MONOGRAFÍA COCAÍNA

Editores: Francisco Pascual - Meritxell Torres - Amador Calafat

adicciones

Vol. 13, suplemento 2
2001

Subvencionado por:
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

MONOGRAFÍA
COCAÍNA

Editores:
Francisco Pascual, Meritxell Torres, Amador Calafat

Indice

PRESENTACIÓN
Presentation
Robles, G. 5

APROXIMACIÓN HISTÓRICA A LA COCAÍNA. DE LA COCA A LA COCAÍNA.
Historical aproximation to cocaine. From coca to cocaine.
Pascual Pastor, F. 7

EPIDEMIOLOGÍA DEL USO/ABUSO DE COCAÍNA.
Epidemiology of use/abuse of cocaine.
Bobes, J.; Sáiz, P.A.; González M.P.; Bascarán, M.T. 23

COCAÍNA: ASPECTOS FARMACOLÓGICOS.
Cocaine: pharmacologia aspects.
Lizasoain, I.; Moro, M.A.; Lorenzo, P. 37

PERSONALIDAD Y USO-ABUSO DE COCAÍNA.
Personality and use-abuse of cocaine.
Sáiz, P.A.; González, M.P.; Paredes, B.; Martínez, S.; Delgado, J.M. 47

VIDA SOCIAL DE LA COCAÍNA.
Cocaine social life.
Calafat, A.; Juan, M.; Becoña, E.; Fernández, C.; Gil, E.; Llopis, J.J. 61

USO RECREATIVO DE COCAÍNA POR LOS JÓVENES DE LA COMUNIDAD VALENCIANA.
Cocaine recreational use in Valencia region.
Torres Hernández, M.A. 105

USO RECREATIVO DE COCAÍNA Y ASUNCIÓN DE RIESGOS: RESULTADOS CONVERGENTES EN CUATRO MUESTRAS.
Recreational use of drugs and coping with risks: convergent findings across four samples.
Calafat Far, A.; Fernández Gómez, C.; Juan Jerez, M. 123

DEPENDENCIA, INTOXICACIÓN AGUDA Y SÍNDROME DE ABSTINENCIA POR COCAÍNA.
Dependence, acute intoxication and withdrawal syndrome in cocaine users.
Llopis Llácer, J.J. 147

COMPLICACIONES ORGÁNICAS DE LA COCAÍNA.
Medical complications induced by cocaine.
Balcells Oliveró, M. 167

COMPLICACIONES PSICÓTICAS DEL CONSUMO DE COCAÍNA.
Psycotic complications in cocaine users.
Roncero, J.; Ramos, J.A.; Collazos, F.; Casas, M. 179

APROXIMACIÓN TERAPÉUTICA DE LA DEPENDENCIA DE COCAÍNA.
Therapeutic approach to cocaine dependence.
San Molina, L.; Arranz Martí, B. 191

TRATAMIENTO DEL CONSUMO DE COCAÍNA. INTEGRANDO PSICOTERAPIA Y FARMACOTERAPIA
Cocaine abuse treatment. Integrating psychotherapy and pharmacotherapy.
Solé Puig, J. 209

COCAÍNA EN EL DERECHO PENAL ESPAÑOL.
Cocaine in the spanish penal code.
Herrero Álvarez, S.. 227

Presentación

El pasado año 2000, Socidrogalcohol elaboró y editó, con la colaboración de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, una monografía sobre el cannabis que tuvo una gran aceptación entre los profesionales y los estudiosos del sector de las drogodependencias. La razón es bien sencilla, los coordinadores tuvieron el acierto de aglutinar a un nutrido grupo de especialistas que configuraron una aproximación global y actualizada sobre esta compleja problemática.

Ahondando en esta perspectiva de acercar a un público amplio las investigaciones más recientes relacionadas con las sustancias de consumo más frecuente en nuestro país, esta entidad profesional nos ofrece ahora otra monografía dedicada a la cocaína.

En efecto, la cocaína es, tras el cannabis, la sustancia ilegal más consumida por la población general española. Según los últimos datos de que disponemos correspondientes a 1999 -en estos momentos se está llevando a cabo una nueva encuesta a la población general- un 3,1% de los españoles de 15 a 65 años afirma haberla probado alguna vez a lo largo de su vida, mientras que un 1,5% lo habían hecho en el año anterior a ser preguntados y un 0,8% en el último mes. Mientras que el consumo ocasional se viene manteniendo relativamente estable en los últimos años, el consumo más frecuente registra, sin embargo, un leve ascenso.

Por lo que se refiere al sector más joven de la población, concretamente los escolares de 14 a 18 años, el consumo de cocaína creció progresivamente y en todos los indicadores desde 1994 hasta 1998. Sin embargo, en la última encuesta, realizada en el año 2000, se produce una estabilización de los consumos ocasionales y una reducción de los consumos más habituales que, en el último mes, alcanza al 2,2%. No obstante, se confirma un mayor grado de penetración de la cocaína en la población juvenil.

En consonancia con esta realidad que evidencian los datos de consumo, están aumentando significativamente las admisiones a tratamiento por el uso de esta sustancia, desmintiendo de esta forma la supuesta incapacidad de la cocaína para generar demandas asistenciales. Así, en el año 2000, 8.272 personas han demandado tratamiento alegando como sustancia principal que motiva esta petición el consumo de cocaína. Esta cifra representa el 17,2% del total de demandas de tratamiento por el consumo de cualquier sustancia. Pero aún más significativo es el hecho de que la cifra de "nuevos" demandantes, es decir, de los que acuden a los servicios de atención por primera vez supone casi la tercera parte (32,1%) del total.

Por todo ello, es indudable la oportunidad de un trabajo como el que ahora ve la luz que pretende, al igual que en el caso anterior, profundizar en el conocimiento integral del fenómeno ligado a la cocaína, estudiando sus aspectos históricos, epidemiológicos, clínicos, de tratamiento, etc. Todos ellos son abordados de forma rigurosa por una serie de especialistas de reconocido prestigio en el abordaje de esta sustancia.

Antes de finalizar, quisiera destacar muy especialmente una cuestión que plantean de forma específica los autores de la monografía. Se trata de los nuevos tratamientos para los usuarios de cocaína, así como las estrategias para disminuir el consumo y mejorar la calidad de vida de estos adictos. La capacitación a todos los profesionales de la atención a las drogodependencias en estrategias y técnicas de intervención terapéutica ante los

problemas generados por la cocaína representa una de las prioridades del Plan Nacional sobre Drogas. Durante años hemos adquirido un valioso bagaje en el tratamiento de los heroinómanos, sin embargo, los adictos a la cocaína reúnen unos perfiles y unas exigencias terapéuticas bien diferenciadas que precisan de una adecuación en los procedimientos utilizados en la rehabilitación.

Mi felicitación, por tanto, a todos los que han participado en la elaboración de esta obra, que estoy seguro va a contribuir a una mayor comprensión del fenómeno del consumo de cocaína y a mejorar su prevención y tratamiento. No me queda más que reiterar, una vez más, el compromiso de la Delegación en seguir apoyando estudios como éste, que suponen un acicate para los estudiosos y una ayuda inapreciable a los que tenemos la difícil tarea de impulsar y planificar las políticas de actuación ante los consumos de drogas y sus consecuencias.

Gonzalo Robles Orozco

Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

Aproximación histórica a la cocaína. De la coca a la cocaína.

Pascual Pastor, F.

Responsable Unidad de Alcohología Conselleria de Sanitat - Generalitat Valenciana.

Enviar correspondencia: Dr. Francisco Pascual Pastor. Unidad de Alcohología. C/ El Camí nº 40. 03801 Alcoi. Fax 965543167.

Resumen

La utilización de las hojas de coca por parte de las culturas incaicas enmarcada en sus costumbres cotidianas como estimulante, ahorrador de energías y protector del hambre junto con algunos elementos chamánicos reservados a las castas religiosa o más altas, fue aprovechada por los descubridores españoles de las "Américas" para explotar laboralmente a las tribus indígenas. Su consumo, casi necesario, mascando las hojas de coca estuvo íntimamente ligado con las culturas precolombinas.

La oposición de ciertos sectores eclesiásticos no tuvo respaldo entre los comerciantes y explotadores de campos y minas.

Pero la verdadera eclosión se produce con el descubrimiento en el siglo XIX de su alcaloide: la cocaína. Ensalzada desde el punto de vista médico y social, hasta principios del siglo XX, prohibida posteriormente por la aparición de consecuencias sobre todo de orden psicológico y la constatación de su capacidad adictiva, no ha sido suficiente para que se haya convertido en nuestros días en una de las drogas más consumidas, como droga recreativa, originando pingües beneficios en el mercado negro y apareciendo nuevas formas adictivas más peligrosas y adictógenas que la propia cocaína.

Palabras clave: *Coca, cocaína, basuco, crack, Coca – Cola. Speed ball, historia.*

Summary

The use of the cocaine leaves by part of Incas cultures remains framed in their daily customs as a stimulant, economiser of energy and as a hunger protector joined with some charming elements reserved to the religious castes or higher castes at least. The cocaine leaves was profited by Spaniards discoverers of the "Americas" to exploit at working to Indigenous tribes. Their consumption almost necessary was by masticating cocaine leaves and was very tied with the pre- Colombian cultures.

The resistance of certain ecclesiastical sector didn't have support between traders and exploiters of arable lands and mines.

But the true expansion was in the nineteen Century with the discovery of it alkaloid: the cocaine. It was prised from the medical and social point of view to the beginning of twenty Century. It was forbidden later by the appearance of consequences specially psychosocial order and the checking of addictive capacity. But this haven't been enough to be considered as one of the drugs more consumed nowadays, not only as a recreational drug but causing benefits in the black market and appearing new addictive habits which are more dangerous and addictive than the cocaine itself.

Key Words: *Coca, Cocaine, basuco, crack, Coca - Cola. Seed ball, history.*

LA COCA.

La cocaína se obtiene de las hojas del arbusto del Coca (Erytroxylon coca), planta originaria de los Andes y que se cultiva en América del Sur, en Indonesia y en algún estado africano.

La coca es un arbusto de la familia de las eritroxiláceas, con hojas alternas, aovadas y enteras, flores blanquecinas y fruto en baya

pequeña y roja, crece hasta una altura media de un metro y contiene hasta 14 – 17 alcaloides distintos de los que el más conocido y estudiado es la cocaína.. Existen entre setenta y cinco y doscientas cincuenta especies de eritroxiláceas, aunque las más extendidas son la Eritroxylon coca lam y la erytroxylon novogratense, destinadas en la región andina al cultivo para consumo tradicional y su transformación en cocaína.

