La importancia del apoyo social y los tratamientos psicosociales en la recuperación en el consumo de cocaína.

5.1. La recuperación.

La recuperación es entendida como el proceso idiosincrático que supone la modificación de actitudes, comportamientos, sentimientos, propósitos y roles de una persona. La recuperación incluye el desarrollo de un nuevo sentido de vida, la búsqueda del bienestar, de la esperanza y las motivaciones más allá de los síntomas padecidos; siendo consciente de las limitaciones que pueden presentarle por su enfermedad o trastorno (Kelly & Hoepfner, 2015). La Academia Nacional de Ciencias, Ingenierías y Medicina (2016) determina la participación en la comunidad como uno de los cuatro dominios en los que intervenir para favorecer la recuperación de un paciente.

Cuando hablamos de recuperación, debemos concretar de que no se trata de una “cura” inmediata, sino que es un proceso largo y laborioso, en el que la persona con adicción debe de reconstruir su vida, sus valores y sus metas. En este proceso es conveniente desarrollar la capacidad de autoayuda y empoderamiento; y aprender a pedir y recibir apoyo por parte de los demás. La recuperación social, en la que se busca alcanzar una calidad de vida satisfactoria (un trabajo, una vivienda decente y un círculo social adecuado), permite a los afectados un aumento del conocimiento y regulación de sus síntomas y alcanzar la capacidad de construcción de una nueva vida (Shepherd et al., 2008).

Uno de los problemas, difíciles de asimilar para este colectivo, aparece cuando intentan **reinsertarse en la sociedad o comunidad**, lo que es vivido como una experiencia incierta y atemorizante (Rodríguez-Kuri y Fernández-Cáceres, 2014). En ese momento, se encuentran con una sociedad caracterizada por el empleo de prejuicios y estereotipos, que puede llegar a excluirlos o discriminarlos, clasificándolos como “adictos” o “enfermos” que no tienen cura. Distintos estudios (Meurk et al., 2014; Wiens & Walker, 2015) establecen que la consideración de las adicciones como una enfermedad neurológica aumenta la vergüenza y la estigmatización que sufren los individuos en proceso de recuperación. Además, los usuarios suelen comentar el enorme miedo que

viven al volver a entornos que les incitaron a consumir, dejando de estar en un ambiente que les ha ofrecido protección y estructura (Rodríguez-Kuri & Fernández-Cáceres, 2014).

5.2. Los tratamientos psicosociales.

El tratamiento para individuos con esta problemática mantiene la estructura de los tratamientos de otras adicciones. Para ello es importante la identificación del trastorno, el proceso de desintoxicación y la rehabilitación a través del cambio en el estilo de vida (Casete y Climent, 2008).

Dentro de los tratamientos psicológicos más empleados, destaca la intervención **cognitivo conductual**, con la que se entrenan habilidades y estrategias para identificar y poder afrontar el *craving*; cualquier problema o situación de riesgo; y el manejo de motivaciones y consecuencias positivas (NIH, 2020).

Por otro lado, Casete y Climent (2008) mencionan distintos **tratamientos psicosociales** que se pueden emplear con esta población, y que pueden suponer un aumento del bienestar y mejora del estilo de vida a largo plazo como: la terapia familiar, las terapias grupales no estructuradas o los grupos de ayuda mutua.

También encontramos la **Comunidad Terapéutica**. Esta forma de intervención es vista como la más eficaz, siempre y cuando los profesionales que lo lleven a cabo estén entrenados para ello. Se centran en pacientes con dificultad en el control y manejo de impulsos, la fuerte adicción, la ausencia de apoyo social y la historia de fracasos terapéuticos. En ellas se busca la recreación de una sociedad artificial, en la que los usuarios buscan la abstinencia permanente o consumo esporádico, así como una mejora de la salud, y disminución de los factores delictivos (López-Fernández et al., 2011). El objetivo de ésta es reconstruir, en cada sujeto, un estilo de vida más saludable en el que poder implementar hábitos adecuados que les permitan afrontar de forma apropiada las dificultades que se presenten, evitando así recaer en el consumo (González-Llona, 2015).

Por otro lado, debido a que la cocaína es una sustancia cuya interrupción no provoca dificultades o riesgos médicos y que su consumo está normalizado, se pueden iniciar **tratamientos ambulatorios**. Éstos facilitan el acercamiento de los profesionales

a los sujetos afectados a través de sesiones psicoeducativas, controles de orina, y la involucración de personas de su red natural en la recuperación (Shepherd, G. et al., 2008).