Por lo tanto tendremos que partir del conocimiento y el uso de dicha planta en la antigüedad para conocer mejor sus usos y sus efectos, tanto de sus hojas como de su principal alcaloide.

Por ser originaria del valle de Couca es conocida en gran parte de América meridional, dándose su cultivo desde la región caribeña y centroamericana hasta la cuenca del Amazonas, para su cultivo son necesarios una altitud de entre los 500 a los 1.200 metros y un clima tropical.

No se conoce ninguna planta en el Viejo Mundo que contenga cocaína. El uso de la coca se data en el año 5000 a.de. C. y se ha observado en restos funerarios del 2500 a de C. Se utilizaba para asistir al finado en la otra vida. Se ha encontrado en la boca de las momias, así como en sacos llenos de hojas y dispuestos junto a los difuntos en sus tumbas, para ayudarles a cruzar el equivalente Inca del Estigia.

Alrededor del año 1500 a. de C. se utilizaba un compuesto líquido elaborado a partir de las hojas de coca como anestésico en cirugía cerebral. En las sociedades precolombinas, la coca servía de planta medicinal, de droga estimulante, de objeto ritual y de rito de imposición. Para los indios yunga, fue un arbusto que permitió vencer a un dios maligno.

La coca se mascaba con lima para liarla, en objetos precolombinos de 1000 a de C. y en estatuillas encontradas en las costas de Ecuador y Perú datadas en el s. III a. de C., se observan seres humanos con los carrillos abultados, llenos de coca (bocado o cocada).

La palabra coca deriva de la lengua aymara y significa simplemente "planta" o "árbol", también se dice que proviene del término Inca " Kuka", y tuvo un importante uso durante su imperio (originario de la región del Cuzco) en los siglos XIII al XVI de nuestra era.

Para la tradición incaica fue Manco Copac quien otorgó la bendición de Mama Coca a una humanidad abrumada, para hacerla capaz de soportar el hambre y las fatigas. Mama Coca era una deidad equivalente a la diosa Ceres de otros cultos, y se incluía la coca en los sacrificios, en la creencia de que lo más valioso debía ofrecerse a los dioses.

Los indios de América masticaban las hojas tanto de tabaco como de coca como sustituto del refrigerio, para elevarse psicológicamente, como si alcanzaran un éxtasis muy leve.

Las hojas de coca se empleaban como talismanes y amuletos para prosperar en lides amorosas y otros negocios, sobre todo en ceremonias religiosas, creyendo que les convertía en animales poderosos, visionarios, tales como pájaros, sobre todo águilas y otras rapaces, lo que les daba una visión global del mundo. Servía para adivinar el futuro a través de sus efectos estimulantes. Aunque al parecer no servía para entrar en "trance", para lo cual solían utilizar la datura que era más fuerte. La religión Inca conservaba el elemento del chamanismo, y la coca era una de las drogas tomadas por los sacerdotes – adivinos, el adivino quemaba las hojas de coca con el fin de poder "ver" los acontecimientos venideros en el espiral de humo.

Uno de los usos más extendidos fue entre los braceros al norte de los Andes para no notar el cansancio mientras extraían estaño o plata de las minas o para labrar los campos. Servía además para atenuar el cansancio y el mal de altura en las subidas, cargados de provisiones desde las llanuras hasta los altos (Matxu Pichu) al ser un atenuante de la hipoxia.

En las grandes caminatas, mascaban hojas de coca, para calmar el hambre y la sed cuando no podían socorrerse con viandas y el agua necesaria y para gozar de cierta euforia, si cargados con 3 ó 4 arrobas de mercancías

las marchas se hacían interminables. Las distancias se contaban por "cocadas", es decir, por descansos durante los cuales se volvía a mascar las consabidas hojas de coca cuyo efecto no solía rebasar los tres cuartos de hora. Puesto que la distancia que podían atravesar dependía del terreno, la cocada era tanto una unidad de tiempo como de espacio. El efecto anorexígeno de las hojas de coca viene determinado por su importante aporte calórico en base a proteínas e hidratos de carbono fundamentalmente, además del aporte de minerales (Ca – P – Fe) y vitaminas, sobre todo vitamina A y B. Se calcula que 100 gr. de coca aportan unas 305 calorías.

Las hojas se masticaban siempre mezclándolas con un polvo alcalino (cenizas vegetales, conchas trituradas o cal): el añadido de carbonato cálcico aumenta por diez la concentración de cocaína en el plasma sanguíneo. La mezcla alcalina se ponía cuidadosamente en la bola para no quemar el interior de la boca. Actualmente la bola de cal ha sido sustituida por bicarbonato industrial. La hoja mascada con sustancias calcáreas permite una absorción lenta y progresiva que transforma la cocaína en ecgonina, incrementándose los efectos benéficos del alcaloide, la bola alcalina que acompaña al "acullico"(cocada) se denomina llujt' a.

Ciertos instrumentos usados por los incas, por ejemplo, tubos de oro para la absorción nasal, sugieren que quizá conocían algún tipo de refinado para la planta, a medio camino entre la hoja y el alcaloide.

En estos países andinos, las hojas eran consumidas bajo la forma de "tabaco de mascar", se masticaba durante varias horas, anestesiando el aparato digestivo lo que permitía no sentir hambre.

Entre los Incas la coca era un manjar, se utilizaba como ofrenda y en múltiples usos medicinales, era tan estimada que durante la época incaica se utilizaba como moneda, siendo parte importante de los tributos de Inca.

La clase social acomodada lo utilizaba por gusto pero los pobres lo hacían por necesidad, por lo que la oligarquía concedió el favor de su consumo a soldados, campesinos y mensajeros, el obrero esperaba a parte de su salario una ración de coca.

En 1530, Pizarro se encontró con el imperio Inca, su corte usaba la coca de forma liberal, como un privilegio, hacerlo sin autorización era un desafío y un crimen de lesa humanidad. Se producían panes de coca que consumía la nobleza en grandes cantidades.

Durante la conquista de América la Iglesia intentó suprimir su consumo al considerar que iba unido a rituales religiosos profanos, condenándola en la primera asamblea eclesiástica de 1551 y volvió a condenarse en 1567 por estar unida a la idolatría y a la hechicería *"Se creía que no poseía ninguna virtud, antes bien causaba la muerte de innumerables indios y arruinaba la salud de los sobrevivientes"*, pero la medida no surgió efecto debido a las grandes sumas de dinero que estaba dejando entre los colonos españoles, que la hacían servir para explotar a los indígenas.

Como los evangelizadores la consideraban como un producto demoníaco, fue motivo de varios concilios en Lima (1551 – 1772), el consejo de Indias dictaminó que el hábito había de ser tolerado por la dependencia que los indígenas mostraban de él y porque estaba considerada como la "planta sagrada de los Incas".

La explotación se producía tanto en las minas como en las mismas plantaciones de coca situadas al borde de las selvas húmedas, a mucha distancia del hábitat natural de los indios andinos, por lo que se produjo la paradoja de incrementarse el consumo entre los aborígenes e incluso entre los españoles que de esta forma aumentaba su productividad. La conquista de América llevó el consumo a todas las clases sociales, otorgando al clero un diezmo del comercio de la coca. Lo que llevó a que se legalizase oficialmente en el año 1573, aunque en 1613 se llegó a afirmar que excepto para el trabajo la masticación de coca era "una actividad social no autorizada.

Las autoridades de aquella época calculaban que entre un tercio y la mitad del cupo anual de los obreros de la coca fallecían como resultado del servicio obligatorio de cinco meses que debían de cumplir, a causa de un insecto díptero y del mal de los Andes o "uta" (cáncer de nariz, garganta y labios). Se promulgaron decretos desde Lima, e incluso por parte del rey Felipe desde Madrid, intentando regular las horas y condiciones de trabajo.

En la feria anual de Potosí se llegaron a importar 100.000 cestas de coca, alrededor de 1.300 toneladas. El consumidor medio mascaba 60 - 100 gr. de hojas de coca al día, repartidos en 3 – 5 veces, procurando las hojas más dulces y menos estropeadas, rechazando las amargas y negras por su alto contenido en cocaína, pero el contenido de alcaloide (cocaína) solo es del 0'5 – 0'7% y solo se absorbe una porción en la digestión, por lo que el consumo medio de cocaína podía ser de a lo sumo 300 – 700 mgr. cada 24 horas. El efecto de una masticación es comparable a la estimulación producida por dos cafés.

En el siglo XVII, sus virtudes estimulantes hacen que parezca muy útil a varios médicos y boticarios españoles al disminuir las fatigas entre los obreros y los soldados.

La práctica de mascar coca todavía persiste en algunas zonas de América del sur con la atribución de propiedades tales como la de mitigar el hambre, superar el mal de altura, anular los efectos de las bajas temperaturas e incluso aliviar el dolor de estómago. En la masticación no aparece euforia y el uso desaparece cuando disminuyen los grandes esfuerzos.

Aún hoy los aborígenes mascan sus hojas de coca durante hasta 3 horas, junto con una pequeña piedra caliza o polvo de cal que aumenta la salivación, o se emplea en infusión, tolerada y legal, para soportar los inconvenientes de las grandes altitudes andinas, el hambre y las fatigas del trabajo.

En Bolivia y Perú, donde la coca es legal, se utiliza en pasta de dientes, chicles, vino y en de forma más amplia en su versión de té (mate de coca).

Las hojas de coca, remedio omnipresente entre los Kallawayes, sirven para paliar las alteraciones gastrointestinales, las contusiones, los resfriados y otras enfermedades de la altitud. En gran parte de América del Sur es apreciada también por sus propiedades estimulantes. Al calentar o hacer hervir las hojas de coca se liberan ciertos alcaloides que alteran al "espíritu".

Excepto en la cultura de los colonizadores españoles, la coca ha estado desconocida prácticamente para el resto del mundo hasta el siglo XIX. En nuestra época, el mal uso de ciertas drogas extraídas de vegetales como es la cocaína se ha convertido en un verdadero azote social.

LA COCA DURANTE EL SIGLO XIX.

El naturalista suizo J.J. von Tschudi, escribió un libro denominado *Travels in Perú*, siguiendo y verificando los descubrimientos hechos por Pizarro y tuvo la ocasión de verificar las virtudes de la coca al observar como los porteadores con los que llegó al Perú en 1830 podían pasar cinco días sin tomar alimento alguno y durmiendo muy poco gracias al consumo de coca.

En el año 1850 Paolo Mantegazza escribió en Milán un tratado sobre la Coca, afirmando que la propiedad principal de la coca no se encontraba en ningún otro remedio, destacando su efecto exaltante que desafiaba la fuerza del organismo sin dejar ningún signo de debilidad y lo recomendó para las enfermedades nerviosas.

Veinte años más tarde Sir Robert Christion la exalta por la capacidad de eliminar la fatiga mental y física. Los ciclistas franceses empezaron a tomarla y también los soldados del ejercito alemán ambos grupos para incrementar su resistencia.

A principios del siglo XIX se empezó a observar los efectos del consumo excesivo a

largo plazo, el paso se volvía poco seguro, la piel amarillenta, los ojos hundidos nublados y rodeados de un anillo morado, los labios temblaban y aparecía una apatía general. No obstante se aseguraba que el consumo moderado no era simplemente inocuo sino conveniente para la salud. La revista Lancet en un artículo de Dowdeswell publicado en 1876, describe los primeros efectos negativos tales como cambios en el pulso y en la temperatura.

En el siglo XIX se llegó a afirmar que: *" la coca puede usarse con exceso, como todo lo demás, y ser entonces perjudicial para la salud, pero no deja de ser la droga menos dañina, la más calmante y tónica de las conocidas".* Se subrayó su efecto exaltador que invocaba la potencia del organismo sin dejar signo alguno de debilidad consecuente.

A finales del siglo XIX alrededor de diez millones de indios de América del sur seguían con su costumbre atávica de mascar coca, aunque nadie creía en aquel momento que ese consumo fuese mucho más peligroso que el hecho de beber café, té o mate.
Las estadísticas de las naciones Unidas de 1970 indicaban que cerca del 50% de la población adulta de Perú y Bolivia seguían mascando hojas de coca.

DESCUBRIMIENTO DE LA COCAÍNA: SU AUGE Y UTILIDADES.

Fue durante el año 1859, el científico alemán de la Universidad de Gotinga, Albert Niemann, aisló el alcaloide principal de la coca: la cocaína. En el proceso utilizó básicamente alcohol, ácido sulfúrico bicarbonato sódico y éter. Comercializándose rápidamente como alimento para los nervios y como forma inofensiva de curar la tristeza, tensor de las cuerdas vocales se empleaba por los artistas del Bel canto e incluso una década más tarde se atribuía a su uso por parte de las mujeres el otorgarles *"sempiterna vitalidad y hermosura".*

Entre 1863 y 1865, un químico austriaco, Wilhem Lossen, descubrió la fórmula bruta de la cocaína. Los cuatro elementos del alcaloide son el carbono, el nitrógeno, el oxigeno y el hidrógeno: $C_{17}\ H_{21}\ O_4\ N$.

Muy pronto y sobre la base de los conocimientos previos que se tenían sobre las hojas de coca, la cocaína llega a alcanzar un prestigio tanto científico como social, que llevará a utilizarla como remedio en algunas enfermedades. Uno de los primeros usos fue la anestesia local. El efecto de la cocaína produce acción antifatigante, aumento de la glucosa circulante en la sangre, redistribución sanguínea por los diferentes lechos sanguíneos por vasoconstricción, aumento de la tensión arterial, incremento de la efectividad de la contracción cardiaca y mejor ventilación pulmonar, tanto por su efecto directo sobre el centro respiratorio como por su efecto sobre la musculatura bronquial.

El caso más famoso es el Sigmund Freud que a partir de los informes que al respecto había elaborado el Dr. Italiano Paolo Mantegazza sobre los poderes "milagrosos de la cocaína", empezó a ensayar durante el año 1880 su uso para el tratamiento de la neurastenia o fatiga nerviosa. Como resultado de estos ensayos el mismo Freud publicó en 1884 una monografía denominada "Über Coca", en el que valoraba de forma positiva el uso de la cocaína para el tratamiento de enfermedades como la depresión, el nerviosismo, la adicción a la morfina, el alcoholismo, los trastornos digestivos, e incluso el asma.

En enero de 1885 publicó un segundo artículo bajo el nombre de *Contribución al conocimiento de os efectos de la Cocaína*, donde examinó los efectos subjetivos de su uso. Otros artículos publicados por Freud sobre el mismo tema son una *Addenda* a partir de su Über Coca, un artículo *sobre el efecto general de la cocaína* y un último escrito sobre el *Ansia y temor a la cocaína.* Este último lo hace como defensa de las acusaciones que ya había recibido por apología del consumo de una droga peligrosa., cuyo uso ya estaba haciendo estragos mediante inyección en los adictos a opiáceos. Freud empieza a reconocer su error, sin aceptar que la cocaína es

nociva por si misma, pues solo admite efectos negativos entre los adictos a la morfina, rechazando la capacidad adictiva de la cocaína.

Solo un año después de la publicación de *Über Coca* un neuropsiquiatra vienés, Erlenmeyer, negaba la utilidad terapéutica de la cocaína y advertía sobre sus consecuencias negativas. Aunque algunos científicos empezaban a temer por los efectos secundarios e incluso por la posible adicción cocaínica, Freud llegó asegurar en el mismo artículo que su consumo no producía deseo compulsivo sino cierta aversión al aumentar la dosis. Pero incluso Freud, pocos años más tarde, pudo experimentar con un colega suyo los efectos secundarios de la cocaína. El tratamiento consistió en inyecciones subcutáneas para tratar el dolor por una amputación y la adicción provocada por la morfina que su paciente y amigo había consumido para mitigar el dolor. Las dosis de cocaína tuvieron que ir en aumento y al cabo de cierto tiempo terminaron por provocar paranoia, delirios y pérdida de autocontrol. La cocaína no era tan inofensiva como parecía en un principio.

Durante la década de los 80 (1880) algunos contemporáneos de Freud siguieron sus pasos, y al utilizar la cocaína corroboraron en un principio que no era mucho más adictiva que el café o el té. El uso básicamente era subcutáneo, pero al tener que aumentar las dosis empezaba a aparecer cefaleas, pérdida de control mental y graves complicaciones cardíacas y respiratorias.

Entre sus utilidades cabe destacar su utilización para fortificar el corazón, estimular la circulación, excitar el espíritu y mejorar las funciones digestivas. Se prescribía además para la debilidad, el agotamiento, la neurastenia, el estrés, el alcoholismo, la fatiga sexual y la gripe. Toda una panacea, de la que se llegó a afirmar que con su uso se podría incluso prescindir de los asilos para alcohólicos, y conseguir su cura radical en 10 días.

Angelo Mariani, químico de Córcega, embotelló y vendió el "Vin Mariani", a base de cocaína con la indicación de prevención de la malaria, la gripe y "otras enfermedades devastadoras", incluso los cantantes de ópera lo utilizaban para alivio de sus gargantas.. Thomas Edison y el Papa León XIII fueron fervientes defensores de esta bebida, incluso el Papa prestó su efigie para la etiqueta y concedió la medalla de oro a su inventor.

El vino de coca se prefería frente a los extractos, las infusiones o la masticación. El vino era un "bordeaux" rojo aromatizado con extractos de la planta. Un vaso de vino Mariani podía contener entre 35 – 70 mgr. de cocaína, lo mismo que una raya actual.

El 2 de septiembre de 1885 el New York Times se hizo eco de las utilidades terapéuticas de la cocaína, otorgándole entre otras propiedades curativas para la fiebre del heno, el catarro, el dolor de muelas e incluso para los peores resfriados y mareos.

En aquel momento y ante la ausencia de estudios serios no se podía afirmar que fuese una droga peligrosa.

La compañía farmacéutica Parke Davis empezó a producir productos que contenían cocaína, por ejemplo cigarrillos de coca para las infecciones de garganta. Creían que el "fármaco" podía servir para curar desde los mareos hasta las hemorroides.

ParKe Davis se sirvió de la popularidad de Freud y de sus investigaciones, pagándole en especie por declarar que su cocaína era preferible a la de Merck (el otro laboratorio que la comercializaba), aunque Freud también aparecía en el prospecto de la cocaína de este último laboratorio alabando el producto.

La firma Merck hacía llegar entre otros Cocaine (clorhidrato de cocaína), que algunos años más tarde se conocería entre los usuarios con el sobrenombre de "la insuperable".

Su popularidad llevó a que la población la utilizase como un tónico, e incluso a que su utilización pasase a la ficción como en el caso de su utilización por Sherlock Holmes que se inyectaba cocaína cuando su mente se quedaba atascada en la resolución de algún caso. Incluso se dice que Robert Louis Stevenson escribió su obra *"El Dr. Jekyll y Mr. Hyde bajo la influencia de la cocaína (un libro escrito interrumpidamente durante seis días y que*

cuenta con 60.000 palabras). El tercer día rompió el manuscrito y empezó de nuevo."

La única voz discordante que apareció en el siglo XIX provino de un naturalista alemán, a cuyo juicio la cocaína era un narcótico comparable al opio, con perniciosos efectos secundarios. Luego hasta la segunda mitad del siglo XX, con las primeras ideas prohibicionistas nadie clasificaría la coca entre las sustancias narcóticas.

En 1884 un oculista llamado Keller, la utilizaba en sus pacientes como un buen anestésico local. En el ámbito terapéutico este alcaloide se utilizaba para evitar el dolor en las intervenciones quirúrgicas muy localizadas, sabiendo que era incapaz de actuar sobre la piel intacta, pero con una absorción y acción muy rápida sobre las membranas mucosas, sobre todo en boca, nariz y ojos.

El mismo efecto anestésico hacía que su absorción a nivel estomacal suprimiese la sensación de hambre, y cuando se inyecta entre las vértebras lumbares LIII y LIV, en la raquianestesia, se pueden operar sin dolor los miembros inferiores y la parte baja del abdomen hasta el nivel del ombligo.

La cocaína es uno de los estimulantes naturales del Sistema Nervioso Central, más potentes que se conocen. Actualmente su único uso aceptado en medicina es como anestésico local y vasoconstrictor, aunque no se utiliza habitualmente en terapéutica, sustituyéndose por fármacos mucho menos tóxicos y peligrosos.