La red social es vista, en la mayoría de los tratamientos, como un factor relevante que debe ser abordado (Van Melick et al., 2013). Teniendo en cuenta este hecho, es de especial relevancia el trabajo desarrollado por los trabajadores sociales, psicólogos, terapeutas ocupacionales y voluntarios para lograr crear una red social que apoye, ayude y fomente la recuperación de los usuarios en su proceso de abandono del consumo. Los tratamientos mencionados suelen desarrollarse de forma combinada, en función de las necesidades y situaciones de cada usuario (Shepherd, G. et al., 2008).

5.3. El apoyo social.

A la hora de abordar el apoyo social en el proceso de abstinencia y recuperación es importante hablar sobre el **Modelo Psicosocial para el Consumo Adictivo de Cocaína** (Anexo, Ilustración 2), tal y como comenta Saiz-Galdós (2007).

En este modelo, se busca explicar el inicio del consumo a través del análisis y estudio de dos bloques de la persona, que están relacionados entre sí: **el bloque psicológico y el social**. Para el interés de este trabajo, es el bloque social el que adquiere una gran trascendencia dentro de la recuperación de los usuarios consumidores de cocaína. Éste está compuesto por: la norma subjetiva, la posición social, la alienación, los eventos estresantes que tienen lugar en la vida del sujeto, el apoyo social recibido, y las características del entorno. A través del análisis de estos factores del sujeto que va a iniciar un tratamiento podemos llegar a comprender parte de los elementos que han podido llevar a iniciar el consumo de cocaína. De igual modo, se puede emplear cuando el sujeto ha vivido una recaída, para encontrar qué es lo que puede haber afectado en el mantenimiento del consumo. Nos podría dar una visión muy clara de los factores de protección y de riesgo con los que la persona cuenta.

El modelo además establece una correlación entre las personas con una posición social desfavorecida y la posibilidad de sufrir eventos estresantes y situaciones de alienación; lo que genera un contexto donde es probable el inicio y aumento de consumo de cocaína (Saiz, 2007; Fundación Eguía-Careaga Fundazioa, 2014). Sería interesante

poder investigar cómo es concebido el estrés por las personas consumidoras de esta droga, y qué situaciones estresantes generan una mayor posibilidad de su consumo. Con esta información se podrían elaborar programas de prevención de consumo, en los que sería relevante enseñar a los usuarios distintas estrategias de afrontamiento del estrés (García del Castillo, 2015).

6. Conclusiones

Como hemos podido ver, los factores sociales tienen un papel de gran relevancia en el aumento, el mantenimiento y la recuperación por consumo de cocaína. Además, gracias al abordaje de la recuperación desde este enfoque ecológico de Bronfenbrenner & Morris (1988) y al Modelo Psicosocial para el Consumo Adictivo de Cocaína (Saiz-Galdós, 2007), se consigue, de forma idiosincrática, un mejor conocimiento de los factores de riesgo y de protección con los que el sujeto cuenta.

El primer modelo permite diferenciar las distintas áreas que repercuten sobre el sujeto, así como determinar las necesidades físicas y psicológicas que tiene la persona que consume y su entorno, y dónde se debe de incidir. Este análisis permite otorgarle al individuo consumidor de cocaína la identidad de una persona con las habilidades y capacidades de adaptarse y transformar sus roles anteriores. La visión holística del sujeto nos ayuda a comprender que no existe una verdad única y absoluta, sino que ésta se construye a partir de una sucesión de acontecimientos sociales, que influyen e interaccionan entre sí, en un escenario determinado. El segundo modelo nos muestra cómo la red social y la comunidad en la que vivimos, en relación con las características de cada persona, influye directamente en el consumo de cocaína. Ambos modelos determinan que no son solo las características y las decisiones del individuo las que le llevan a consumir, sino un conjunto de factores que se dan a niveles lejanos del sujeto.