LA COCAÍNA: FARMACODINÁMICA.

La cocaína es un compuesto cristalino, $C_{17}H_{21}NO_4$, de color blanco y sabor amargo; es soluble en agua y reacciona con los ácidos formando sales. Penetra directamente en el sistema nervioso central (S.N.C.) a través del torrente sanguíneo produciendo una sensación agradable, anestésica y estimulante.

La anestesia se produce al bloquear la transmisión nerviosa y el estímulo al producir interferencia intersináptica, teniendo capacidad de reforzar las norepinefrinas, moléculas o aminoácidos del S.N.C. Los efectos anorexizantes e inhibidores del sueño se producen al actuar directamente sobre el hipotálamo, el sistema reticular ascendente y en el cerebelo.

La acción de la droga se hace notar entre dos y cinco minutos después de aspirar dos dosis o rayas, prolongándose el efecto estimulante durante media hora.

Un uso crónico moderado pasa por la administración nasal de unos 250 mgr. a lo largo de todo el día, distribuido en cinco o siete tomas, lo que provocará insomnio, irritabilidad, falta de apetito, debilitándose el sentido de autocrítica y lucidez, pero su interrupción no produce Síndrome de Abstinencia.

El uso concomitante de alcohol permitirá usar más cocaína, lo que exige a la larga más sedación, teniendo en cuenta que este uso tiene un fin básicamente recreativo.

Si la administración es intra venosa el efecto es inmediato.

LA COCA COLA.

En el último tercio del siglo XIX aparecen bebidas con cocaína algunas con contenido alcohólico, en 1909 existían 69 bebidas distintas de esta clase. Entre las primeras que se fabricaron se encuentra la Coca Cola. El origen de esta bebida se debe a J.S. Pemberton, un boticario de Georgia, que vendía esta bebida para tratar los dolores de cabeza, la histeria, la melancolía y con fines tónicos. En su elaboración se empleaban hojas de coca, nueces africanas de cola y una pequeña cantidad de cocaína, mezcla conocida popularmente como "dope" (dosis de droga), en forma de jarabe carbónico azucarado.

En 1885 se registró el producto con la denominación *French Wine of Coca, Ideal Tonic*, aprovechando el éxito del vino Mariani, intentándola convertir a partir de sus modificaciones en la composición, en la bebida de intelectuales y abstemios. Al principio la

bebida contenía alcohol que se suprimió ante el establecimiento de la ley seca, añadiendo nuez de cola y esencias de agrios, también se sustituyó el agua por agua gasificada. Con estos cambios se consolidaba la Coca Cola, en 1891 el inventor vendió la patente a A. Grigs Candler, (fundador de la Coca – Cola Company) obteniendo así su fórmula secreta El jarabe se vendió en barriles de gaseosa como tónico reconstituyente.

En 1903, la extendida opinión pública contraria a las drogas, los perjuicios y los testimonios negativos junto a la reacción adversa de la prensa, aconsejaron eliminar la Cocaína por lo que en 1909, la Coca Cola terminó por sustituir la Cocaína por Cafeína, permaneciendo todos los demás alcaloides de la hoja de coca. En 1920 la Coca Cola se convirtió en la bebida nacional de EE.UU., sobre todo a partir de la aplicación de la ley seca, llegando a servir de cruzada para los metodistas contra el alcohol.

En 1978 Coca Cola intentó sacar a la venta un chicle con extractos de coca, como goma de mascar medicinal. La política de Reagan y la competencia de la Pepsi, les hicieron desistir del intento, retirando el extracto de coca que aún conservaba la Coca – Cola, el fracaso comercial junto con la respuesta popular obligó a los productores a reponer la bebida tradicional con la denominación de *Coca- Cola Classic*. En un conjunto de 54 productos industriales derivados de la Coca, solamente Coca – Cola tiene circulación mundial.[1]

LA DECADENCIA DE LA COCAÍNA.

Para un joven español el consumo de cocaína representaba una rebelión contra su clase. Con la revolución industrial, se planteó la posibilidad del uso de la cocaína entre los obreros. Pero a partir de 1880, se empezó a cuestionar su utilidad y sobre todo se evidenció su capacidad adictógena, la conducta psicótica, las convulsiones e incluso algunos casos de fallecimiento.

Pero en 1885 en el Medical Record se escribieron las primeras advertencias sobre el consumo de cocaína y aunque se afirmaba que aliviaba la sensación de agotamiento, disipaba la depresión mental y producía una sensación deliciosa de alegría y bienestar, con su uso los efectos secundarios aparecían en principio de una forma suave, casi imperceptibles, pero si su consumo continuaba y se incrementaba creaba un deseo que debía satisfacerse, el individuo a partir de ese momento se volvía nervioso, febril, insomne, inapetente, quedando al final la sensación de "neurastenia lastimosa".

Durante ese mismo año un paciente de Freud recibió una sobredosis de cocaína, lo que llevó al propio Freud a escribir un artículo titulado *"Craving For and Fear of Cocaine"*, teniendo que admitir que la cocaína producía paranoia, alucinaciones y deterioro físico y mental.

En 1887 el Dr. J.B. Mattison (Brooklin) asegura que la cocaína produce adicción. Y aunque se intentó demostrar que coca y cocaína no eran sinónimos a la hora de producir dependencia el hecho es que ante los hallazgos negativos de la cocaína, la coca cayó en desprestigio y desuso, conservándose únicamente las escasas utilidades clínicas. Incluso experimentos sofisticados fracasaron a la hora de demostrar el incremento de la energía para el trabajo en ausencia de fatiga.

A principios del siglo XX unos creen que la cocaína es mortífera, otros que es una panacea y otros hablan de su utilidad o inutilidad según personas. Hacia 1900 todas las drogas conocidas se encontraban disponibles en farmacias y droguerías, pudiéndose incluso comprar por coreo. La legislación española permitía que a principios del siglo XX, se pudiesen dispensar drogas y entre ellas pastillas y jarabes de cocaína y todo ello de libre acceso para los usuarios.

[1] Boville Luca de Tena, B. La Guerra de la Cocaína. Temas de debate.. Edit. Debate S.A. Madrid 2000.

En 1906 el gobierno Federal aprobó la Pure Food and Drug Act, exigiendo un cuidadoso etiquetado de todos los remedios patentados, pero no se preveió la venta de cocaína y opiáceos por lo que los problemas de adicción y violencia no hicieron más que incrementarse.

En 1907, el Estado de Nueva York, colocó la disponibilidad de la cocaína solo bajo control médico, pero el mercado negro se incrementó, vendiéndose la cocaína en la calle más barata que la prescrita por el médico.

En 1910 el presidente William Haward Talf aseguró que el consumo de cocaína era el peor problema de drogas jamás sufrido en Estados Unidos. Las restricciones se incrementaron fuertemente. La cocaína se hizo ilegal en U.S.A. en el año 1914. en aplicación del Acta Harrison, esta primera ley restringía su uso a usos médicos, prohibiendo todos los demás y exigiendo un registro de personas y laboratorios que la usasen.

Las demás naciones se unieron a la medida, tres días antes de estallar la primera guerra Mundial, se firmaba la Convención de la Haya (1914) con la propuesta dirigida a todas las Naciones de "controlar la preparación y distribución de opio, morfina y cocaína". Luego fue incorporado al tratado de Versalles (1919) donde se hablaba del uso ilegítimo de ciertas drogas, entre ellas la cocaína.

En 1925 se convocó una conferencia en Ginebra que pretendía fijar los límites para la producción del opio crudo y coca en cada zona del mundo. La propuesta planteada por EE.UU. no fue apoyada por las demás naciones.

En los años 30, los usos terapéuticos de la cocaína habían disminuido tanto que solo se utilizaba como anestésico tópico. Incluso sus derivados anestésicos como la procaína tienen la ventaja de que no entran rápidamente en el cerebro. La popularidad de la cocaína disminuyó durante los años 30 y fue sustituida por el uso de las anfetaminas.

En 1931 la Conferencia de Ginebra abogaba por un control y regulación de narcóticos con sistemas de cuotas y evaluación de necesidades por países. Entre la I Guerra Mundial y la Guerra Civil Española, la cocaína fue la droga con mayor demanda, y se utilizaba para dar energías al ejercito.

Su consumo se puso de moda y se extendió con cierta facilidad como una costumbre más de la época, sus usuarios pertenecían a todos los estratos sociales pero sobre todo tuvo cierto prestigio entre aristócratas, burgueses y bohemios. Todos ellos influidos por el afán de modernidad con el objetivo de llevar una vida frívola y mundana, su consumo les permitía aguantar varias noches de juerga sin necesidad de descansar ni dormir.

Si bien el consumo inicial se enmarcaba prioritariamente entre los miembros de la alta sociedad, progresivamente con el paso de los frívolos años veinte el hábito se extendió a homosexuales, prostitutas y gente del espectáculo y cabaret, la edad de consumo iba descendiendo y la media de los consumo aumentando. En pocos años la cocaína llegó a ser conocida en Europa como la droga de las prostitutas.

Durante los años cuarenta la cocaína seguía siendo una droga legal, de venta en farmacias que podía adquirirse con receta médica al precio de 12'5 Ptas. el gramo. En el Código Penal de 1944 ya se consideraba ilegal el consumo de esta sustancia, especificándose los delitos sobre su venta ilícita, el tráfico, y el consumo.

El uso ilegal estaba restringido a la clase alta, los otros consumidores se tuvieron que pasar al consumo de anfetaminas aunque tampoco tardarían mucho en descubrir sus devastadores efectos.

Un estudio sobre la coca desarrollado en EEUU en 1950, equiparaba los efectos de la coca a los de la cocaína, atribuyendo a la masticación de la coca la pobre situación de los indígenas de Bolivia y Perú, olvidando que la causa principal era el subdesarrollo. Por un planteamiento estrictamente político se quiso confundir a la opinión pública satanizando de igual modo las hojas de coca como su alcaloide, la cocaína.

En 1951 la ley Boggs o Ley de Sentencias Mínimas Obligatorias y en 1956 la Narcotic

Control Act promulgaban penas máximas a los infractores de las leyes antinarcóticos, incluyendo hasta la pena de muerte. En 1957 el Comité de Expertos en Drogas Adictivas, declaró que las drogas prohibidas producían adicción y las no prohibidas solo hábito. Estas leyes se trasladaron a nivel internacional por medio de la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961, y de su anexo de 1971, el Convenio de Sustancias Psicotrópicas. En la Convención Única sobre estupefacientes celebrada en 1961 se declara que: *" la toxicomanía constituye un mal grave para el individuo y entraña un peligro social y económico para la humanidad".*

En la España del franquismo el uso de la cocaína también estuvo presente, sobre todo entre personas sin privaciones económicas y con gran afición a la diversión, fue la droga de la "jet". En Madrid había un grupo de personas de doble moral formado por aristócratas, tonadilleras, artistas y gigolós, además de algún torero y famoso del mundo del cine, teatro, etc... que vivían esa doble vida intercalando su trabajo con veladas de desenfreno y grandes consumos de alcohol y cocaína.

También es cierto que la inmensa mayoría de los españoles vivían completamente ajenos a este tipo de "historias" y que las referencias que se tenían sobre el uso de la cocaína siempre estaban relacionadas con algún trágico suceso. En la prensa científica solo se publicaron un par de artículos sobre la cocaína y cualquier suceso era acallado por el tipo de personas que la consumían.

Pero esto nos hace ver que antes de producirse el aumento del consumo en los años ochenta en España se había producido en ciertos ambientes un consumo ininterrumpido de esta droga.

LA PSIQUIATRÍA MÉDICO LEGAL DE HENRY CLAUDE.

En el año 1933 y como resultado de diversos estudio e investigaciones el Dr. Parisino Henry Claude, dedica un capítulo a la Intoxicación cocaínica dentro de su obra *"La Psiquiatría médico legal".*

Hemos querido hacer referencia especial de esta obra por la brillantez de la exposición del cuadro clínico, en una obra de 1933, lo que nos permite entender que el conocimiento de la gravedad de las complicaciones del consumo abusivo y repetitivo de cocaína no ha sido algo desconocido por los médicos durante el siglo XIX, aunque no se le ha otorgado la importancia que el cuadro se merece hasta bien entrada la década de los 80.

El autor afirma que la intoxicación cocaínica es en la inmensa mayoría de los casos de carácter voluntario, desapareciendo el origen medicamentoso descrito por Freud. Es fácil observar la intoxicación cocaínica en los medios en los que es habitual buscar ciertas satisfacciones o impresiones nuevas, entre ellas destaca el ambiente artístico propicio al uso para evitar la fatiga y generar cierta excitación ficticia.

La intoxicación puede presentarse de forma aguda o crónica no estando exenta ninguna de las dos de graves alteraciones para la salud del consumidor.

La intoxicación aguda puede acarrear trastornos cardiorrespiratorios que pueden llevar a la muerte súbita. Los síntomas principales consisten en enfriamientos, síncopes, taquicardia, angustias precordiales, disnea, polipnea, avidez por el aire y ansiedad, nauseas y vómitos; trastornos nerviosos y mentales, lo que puede llevar al sujeto a estados de resolución muscular, colapso, presentando fenómenos de excitación psicomotriz con sacudidas musculares.

La excitación puede traducirse por locuacidad, risas o lágrimas inmotivadas, tendencia a la cólera, agresividad y violencias de todas clases.

Describe el autor la aparición de cuadros confusionales con alucinaciones o ilusiones, midriasis, elevación de la temperatura corporal y epilepsia. En el transcurso del cuadro delirante *puede entregarse el paciente a toda clase de actos graves (golpes, tentativas de homicidio y suicidio, incendios, fugas, escán-*

dalos públicos, rebeliones, rotura de escaparates, etc...

Cocainismo crónico – Cocainomanía:

Definida como la absorción habitual de cocaína, la describe como consecuencia de un desequilibrio, de una perversión del gusto o como la tendencia en ciertos individuos ávidos de goces morbosos. *Es la expresión de la depravación voluntaria, relacionada con condiciones de vida que denuncian una profunda inmoralidad.*

La cocaína es introducida en las fosas nasales en forma de polvo, teniendo aproximadamente cada toma 20 – 30 centigramos de droga. Algunos adictos se conformaban con dos o tres tomas al día lo que representaba menos de un gramo, en cambio otros llegaban a tomar entre 2 y 5 gramos o aún más.

Explica que como en *otros venenos de esta naturaleza*, el uso habitual puede determinar después de algunas semanas el estado de necesidad apareciendo el consabido fenómeno de tolerancia, ya que si no existía un aumento de dosis aparecía un sentimiento de malestar sobre todo expresado en reacciones psíquicas y nerviosas. Pero al mismo tiempo analiza a algunos sujetos que pueden mantener el consumo de dosis de entretenimiento que les produce un efecto estimulante, sin llegar a consumir dosis verdaderamente tóxicas.

La absorción de la cocaína podía ocasionar según el consumidor manifestaciones de carácter banal o en cambio resultados francamente patológicos.

La fase de iniciación en el consumo suele ir siempre acompañada de satisfacción, aunque con una serie de molestias acompañantes como puede ser una impresión penosa de frío en las fosas nasales, una anestesia de la mucosa y una tendencia a desfallecimientos y palpitaciones del corazón, lo que desanima a ciertos principiantes. Estas molestias suelen desaparecer y no preocupan al sujeto que experimenta cierta euforia, sentimiento de fuerza alegría y exacerbación de las facultades intelectuales, de la palabra y de la memoria. *De ello resulta un contento, un olvido de las penas, que, en ciertas personas, más sensibles que otras, temerosas de los esfuerzos, despierta el deseo de renovar aquellas sensaciones*.

Ya en esa época se conocían a artistas y oradores que recurrían al consumo de cocaína para sacar mayor partido de si mismos ante la necesidad de verificar un esfuerzo particular, sin seguir luego con un consumo constante.

En cambio otras personas, más ávidas de satisfacciones iban aumentando las dosis progresivamente hasta llegar a una especie de embriaguez bastante similar a la embriaguez de las bebidas alcohólicas. Una embriaguez intensa y alegre, con excitación psíquica estimulante de la imaginación, de las ideas y de la fantasías, con exaltación de las facultades intelectuales, este presumible estado de bienestar conducía a aumentar las dosis apareciendo al cabo de un tiempo la verdadera excitación motriz con desorden de los actos, irritabilidad y dependencia.

Con la repetición de este tipo de intoxicaciones iban apareciendo los primeros trastornos psíquicos y del comportamiento, cada vez de mayor potencia y duración para llevar al individuo a la intoxicación crónica o *cocainismo*.

El resultado de la intoxicación crónica era la aparición de trastornos físicos, como el prurito, la fatiga en el intervalo de las tomas, la laxitud, la tristeza y la astenia que conducía al sujeto a esnifar una nueva dosis.

En el terreno psicológico se observaron trastornos del carácter, irritabilidad, celos, dolores precordiales, síncopes, temblores, midriasis y trastornos visuales y auditivos, todo ello acompañado de pérdida de peso, anorexia, temblores y aparición tics con nerviosismo general.

Realizando el examen médico del paciente se podía observar congestión de las mucosas nasales, costras en el tabique nasal consecuentes a repetidas epistaxis, *estado saburral de las vías digestivas, congestión del hígado, constipación, exageración de los reflejos ten-*

dinosos y finalmente lesiones cutáneas de rascamiento.

Tampoco era raro en las intoxicaciones crónicas encontrar estados de caquexia generalizada así como la constatación de cuadros alucinatorios de orden visual precedidas de ilusiones. Realmente todo esto desembocaba en delirios acompañados de estado confusional, insomnio con agitación, ansiedad y tendencias violentas y agresivas.

La gravedad del cuadro, o la impregnación cocaínica a la que estaba sometido el sujeto podía traer consecuencias incluso después de la desintoxicación del individuo dejando un estado depresivo, acompañado de indiferencia, inactividad y apatía. Incluso a veces bradibpsiquia temblor y fatiga, reversible en ocasiones con el paso del tiempo si el sujeto no volvía a consumir.

Para el tratamiento de desintoxicación se decía que debido a la naturaleza de su adicción se podía suprimir inmediatamente la cocaína sin que fuese necesario tomar ciertas precauciones médicas y sin tener que recurrir a ningún tratamiento farmacológico o su ingreso en una clínica de desintoxicación.

Como en otras muchas ocasiones el análisis de estudios anteriores a nuestra época nos hace pensar en el poco provecho que hacemos de la historia de la medicina, la reflexión sobre la cocaína y su adicción de Henry Claude es un claro ejemplo de cómo algunos aspectos que todavía hoy seguimos debatiendo estaban ya más que corroborados hace aproximadamente 70 años.

UN NUEVO AUGE EN EL CONSUMO.

Los carteles sud-americanos, intentaron propagar la cocaína desde 1930 hasta la actualidad. El cultivo de la Coca es prácticamente monopolio de tres países: Perú, Bolivia y Colombia, seguido de lejos de Ecuador y Brasil. Tradicionalmente el proceso de la hoja se hacía en Colombia pero en la actualidad se ha extendido a Chile, Argentina, Brasil y Panamá, en estos países últimamente se produce también la elaboración de la cocaína.

El consumo de cocaína durante los años 1920 – 1970 se redujo al mundillo de artistas. La cocaína estuvo casi medio siglo relegada a pequeños grupos de consumidores pero a partir de los años 70 resurge con fuerza su consumo, bajo la idea de que era la droga del bienestar frente al malestar teóricamente producido por la heroína, es pues su uso sinónimo de placer, glamour, sofisticación, clase y lujo.

A finales de los 60 y principios de los 70, la cocaína reapareció, el esnifarla había estado de moda en los años 20, las anfetaminas la sustituyeron por ser más baratas, pero eran insatisfactorias para los usuarios y la cocaína volvió a ser preferida en las ciudades estadounidenses.

Se aumentó el contrabando y así en 1969, 10 libras de cocaína podían dar una ganancia de 10.000 dólares que se convirtieron en 160.000 dólares en 1.973, y los campesinos sudamericanos prefieren las ganancias del cultivo de la coca a la precariedad de la producción de otra agricultura alternativa. Y es que la propuesta de destrucción de campos de coca no va acompañada en muchas ocasiones de medidas alternativas que ayuden a la supervivencia de los campesinos.