Es interesante mencionar la gran cantidad de los factores de riesgo que se producen en el **microsistema**, y que tienen una mayor influencia en el consumo de cocaína que el resto de los niveles. Entre los factores sociales de riesgo próximos al individuo destacan la inexistencia de figuras de apego apropiadas, o la ausencia de un apego seguro durante la infancia (García del Castillo, 2015); la carencia de habilidades sociales y de comunicación dentro de la familia (Milanes et al., 2011); y, las relaciones

con el grupo de iguales (Scoppetta y Ortiz-Garzón, 2021), y la presión e influencia por estos (Pérez, 2011).

Es igualmente determinante para la intervención con este grupo conocer el poder de los factores de riesgo que se dan en el **exosistema**, como: el aumento de la presencia y la diversidad de formas de consumo (González- Galnares, 2005), y la situación económica y social del vecindario (Westmoreland, 2015). Sin embargo, apenas se les da importancia a factores del **macrosistema** como la regulación judicial, ya que, se determina que el inicio del consumo de cocaína viene determinado por reglas y valores personales antes que por castigos o normas establecidas por la sociedad (Chávez et al., 2013).

En cuanto los **factores sociales de protección**, es decir aquellos aspectos que mejoran y facilitan la recuperación de los pacientes, es esencial el trabajo con el individuo y su entorno más cercano (microsistema). Sin embargo, cobra una especial significación los factores del mesosistema, produciendo una mayor comunicación entre los sistemas del individuo, generando un tratamiento dirigido a unos mismos objetivos y en base a unos conocimientos científicos. Son importantes las interacciones entre los profesionales de la salud y la familia, también denominado “cooperación en el cuidado” (Repper et al., 2007)

El estudio de los distintos niveles, así como la indagación sobre qué factores (riesgo y protección) influyen en cada uno de ellos es una manera de aproximarnos a la obtención de un mayor conocimiento de esta situación, teniendo la posibilidad de poder desarrollar métodos y tratamientos más efectivos. A su vez, con esta teoría se evita poner el foco en la persona afectada y se focaliza en otros acontecimientos relevantes que se alejan de él (Scoppetta et Ortiz-Garzón, 2021).

Es relevante destacar la importancia que estos modelos le dan a la familia y a los sistemas económicos, sanitarios, educativos, políticos y comunicativos, que tienen una posición destacada en nuestra sociedad. En efecto, el consumo de cocaína y de SPA es considerado como un problema de salud pública, es decir que afecta a la sociedad de forma general y preocupante. La problemática requiere una urgente respuesta por parte de agentes y profesionales en todos los niveles (Torricco et al., 2002).

El abordaje de los factores expuestos podría suponer una mejora de la calidad de vida de aquellos individuos que se encuentran en un proceso de rehabilitación, acelerándolo y consiguiendo unos resultados facilitadores del cambio y resistentes a la vuelta al consumo.

En el momento de obtener información para la realización del presente trabajo, se han presentado diversas dificultades para recopilar investigaciones específicas sobre la influencia del apoyo social en los consumidores de cocaína. En general la repercusión que tienen estos factores sociales y el entorno del paciente es un tema que debe de abordarse en mayor medida, cambiando el foco de atención del paciente a determinantes sociales que cuentan con una influencia directa en el consumo de cocaína

7. Bibliografía

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
- Asociación Proyecto Hombre (2020). *Observatorio Proyecto Hombre sobre el perfil de las personas con problemas de adicción en tratamiento*. <https://www.proyectohombre.es>
- Berruecos, L. (2010). Drogadicción, farmacodependencia y drogodependencia: definiciones, confusiones y aclaraciones. *Cuicuilco*, 17(49), 61-81. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018516592010000200005&lng=es&tlng=es.
- Borchardt, L. (2017). Apoyo social y autoestima. un abordaje desde el modelo y la teoría de los cinco factores. *Revista de Investigación en Psicología Social*, 3(1), 29-38. <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/psicologiasocial/article/view/2343/1983>
- Bronfenbrenner, U. & Morris, P. A. (1998). The bioecological model of human development. In W. Damon, *Handbook of child psychology 1*, 993–1027. <https://www.childhelp.org/wp-content/uploads/2015/07/Bronfenbrenner-U.-and-P.Morris-2006-The-Bioecological-Model-of-Human-Development.pdf>
- Balcells M. (2001). Complicaciones orgánicas de la cocaína. *Adicciones*, 13(2), 167-172. <https://medes.com/publication/4976>.
- Casete, L. y Climent, B. (2008). COCAÍNA. *Guías Clínicas Socidrogalcohol basadas en la evidencia científica*. <http://www.cedro.sld.cu/bibli/gp/gp4.pdf>
- Chaves, M. et al. (2013). Modelo ecológico y sistemas de regulación moral, cultural y legal como factores de riesgo y protección frente al consumo de sustancias ilícitas