Entre 1960 y 1970, se convierte en el "champañ" de las drogas ya que se creía inocua y no adictiva, era la droga de los ricos, popular en los medios de comunicación y en los círculos de música moderna

La cultura revolucionaria contra la guerra del Vietnam terminó con un consumo muy alto de drogas y con una vuelta al mercado negro de la cocaína entre otras drogas, sobre todo la marihuana. La cocaína se convirtió en la década de los 70, en EE.UU. en la droga preferida sobre todo entre las estrellas del rock, corredores de bolsa, artistas, prostitutas, hombres de negocio, actores y actrices.

La expansión del consumo en España, debe entenderse como consecuencia directa de la expansión del mercado multinacional y del negocio más lucrativo del mundo.

El consumo de cocaína se incrementó durante la década de los 70 contraponiendo su efecto estimulante frente al efecto depresor de la marihuana. Empezó sobre todo el consumo intranasal, esnifándose con una cucharilla especial a través de un canuto, una raya proporcionaba unos 25 mgr. de cocaína.

La cocaína comenzó a llegar a América del Norte a partir de 1976, su consumo no estaba mal visto por la creencia de su incapacidad para producir dependencia física y por su compatibilidad con el alcohol.

La literatura médica olvidó la experiencia del siglo anterior y volvieron a exaltar sus virtudes y sobre todo a no considerarla adictógena, por lo que creció la demanda, el consumo y los precios decrecieron incrementándose la dosis por consumo.

En los años 80 era la droga de la élite que otorgaba cierto status social, considerada como una droga de lujo por su elevado coste. En EE.UU. constituía el sueño ideal que procuraba el éxito rápido sobre todo entre los "Yuppies".

En un estudio realizado por el Observatorio Europeo de drogas y toxicomanías entre escolares de 15 / 16 años y publicado en 1999 en el *Extended Annual Report on the States of the Drug problem in the European Union (*EMCDDA, 1999), daba las siguientes cifras de consumo de cocaína entre la muestra mencionada:

Francia 1997: 1'5%	Dinamarca 1995: 0'5%
Italia 1995: 3%	Países Bajos 1996: 4'3%
España 1996: 2'5%	Reino Unido 1997: 1'5%

Considerando además que la tendencia estadística es hacia un aumento en el consumo entre la población más joven..

SITUACIÓN ACTUAL.

Para elaborar un Kgr. De cocaína pura se requieren unos 500 Kgr. de hoja de coca seca y distintos productos químicos. La droga se presenta comúnmente en polvo, en forma de clorhidrato de cocaína, obtenido a partir de la pasta base, con clorhídrico y extracción de acetona – etanol. Es un polvo blanco, cristalino y de sabor amargo al cual en los ambientes de drogadicción se denomina "nieve", "coca" y "farlopa".

El sulfato de coca o pasta base, "suko", "baserolo" o "suzuki" se obtiene por maceración de la hoja con ácido sulfúrico durante 1 – 4 días previa exposición a petróleo y carbonato potásico. Es una pasta parda – negra fumable que puede ocasionar saturnismo por el tetraetilo de plomo de la gasolina. La cocaína *freebase* parece haber aparecido en california en 1974

La aparición del consumo de cocaína, denominado "base libre", permitía a los consumidores fumar droga y absorber dosis superiores. Su obtención es mediante la disolución de un polvo cristalino, el hidrocloruro de cocaína, en una base fuerte.

El *free base* o base libre proviene de la extracción del clorhidrato de cocaína con éter, lo que al evaporarse con calor, deja como precipitado los cristales casi puros de cocaína base, muy potente. Es un polvo blanco – pardo, poco soluble en disolventes polares.

Cuando se habla de cocaína base "crack", se trata de una forma de presentación en la que se ha suprimido ese átomo de cloro, dejando la cocaína sola. El aspecto es de porcelana y triturado se asemeja a escamas de jabón.

La aparición del crack de cocaína a mediados de los años 80 se convirtió sobre todo en EE.UU. en producto de masas y con un bajo coste favoreciendo el consumo entre los jóvenes. Es más adictiva y con efectos médicos mucho más graves.

El crack es una mezcla de cocaína, de bicarbonato de sodio y de amoníaco presentado bajo la forma de pequeños cristales. Se usa inhalado en humo después de haberla calentado. Esta operación provoca ciertos crujidos "craquements" en francés o "crackling" en inglés, origen de su nombre. La palabra crack aparece por primera vez en los

medios de comunicación en el New York Times el 17-11-1985.

Esta forma de consumo provoca efectos más intensos que la cocaína, llega más rápidamente al cerebro y sus efectos son más breves. El uso regular del crack puede provocar alucinaciones y entrañar comportamientos violentos, episodios paranoides e ideación suicida, su uso continuo desencadena efectos rápidos sobre el cerebro, graves alteraciones de las vías respiratorias y paradas respiratorias y/o cardíacas, pudiendo entrañar la muerte. El uso del crack afecta a todas las edades, incluso a los fetos en el útero.

La aparición del crack desterró el éxito alcanzado por la cocaína, significó la cara más triste y oscura sobre todo para un sector de personas que encontraban en ella su fracaso y marginación social.

La administración Reagan abrió una fuerte lucha contra la cocaína destruyendo en cierta forma el gran mercado Americano, lo que sirvió para desplazar y potenciar el mercado europeo, por este motivo el consumo en Europa se incrementa y los problemas derivados de la cocaína se multiplican.

España, debido a la gran cantidad de zonas de costa y a la baja vigilancia en algunos puertos se convirtió en una excelente puerta de entrada de la droga hacia Europa, potenciado por las buenas relaciones con los países latinoamericanos. A todo ello hay que añadir la existencia de una red de contrabando ya organizada previamente en torno al tabaco lo que permitió la rápida instauración de redes de tráfico de cocaína en zonas como Galicia.

Este paso de la sustancia trajo también como consecuencia un aumento del consumo en España a finales de los 70 y principios de los 80. El mercado negro de la cocaína es el más próspero que existe.

En los años 80 aumenta la producción de coca, que se ha logrado estabilizar a finales de los 90, con el apoyo de la Convención de las Naciones Unidas contra el tráfico Ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas aprobada en Viena en Diciembre de 1988.

A partir de los años 90 el consumo de cocaína se extiende a todas las clases sociales incluidas las más bajas y entra dentro del consumo recreativo de drogas sin valorar los efectos negativos. El aumento del consumo está proporcionalmente ligado al aumento del ocio nocturno, un cambio en la escala de valores basada en el éxito social rápido y en la instauración de una moda de consumo recreativo de drogas.

Existen otras formas de consumo por ejemplo la cocaína mezclada en bruto con marihuana o tabaco, se convierte en una forma muy adictiva llamada "basuco". El basuko es la parte menos pura y más tóxica por los restos de azufre o gasolina de la pasta base. Algunos consumidores mezclan cocaína con heroína para compensar los efectos estimulantes y alargar la euforia (speedball), o lo que es lo mismo *"pelotazo rápido".*

Cerca de un 90% de los adictos a la cocaína también consumen alguna otra droga, sobre todo depresores como el alcohol, la marihuana y la heroína, aunque el consumo único de cocaína se ha visto incrementado en los últimos 2 ó 3 años.

Otros modos de consumo es la inyección intravenosa de cocaína, e incluso impregnando la mucosa genital durante las relaciones sexuales, lo que al absorberse provocaría un retraso en el orgasmo por producir anestesia local.

Sea cual sea el método empleado para su administración, la cocaína se destruye rápidamente en sangre, los efectos pueden llegar a durar tan solo 10 minutos. En cambio una borrachera de cocaína puede durar 24 horas o más, sin necesidad de dormir, con varios picos por hora, seguido de una caída cuando el suministro de drogas se agota.

En la práctica médica la cocaína se usa todavía como anestésico superficial para paralizar membranas mucosas, como en los ojos, nariz y garganta, en donde su efectividad no ha sido superada.

La situación actual en España, lleva a que cerca del 50% de las urgencias atendidas por el consumo de sustancias psicoactivas estén

relacionadas con el consumo de cocaína, habiéndose producido un incremento de más de un 20 % desde 1996. Lo mismo ha sucedido con las admisiones a tratamiento por cocaína que han pasado de 3000 en el año 1996 a cerca de 9.000 en el año 1999. Si atendemos a las muertes por sobredosis el incremento también es notorio, 29% en 1996 y 56'3% en 1999 y todo ello a pesar de que su consumo parece haberse estabilizado entre la población española[2], en todos los sectores de edad excepto entre los 14 a 18 años, encontrándonos en el mercado con una droga más pura y más barata.

Un reciente estudio realizado por Investigadores de la Universidad de Emory (EE.UU.) han identificado más de 400 genes que pueden ser alterados por el consumo de cocaína, ello puede permitir disponer en algunos años de fármacos sustitutivos de la cocaína o bien de medicamentos que puedan disminuir el deseo de su consumo.

ALGUNAS MEDIDAS CONTRA LA COCAÍNA.

A nivel mundial se intentó obstaculizar la producción de cocaína evitando que los países productores accedieran a precursores químicos (acetona – éter – ácido clorhídrico), necesarios para la producción del clorhidrato de cocaína. El resultado fue la exportación del alcaloide como pasta base, proliferando los laboratorios clandestinos en los países receptores de la misma, con este sistema se logró estancar el precio del producto, alrededor de 10.000 Ptas. el gramo de cocaína, pero también es verdad que se fue incrementando el proceso de adulteración de la sustancia.

La década de los 90 es el Decenio de Naciones Unidas Contra el Uso Indebido de Drogas, intentando además la erradicación del cultivo de coca y el desarrollo alternativo de los países cultivadores.[3]

Aunque no se han observado resultados contundentes, todo ello podría permitir, junto con otras estrategias informativas y preventivas una probable estabilización en el uso de la cocaína, ¿o tal vez un descenso?.

BIBLIOGRAFÍA.

Bologne, J.C. Histoire morale et culturalle de nos boissons. Edit. Robert Lafont. París 1991. p.p. 24 – 34.

Boville Luca de Tena, B. La Guerra de la Cocaína. Temas de debate.. Edit. Debate S.A. Madrid 2000.

Cabrera Bonet, R y Torrecillas Jiménez, J.M. Manual de drogodependencias. Cauce editorial. Madrid 1998.

Castaño, G.A. Cocaínas fumables en Latinoamérica. *Adicciones.,* 2000. Vol 12 Num. 4. Págs. 541/550.

Claude, H. Psiquiatría médico – legal. Espasa Calpe S.A. Madrid 1933 p.p. 242 – 250.