- en estudiantes de la Universidad de Nariño. *Sección artículos originales revista universidad y salud*, 15(2), 176 – 186. <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v15n2/v15n2a08.pdf>
- Corominas, M.; Roncero, C; Bruguera, E. y Casas, M. (2007). Sistema dopaminérgico y adicciones. *Revista de Neurología*, 44(1), 23-31. https://neurofeedback-neuroconsult.es/ncl/publi/DA_ADIC.pdf
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta Sobre Alcohol Y Otras Drogas En España (EDADES) (2018). Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/home.htm>
- De la Revilla, L., Luna, J., Bailón, E., y Medina, I. (2005). Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. *Medicina de familia*, 6(1), 10-8. <https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2018/07/v6n1.pdf>
- Dobkin PL, Civita MD, Paraherakis A y Gill K (2002). The role of functional social support in treatment retention and outcomes among outpatient adult substance abusers. *Adicción*, 97(3), 347–356. Doi:10.1046/j.1360-0443.2002.00083.x
- Esbec, E. y Echeburúa, E. (2016). Abuso de drogas y delincuencia: consideraciones para una valoración forense integral. *Adicciones*, 28(1), 48-56. <https://www.redalyc.org/pdf/2891/289144321007.pdf>
- Flores, E. y Fernández-Espejo, E. (2011). Fundamentos neurobiológicos de las adicciones. En E. Pedrero (Ed). *Neurociencia y adicción*, 19-46. Sociedad Española de Toxicomanías. <https://www.cesmf.edu.mx/assets/images/articulos/NEUROCIENCIA-Y-ADICCION-2011.pdf>
- Freud, S. (2006). *Escritos sobre la cocaína*. Anagrama.
- SIIS, Centro de Documentación y Estudios de la Fundación Eguía-Careaga (2014). *Desigualdades socioeconómicas, consumo de drogas y territorio*. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/Desigualdades_socioeconomicas_consumo_de_drogas_y_territorio.pdf
- García del Castillo, J.A. (2015) Concepto de vulnerabilidad psicosocial en el ámbito de la salud y las adicciones. *Heal Addict y Drog*. 15(1), 5-3. <http://ojs.haaj.org/index.php/haaj/article/view/236>
- Garmedia, M. L; Alvarado, M. E.; Montenegro, M. y Pino, P. (2008). Social support as a protective factor of recurrence after drug addiction treatment. *Rev. méd. Chile*, 136(2), 169-178. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872008000200005>.
- Goldstein, R. Z. and Volkow, M.D. (2002). Drug Addiction and Its Underlying Neurobiological Basis: Neuroimaging Evidence for the Involvement of the

- Frontal Cortex. *Am J Psychiatry*, 159(10), 1642-52. doi.org/10.1176/appi.ajp.159.10.1642
- González-Galnares, I. (2005). Consumidores de cocaína y estimulantes: aspectos psicológicos. En J.A. García del Castillo (Ed). *Manual de estudios sobre cocaína y drogas de síntesis* (195-223). (Cap. VII). Ed. EDAF.
- González-Llona; Tumuluru, S.; González-Torres, M. A. y Gaviria, M. (2015). Cocaína: una revisión de la adicción y el tratamiento. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 35(127), 555-571. Doi: 10.4321/S0211-57352015000300008
- Harruff, R. C., Francisco, J. T., Elkins, S. K., Phillips, A. M., & Fernandez, G. S. (1988). Cocaine and homicide in Memphis and Shelby county: an epidemic of violence. *Journal of forensic sciences*, 33(5), 1231-1237. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3193079/>
- Herrero, S. (2001). Cocaína en el derecho penal español. *Adicciones*, 13(2), 227-247. <https://pnsd.sanidad.gob.es/gl/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/cocaina.pdf#page=228>
- Kaboli, R y Kiani, Q. (2018). Mediatory roles of social support and self-efficacy in the relationship between religious orientation and addiction potential among adolescents. *Health, Spirituality and Medical Ethics*, 5(3), 36-43. <https://pdfs.semanticscholar.org/9124/64f42d057034bc2816c7eca4eccbe99c22c8.pdf>
- Kelly, J. F., & Hoepfner B. B. (2015). A biaxial formulation of the recovery construct. *Addiction Research & Theory*, 23(1), 5-9. <https://doi.org/10.3109/16066359.2014.930132>
- López-Fernández, O., Ferrer-Pérez, X., Lafarga-Lebey, S., Honrubia-Serrano, M., & Tudela-Marí, M. (2011). Seguimiento de dependientes del alcohol y/o de la cocaína después de su salida de una Comunidad Terapéutica: estudio piloto. *Adicciones*, 23(4), 289-298. Doi: <http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.122>
- López-Torrecillas, F. et al (2003). Factores familiares que inciden en las drogodependencias. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades*, 13(1), 203-23. <https://www.redalyc.org/pdf/654/65413107.pdf>
- Madoz, A. y Ochoa, E. (2012). Alteraciones de funciones cognitivas y ejecutivas en pacientes dependientes de cocaína: estudio de casos y controles. *Revista Neurología*, 54, 199-208. doi.org/10.33588/rn.5404.2011174
- Madrid Salud. (2016). *Informe Conocer permite actuar (III). Clasificación de las sustancias psicoactivas. Estimulantes (cocaína, anfetaminas.)* <https://madridsalud.es/conocer-permite-actuar-iii-clasificacion-de-las-sustancias-psicoactivas-estimulantes-cocaina-anfetaminas/>.

- Marino, M., González, C. y Medina, M. (2005). Relaciones familiares en adolescentes: resultados en estudiantes y consumidores de drogas. *Psicología Conductual*, 7(3),461-470. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2827054>
- Mendoza, Y. L. y Vargas, K. (2017). Factores psicosociales asociados al consumo y adicción a sustancias psicoactivas. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20, (1), 139-167. <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2017/epi171h.pdf>
- Meurk, C., Carter, A., Partridge, B., Lucke, J. y Hall, W. (2014). How is acceptance of the brain disease model of addiction related to Australians' attitudes towards addicted individuals and treatments for addiction? *Psychiatry*, 14, 373. doi:10.1186/s12888-014-0373-x.
- Navarro, J. y Megías, E. (2005). *La incidencia de la drogasa en el medio laboral de la Comunidad Valenciana*. Fundación de ayuda contra la drogadicción. https://www.fad.es/wp-content/uploads/2019/06/Valencia_laboral_2.pdf
- National Institute of Drug Abuse (NIH) (2021). *La cocaína*. <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/la-cocaina>
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2020). *Informe sobre Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2020OEDA-INFORME.pdf>
- Ochoa, E. y Madoz, A. (2008). Consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 54(213), 25-32. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2008000400003&lng=es&tlng=es.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) (2018). *Informe mundial sobre las drogas. Resumen, conclusiones y consecuencias en materia de políticas*. https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_ExSum_Spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS)(1994). *Glosario de Términos de Alcohol y Drogas*. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
- Otero G. (2015). DSM-5. Trastornos por consumo de sustancias. ¿Son problemáticos los nuevos cambios en el ámbito forense? *Cuad Med Forense*, 21(3-4), 96-104. https://scielo.isciii.es/pdf/cmfv21n3-4/02_original01.pdf
- Pizarro, C. J. (1998). Redes de apoyo social en adolescentes institucionalizados. *Terapia Psicológica*, 7(1), 25-33. <https://www.redalyc.org/pdf/180/18020103.pdf>
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., DiClemente, C. C., & Fava, J. (1988). Measuring processes of change: Applications to the cessation of smoking. *Journal of*