El País SOCIEDAD. Martes 12 diciembre de 2000.

El País SOCIEDAD. Martes 19 diciembre de 2000.

Escohotado, A. Historia General de las drogas. Alianza Editorial. Madrid 1989. 3 tomos.

Escohotado, A. Historia elemental de las drogas. Anagrama. Barcelona 1996.

Font Quer, P. Plantas medicinales. El dioscórides renovado. Editorial Labor, S.A.. Barcelona. 1980. pp. LV – LXV.

Goldstein, A. Adicción. Ediciones de Neurociencias. Barcelona 19994.

Inglis,B. Marihuana y otras hierbas. Del consumo libre a la prohibición. Tikal ediciones. Gerona 1994.

Lipp, Frank J. Les plantes et leurs secrets. Editions Albin Michel S.A. París 1996 p. 8 y p. 119.

Maestracci, Nicole. Drogues savoir plus risquer moins. Drogues et dépendances. Le livre

[2] Datos del Observatorio Español de drogas.

[3] Boville Luca de Tena, B. La Guerra de la Cocaína. Temas de debate.. Edit. Debate S.A. Madrid 2000.

d´Information ce qu´il faut savoir. CFES. France. Avril 2000.

Mark S. Gold. Cocaína. Ediciones de Neurociencias S.L. Barcelona 1997.

Romaní, O. Las Drogas. Sueños y razones. Edit. Ariel. Barcelona 1999.

Rudgley, R. Enciclopedia de las substancias psicoactivas. Paidós divulgación. Edi. Piados. Barcelona 1999.

Usó, J.C. Drogas y cultura de masas (España 1855 – 1995) Edit. Taurus. Madrid 1996.

Epidemiología del uso/abuso de cocaína.

Bobes, J.*; Sáiz, P.A.; González, M.P.**; Bascarán, M.T.*****

* Catedrático de Psiquiatría. Area de Psiquiatría. Universidad de Oviedo.
** Prof. Titular de Psicología Médica. Area de Psiquiatría. Universidad de Oviedo.
*** Colaboradora de Honor. Area de Psiquiatría. Universidad de Oviedo.

Enviar correspondencia: J. Bobes García. Universidad de Oviedo. Fac. Medicina - Area Psiquiatría. Julián Clavería, 6. 33006 Oviedo.
e-mail: bobes@correo.uniovi.es

Resumen

Los datos aportados en los últimos años por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías sugieren un incremento en la prevalencia de uso de cocaína, de su disponibilidad y de los problemas generados por su consumo en la mayoría de los países europeos. Concretamente, en nuestro país se ha venido experimentando un aumento del consumo tanto experimental como más regular de la misma. Dicho incremento es especialmente llamativo en los jóvenes, y afecta a todos los grupos de edad de ambos sexos. No obstante, el consumo de cocaína sigue situándose muy por debajo de los niveles obtenidos por otras sustancias tradicionalmente más consumidas como alcohol, tabaco y cánnabis.

Paralelo a este aumento de consumo se ha detectado un incremento paulatino del número de usuarios de cocaína que solicitan tratamiento en la red asistencial, del número de episodios de urgencias hospitalarias directamente relacionadas con su consumo y del número de muertes por reacción aguda al consumo de cocaína.

Otro dato preocupante es el elevado nivel de asociación de cocaína a policonsumo de otras sustancias, básicamente alcohol, tabaco, cánnabis y otros psicoestimulantes.

Por último, cabe reseñar que aunque en la población general ha crecido significativamente el nivel de riesgo percibido ante el consumo habitual de cocaína, en la población más joven el nivel de riesgo percibido ha disminuido ligeramente en los últimos años.

Palabras clave: *epidemiología, cocaína, percepción social, España.*

Summary

Data from the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction suggest an increase in the prevalence of cocaine use, its availability, and of the problems due to its consumption in the majority of European countries. In Spain an increase in both experimental and regular consumption has been recorded. Such an increase is especially noticeable in youths, and this affects all age groups of both sexes. Nevertheless, the consumption of cocaine continues to be much lower than that of other drugs such as alcohol, tobacco, and cannabis.

A progressive increase in the number of cocaine users who seek treatment, in the number of hospital emergencies related to cocaine consumption, and in the number of deaths due to acute reactions, had been seen in conjunction with the increase of cocaine consumption.

Another disturbing fact is the association of cocaine consumption with polyconsumption of other drugs such as alcohol, tobacco, cannabis, and other psycho-stimulants.

Finally, we emphasize that although the level of perceived risk from usual cocaine consumption has grown significantly in the general population, this has decreased slightly in recent years in young people.

Key words: *epidemiology, cocaine, social perceptions, Spain.*

1. TENDENCIAS EN EL USO/ABUSO DE COCAÍNA EN LA UNIÓN EUROPEA

Para describir y analizar la tendencia actual de uso/abuso del cocaína en el contexto europeo creemos que resulta fundamental tener presente la información del Centro Europeo para la Monitorización de las Drogas y la Drogadicción (EMCDDA) (1). El EMCDDA es una agencia de la Unión Europea que tiene como objetivo proporcionar una visión objetiva, fiable, y comparable sobre las drogas, la adicción a las mismas, y las consecuencias de su abuso a nivel de la Unión Europea.

A pesar de que desde el comienzo de la década de los 80s cada vez se ha detectado una mayor preocupación en lo referente a la magnitud del consumo de cocaína en la mayoría de los países europeos, aún carecemos de estadísticas fiables que pongan de manifiesto el verdadero alcance de este fenómeno en una gran parte de los mismos. Los datos disponibles en el momento actual sugieren un ligero incremento en la prevalencia de uso de cocaína, de su disponibilidad (medida a través de las cantidades de cocaína incautadas) y de los problemas generados por su consumo en la mayoría de dichos países.

1.1. Consumo de cocaína en la Unión Europea

Conviene tener presente que las metodologías usualmente utilizadas para detectar el consumo de cocaína (y de otras drogas) tienden, generalmente, a infravalorar su cuantía. Las encuestas realizadas a nivel nacional en diferentes países europeos ponen de manifiesto que las prevalencias de consumo en población general varían de unos países a otros, oscilando entre un 1% o menos en países como Bélgica, Francia, Irlanda o Suecia, aproximadamente un 2% en Dinamarca y Holanda y un 3% en Reino Unido y España (Figura 1). Entre el 1% y el 6% del grupo de 16-34 años y del 1% al 2% de los escolares han probado la cocaína al menos una vez, si bien algunas encuestas (Italia, Holanda y España) muestran niveles de hasta un 4% entre los jóvenes de 15 a 16 años.

1.2. Decomisos

En lo que a cantidades decomisadas se refiere cabe comentar que, si bien, las cantidades aprehendidas fluctúan, la tendencia general es ascendente. Esta tendencia es evidente en casi todos los estados de la Unión Europea, pero resulta especialmente clara en España, Irlanda y Reino Unido. Así, en comparación con 1997, la cantidad total de cocaína incautada en la Unión Europea durante 1998 disminuyó un 21% hasta alcanzar las 34 toneladas, reflejando principalmente el descenso en España y Portugal. En 1998, las mayores incautaciones tuvieron lugar en España y los Países Bajos (Tabla 1).

El precio de la cocaína es generalmente estable en la Unión Europea, si bien baja en Alemania y el Reino Unido.

1.3. Impacto sanitario y social

Las consecuencias socio-sanitarias derivadas del uso-abuso de cocaína siguen siendo no muy elevadas en la mayoría de los países de la Unión Europea, si bien, la proporción de consumidores que solicitan tratamiento por consumo de cocaína va en aumento en muchos países, especialmente en el sector privado. Todavía no está claro, sin embargo, hasta qué punto guarda esto relación con el consumo de heroína o se debe a un excesivo consumo de otras drogas con fines lúdicos.

La cocaína constituye la principal droga de menos del 10% de las admisiones a tratamiento, excepto en España (11%) y los Países Bajos (17%). Con frecuencia, la cocaína es la segunda droga de abuso de los consumidores de heroína en tratamiento (del 15% al 60% según los datos disponibles).

1.4. Perfil de los consumidores de cocaína

En líneas generales, puede decirse que el consumidor europeo de cocaína se caracteri-

Figura 1. Prevalencia vida del consumo de cocaína en los Estados miembros de la Unión Europea.

B. Bélgica; DK. Dinamarca; RFA. República Federal de Alemania; RDA. República Democrática de Alemania; S. Suecia; Es. España; F. Francia; UK. Reino Unido; Fin. Finlandia; G. Grecia; Irl. Irlanda; Hol. Holanda.

Modificado EMCDDA[1]

Tabla 1: Cantidades de cocaína decomisadas en la Unión Europea (1986-1996)

País	Kilogramos decomisados												
	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Alemania	496	1406	2474	964	1332	1051	767	1846	1373	1721	1133		
Austria	14	21	41	84	58	84	53	55	73	87	99		
Bélgica	404	89	537	756	1222	2892	479	576	838	3329	2088		
Dinamarca	10	55	28	40	21	11	30	110	32	58	44		
España	3461	1852	5382	7573	4454	5350	4016	6897	13742	18418	11688	18111	6165
Finlandia	0	11	0	38	0	0	0	0	0	0	2		
Francia	593	939	1845	831	1625	1715	4743	865	1742	844	1051		
Grecia	2	2	34	13	9	5	176	9	156	17	283		
Holanda	517	1425	4288	2492	3433	3720	8200	4851	9222	11489	11452		
Irlanda	0	3	1	0	10	0	0	22	642	11	333		
Italia	616	668	805	1300	1345	1101	6636	2603	2387	1650	2144		
Luxemburgo	5	21	23	14	12	16	16	1	13	9	6		
Portugal	302	793	360	1094	1860	216	1719	2116	812	3163	625		
Reino Unido	323	499	611	1078	2248	717	2261	672	1219	2350	2960		
Suecia	7	5	9	226	61	14	29	4	18	34	19		
Total	6749	2885	16438	16504	17690	16884	29007	20626	32270	43181	33926		

Modificado de EMCDDA[1], PND[8]

za por estar socialmente integrado, tener una edad entre los 20 y los 40 años, poseer un nivel sociocultural y económico superior a la media, consume la cocaína de modo intermitente, y en general, realiza consumos no muy elevados y dentro de un contexto social y sólo una minoría de los consumidores de cocaína suelen desarrollar patrones de consumo más intensos y problemáticos.