- Consulting and Clinical Psychology*, 56(4), 520–528.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.4.520>
- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) (s.f.). *¿Qué es la adicción?*
<https://www.iafa.go.cr/blog/que-es-la-adiccion>
- Ramos-Cejudo, J. y Iruarrizaga, I. (2009). Correlatos Neuropsicológicos y Emocionales Implicados en el Consumo de Cocaína. *Intervención Psicosocial*, 18(3), 245-253.
<https://doi.org/10.5093/in2009v18n3a5>
- Repper, J., Nolan, M., Grant, G., Curran, M. & Enderby, P. (2007) Family Careers on the Margin: Experiences of Assessment in Mental Health. Report to the National Coordinating Centre for NHS Service Delivery and Organization (NCCSDO), London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- Richardson GA, Goldschmidt L, Larkby C. (2007). Effects of prenatal exposure cocaine on growth: a longitudinal analysis. *Pediatrics*, 120(4), 1017-27. Doi: 10.1542/peds.2006-3482.
- Rodríguez-Espínola, S. S. y Bonfiglio, J. I. (2017). *Informe Adicciones y vulnerabilidad social. El consumo problemático de alcohol, factores de riesgo, grupos vulnerables y consecuencias sociales*. Observatorio de la Deuda Social Argentina.
<https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/8133>
- Rodríguez Kuri, S. y Fernández Cáceres, C. (2014). Inserción social de usuarios de drogas en rehabilitación. Un estudio cualitativo. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 6(2), 57-78.
<https://revistas.udea.edu.co/index.php/psicologia/article/view/23382>
- Saiz-Galdós, J. (2007). El abuso de cocaína, ¿problema de oferta o de demanda social?: un estudio transcultural y correlacional que compara variables macrosociales, económicas y culturales. *Adicciones*, 19(1), 35-44. Doi: <http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.321>
- Sánchez-Hervás, E. y Llorente Del Pozo, J. M. (2012). Recaídas en la adicción a cocaína: una revisión. *Adicciones*, 24, (3), 269-280.
<http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.98>
- Santonja, F; Sánchez-Hervás, E; Secades, R; Zacarés, F; García- Rodríguez, O; García-Fernández, G. (2010). Pretreatment Characteristics as Predictors of Retention in Cocaine-dependent Outpatients. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 9, 93-98. <http://dx.doi.org/10.1097/ADT.0b013e3181bff7ec>
- San Juan-Sanz, P. (2019). Trastorno por consumo de sustancias. *Medicine*, 12(85), 4984-92. <http://cipesalud.com.ar/wp-content/uploads/2020/04/trastornos-por-consumo-de-sustancias.pdf>.
- Scoppetta, O. & Ortiz Garzón, E. (2021). Modelos Ecológicos del Desarrollo aplicados al consumo de drogas ilícitas: una revisión sistemática. *Psicología desde el*

- Caribe*, 38(2), 167-188. <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v38n2/2011-7485-psdc-38-02-167.pdf>
- Shepherd, G. et al. (2008). Making recovery a reality. *Sainsbury Centre for Mental Health*. <https://consaludmental.org/centro-documentacion/hacer-de-la-recuperacion-una-realidad/>
- Torrico, E.; Santín, C.; Villas, A.; Méndez, S, y López, J. (2002). El modelo ecológico de Bronfenbrenner como marco teórico de la psicooncología. *Anales de Psicología*, 18(1), 45-59. https://www.um.es/analesps/v18/v18_1/03-18_1.pdf
- Valladares, M., Obregón, A. M., & Pino, C. (2020). Asociación entre el sistema de recompensa del cerebro y elección de comida en adultos mayores y de mediana edad. *Revista de la Facultad de Medicina*, 68(4), 617-624. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v68n4.74346>.
- Van Melick M, McCartney D y Best D (2013). An Ongoing Recovery Support and Peer Networks: A Preliminary Investigation of Recovery Peer Supporters and Their Peers. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 8(3), 185–199. <https://doi.org/10.1080/1556035X.2013.785211>
- Zapata, M. A. (2005). La Familia, soporte para la recuperación de la adicción a las drogas. *CES Psicología*, 2 (2), 86-94. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3179993>.

8. Anexo

Ilustración 1. Niveles de la Tª Ecológica (Adaptada de Bronfenbrenner, 1988)

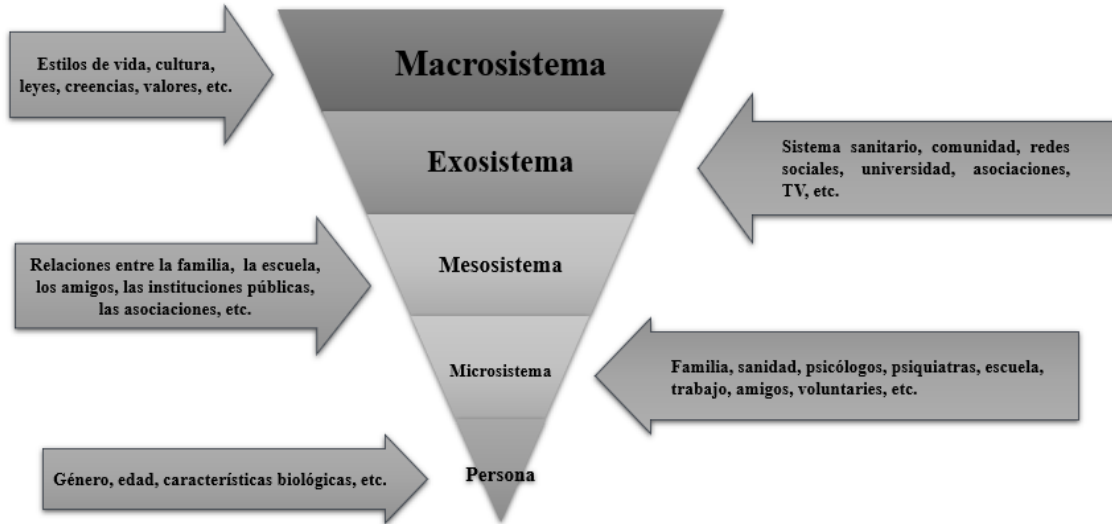


Ilustración 2. Modelo Psicosocial para el Consumo Activo de Cocaína (Adaptada de Saiz-Galdós, 2007)

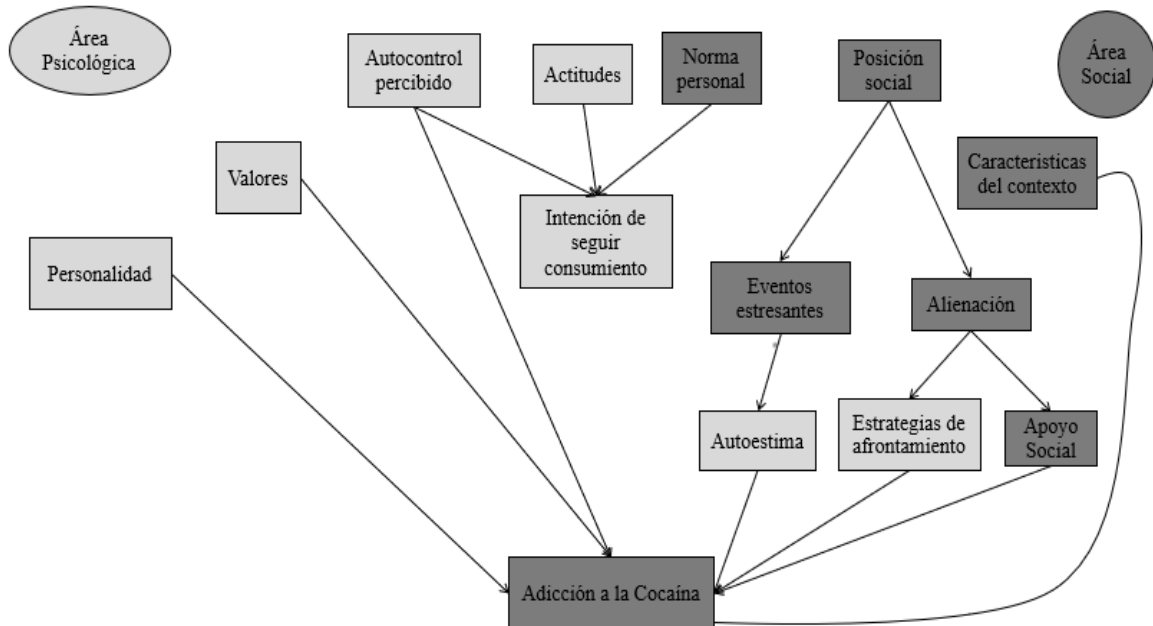


Tabla 1**Factores sociales de riesgo asociados al Microsistema**

MICROSISTEMA	Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2020)	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas de salud mental - Relaciones importantes con personas que consumen o tienen un fácil acceso a la cocaína - Entorno escolar conflictivo - Necesidad individual por búsqueda de nuevas sensaciones
	Rodríguez-Kuri y Fernández-Cáceres (2014).	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento del tiempo libre por ausencia de empleo
	Chaves, et al. (2013)	<ul style="list-style-type: none"> - Testigos de peleas de los progenitores - El malestar familiar provoca un aumento del consumo en adolescentes
	Santonja et al. (2010,	<ul style="list-style-type: none"> - Pérdidas laborales - Rupturas familiares
	Scoppetta y Ortiz-Garzón (2021); Pérez (2011); (Marino et al., 2005).	<ul style="list-style-type: none"> - Consumo por el grupo de iguales - Presión social - Aprendizaje social - Necesidad de aceptación social - Crear la identidad personal - Ausencia de habilidades para resistir la presión social
	García del Castillo, (2015)	<ul style="list-style-type: none"> - Inexistencia de figuras de apego adecuadas - Ausencia de un apego seguro - Traumas en la infancia
	Milanes et al. (2011)	<ul style="list-style-type: none"> - Distanciamiento familiar y ausencia de comunicación - Incapacidad de llegar a un acuerdo
	Mendoza y Vargas (2017)	<ul style="list-style-type: none"> - Violencia intrafamiliar

Tabla 2

Factores sociales de riesgo asociados al Mesosistema y al Macrosistema (Fuente: elaboración propia)

MACROSISEMA	Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2020)	- Índice elevado de pobreza
	Berruecos (2003)	- Normalización e incitación al consumo, en los medios televisivos
	Proyecto Hombre (2020)	- Ausencia de empleo - Ausencia o abandono de estudios
	Alexander (2001)	- Fenómeno de la globalización - Sociedad individualizada, centrada en el placer inmediato
	Saiz-Galdós (2007),	- El lugar geográfico: puertas estratégicas para el mercado de cocaína
EXOSISTEMA	González-Galnares (2005)	- Aumento de la accesibilidad a la cocaína - Percepción social positiva sobre el consumo - Diversidad en el consumo
	Navarro y Megías (2005)	- Ausencia de habilidades sociales
	Westmoreland (2015)	- Situación económica y social del vecindario

Tabla 3*Factores sociales de protección Microsistema (Fuente: elaboración propia)*

MICROSISTEMA	(Shepherd et al., 2008)	<ul style="list-style-type: none"> - Empleo e identificación personal. - Relaciones con personas en abstinencia.
	Saiz-Galdós (2007)	<ul style="list-style-type: none"> - Modificar el contexto social.
	Borchardt (2017).	<ul style="list-style-type: none"> - Transformación de la imagen sobre el consumo. - Mejora de la calidad de vida. - Nuevos lazos sociales
	Casete y Climent (2008)	<ul style="list-style-type: none"> - Tener un empleo - Crear un contexto de responsabilidad - Adquirir habilidades y aptitudes laborales
	Sánchez-Hervás y Llorente Del Pozo (2012)	<ul style="list-style-type: none"> - Funcionamiento adecuado de la vida social
	Rodríguez-Espínola y Bonfiglio, (2017); Garmendia et al. (2008)	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo social por parte de familiares, amigos, pareja, profesionales, etc.

Tabla 4*Factores sociales de protección Mesosistema (Fuente: elaboración propia)*

MESOSISTEMA	Ellis et al. (2004); Torrico et al. (2002); Shepherd et al. 2008)	<ul style="list-style-type: none"> - Enseñar a los familiares a escuchar, entender y dar apoyo. - Favorecer el autocuidado de las personas cuidadoras. - Ayuda a los usuarios y a su entorno.
	Vergara (2013).	<ul style="list-style-type: none"> - Promoción y enseñanza de conductas saludable.

Sánchez-Hervás y Llorente Del Pozo (2012)	- La implicación y supervisión activa por parte de personas cercanas
Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2020)	- La inclusión social del individuo - La participación de los menores en un ambiente educativo
Flores y Fernández-Espejo (2011)	- Salud neurológica
Repper et al. (2007)	- Cooperación en el cuidado

Tabla 5***Factores sociales de protección Macrosistema (Fuente: elaboración propia)***

Torrice et al. (2002)	- Desarrollo de una conciencia moral y una cultura sin el consumo - La aprobación de leyes y protocolos que mejoren la vida de los consumidores - La mejora de la sanidad y el servicio que ofrece el desarrollo de una actitud cordial y de inclusión por parte de la sociedad; - Mayor prevención del consumo y promoción de la salud a través de los medios de comunicación.
------------------------------	--