No obstante, es necesario recordar que la cocaína también es utilizada por grupos más marginales. Así, los adictos a heroína que también consumen cocaína (intravenosa o crack, principalmente) constituyen un grupo cada vez más numeroso con un perfil social muy diferente al expresado con anterioridad y que, sin embargo, es similar al del heroinómano clásico.

Por último, merece la pena comentar que en los últimos años el uso de crack ha emergido como un problema importante en determinados países como Francia, Holanda y Reino Unido, habiéndose detectado también su consumo en otros como Alemania y escasamente en España.

2. TENDENCIAS EN EL USO/ABUSO DE COCAÍNA EN LOS PAÍSES DE EUROPA CENTRAL Y ORIENTAL

En los países de Europa Central y Oriental el consumo de cocaína es relativamente raro, pero a medida que ha aumentado su disponibilidad, también ha ido en aumento la prevalencia, el tráfico y las incautaciones. Comparada con otras drogas, la cocaína resulta bastante cara y su consumo tiende a limitarse a grupos con elevados ingresos (EMCDDA (1).

3. TENDENCIAS EN EL USO/ABUSO DE COCAÍNA EN ESPAÑA

Al igual que en el apartado anterior haremos especial referencia a los datos obtenidos por el Plan Nacional de Drogas a través de sus encuestas: La Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar (se realiza los años pares) y La Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas (se realiza los años impares). Dadas las diferencias metodológicas entre ambas (algunas tan obvias como la edad) presentaremos por separado los resultados de ambas.

3.1. Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar (PND, 1994 (2), 1996 (3) , 1998 (4), 2000 (5).

Esta encuesta se viene realizando de forma periódica cada 2 años y en ella participan los estudiantes de los centros públicos y privados de enseñanza secundaria y formación profesional, con edades comprendidas entre los 14 y los 18 años.

Con respecto al porcentaje de jóvenes consumidores de cocaína (Tabla 2), cabe señalar que durante los años 1994-2000 se ha experimentado un incremento tanto del consumo experimental (que se ha duplicado entre 1994 y 2000) como del consumo más regular (se ha producido un aumento de 2.2 veces en las prevalencias de consumo último año y último mes en idéntico período). Sin embargo, durante el período 1998-2000 se ha asistido a un ligero descenso en el porcentaje de consumidores habituales de cocaína, que han evolucionado del siguiente modo (consumo en los últimos 30 días): 1.0% en el año 1994, 1.5% en el año 96, 2.4% en el año 98 y 2.2% en el 2000. Comparadas estas cifras con las de Europa occidental se demuestra claramente como nuestro país se sitúa en los primeros puestos, por encima de la media señalada en el epígrafe anterior.

En lo que respecta a la continuidad del consumo de cocaína, se observa un incremento progresivo de la misma entre el período 1994-1998 y finalmente asistimos a un claro descenso de continuidad de consumo durante el año 2000 (continuidad del 41.7% en el 94, 46.9% en el 96, 50.0% en el 98 y 40.7% en el 00).

El incremento del consumo juvenil de cocaína afecta tanto a los chicos como a las chicas, si bien en estas últimas las prevalencias tienden a ser de menor cuantía que en los varones (Tabla 2).

El incremento del consumo juvenil de cocaína afecta a todos los grupos de edad. De hecho, a medida que aumenta la edad se

Tabla 2: Evolución del consumo de cocaína entre los estudiantes de 14-18 años según sexo (España 1994-2000)

	Alguna vez				Ultimos 12 meses			
	1994	**1996**	**1998**	**2000**	**1994**	**1996**	**1998**	**2000**
Hombres	2.9%	3.9%	6.0%	6.6%	2.2%	3.3%	5.1%	5.0%
Mujeres	1.8%	2.5%	3.8%	4.3%	1.2%	2.0%	3.1%	3.0%
Total	2.4%	3.2%	4.8%	5.4%	1.7%	2.6%	4.1%	4.0%

Modificado de PNSD[5]

observa un incremento en la proporción de adolescentes que consumen cocaína (Figura 2). En esta figura también se puede observar como el incremento en el consumo en los últimos años se produce con más intensidad entre los más jóvenes (en los jóvenes de 16 años se han triplicado los consumos y en los de 14 han aumentado 4 veces). En este sentido, cabe comentar la precocidad del contacto de los escolares con esta sustancia (según datos de 1998, el 1.6% de los escolares de 14 años y el 2.9% de los de 15 consumieron cocaína en el último año).

En los jóvenes, la edad media de inicio al consumo del cocaína parece estar bastante estabilizada ya que se observan pocas variaciones entre las cuatro encuestas: 15.6 años en el año 94, a 15.7 años en el 96, y 15.4 años en el 98 y 17.7 en el 00.

3.1.1. Características de los escolares consumidores de cocaína (PNSD (4)

Como ya se ha comentado los resultados de la encuesta sobre drogas a la población escolar 1998, ponen de manifiesto un notable

Figura 2. Tendencia del consumo en los últimos 12 meses en función de la edad (datos de la Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar, años 1994, 1996, y 1998).

Modificado PND[4]

incremento del consumo de cocaína entre los escolares españoles. Este hecho ha justificado que el Observatorio Español sobre Drogas haya realizado un análisis más profundo de la situación para conocer mejor las características y estilos de vida de los jóvenes consumidores de cocaína. Dichas características se resumen a continuación:

- El consumo de cocaína empeora el rendimiento académico
  - la probabilidad de haber consumido cocaína alguna vez tiene una relación directa con el número de cursos repetidos
  - los consumidores de cocaína presentan un número de ausencia a clase muy superior a los no consumidores
- El consumo de cocaína se relaciona con la disponibilidad económica
  - cuanto mayor es la cantidad de dinero de bolsillo disponible más elevadas son las prevalencias de uso
- El consumo de cocaína se relaciona con la forma de utilizar el tiempo libre
  - el grado de experimentación con cocaína se incrementa con el número de salidas nocturnas semanales
  - a medida que la hora de regreso a casa se hace más permisiva se produce un notable incremento de la posibilidad de consumo (regresos después de las 24 horas se asocian con progresivos incrementos de los consumos)
  - las mayores prevalencias se observan entre los escolares que utilizan su tiempo libre en discotecas, bares y pubs, mientras que la práctica de actividades deportivas y culturales se asocian con prevalencias de uso más reducidas

3.2. Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas (PND, 1995 (6), 1997 (7), 1999 (8)

Esta encuesta al igual que la anterior se viene realizando de forma periódica cada dos años entre los residentes en el territorio nacional incluyendo Ceuta y Melilla. Existen algunas diferencias metodológicas importantes entre ambas. En primer lugar, el grupo de edad estudiado varía, no teniendo en el año 95 límite superior (se incluyeron personas mayores de 14 años) y sí en el año 97 y 99 (se incluyeron personas de edades comprendidas entre los 15 y 65 años). En segundo lugar, el método de recoger la información sobre el consumo también cambió, utlizándose el método de entrevista en el 95 y de autoinforme en el 97. Teniendo en cuenta estas diferencias que dificultan en cierta medida las comparaciones directas pasamos a resumir los principales resultados hallados.

En los últimos años, el consumo de cocaína permanece estable en la población general (Figura 3), siendo los porcentajes de consumos menos elevados que los detectados en población escolar, lo cual indica un mayor grado de penetración de cocaína en la población juvenil. Concretamente, en los sectores juveniles (20-34 años) los consumos experimentales de cocaína son superiores a los registrados en la población general, localizándose los mayores niveles de consumo entre los varones de 20-24 y 30-34 años (cerca del 8% ha consumido cocaína alguna vez). Por otra parte, en la encuesta de 1999 se pone de manifiesto que la continuidad en los consumos de cocaína es alta, como lo confirma el hecho de que el 19.3% de las personas que han consumido cocaína alguna vez en la vida lo hicieran también en los últimos 30 días.

En cuanto a la edad media de inicio al consumo, desde 1995 se está produciendo una progresiva elevación de las edades medias de inicio al consumo: 21.1 años en 1995, 21.3 en 1997 y 21.6 en 1999.

Por otra parte, de la encuesta de 1999 se deduce que el consumo de cocaína se sitúa muy por debajo de los niveles obtenidos por las sustancias más consumidas (alcohol, tabaco y cánnabis), pero supera a la heroína.

En general, la cocaína que se consume en nuestro país suele ser clorhidrato de cocaína con un grado de pureza variable, pero que

Figura 3. Tendencias de los consumos de cánnabis en población española (datos de la Domiciliaria sobre Consumo de Drogas, años 1995, 1997 y 1999).

Modificado PND[8]

tiende a ser alto (56% de pureza en venta minorista).

En lo que se refiere a los patrones de consumo de cocaína, existen básicamente dos: uno mayoritario caracterizado por un consumo poco intenso, generalmente por vía intranasal, y otro minoritario, que se da a menudo entre consumidores de heroína y que responde a un consumo frecuente y más importante, que se lleva a cabo por vía intravenosa y pulmonar.

3.3. Demanda de tratamiento por uso-abuso de cocaína en España (PND (9)

Desde 1991 hasta 1999 se ha observado un incremento ininterrumpido del número de usuarios de cocaína que solicitan tratamiento en la red asistencial (Figura 4). Este incremento es especialmente significativo entre aquellos que acuden sin tratamiento previo, es decir, los que acuden a centros asistenciales por vez primera (supone el 31.0% del total de admitidos por primera vez en 1999). En varias comunidades autónomas (Cataluña, Valencia y Murcia) el porcentaje de admisiones por cocaína en los casos tratados por primera vez supera el 45% del total de admisiones. El incremento en la demanda de tratamiento por cocaína coincide con un descenso de los admitidos a tratamiento a consecuencia del consumo de heroína.

De igual modo, desde 1991 se ha detectado un aumento paulatino de la proporción de drogodependientes que, aunque acuden a tratamiento por consumo de heroína como droga principal, manifiestan consumir también cocaína, habiéndose pasado de un 50.6% en 1991 a un 74.8% en 1998 (incremento del 47%).

3.4. Episodios de urgencias hospitalarias y muertes asociadas al consumo de cocaína en España (PND (9)

En los últimos años, el número de episodios de urgencias hospitalarias directamente relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas en que se mencionó la cocaína ha aumentado pasando del 27.4% en 1996, al 48.1% en 1999 (año en que se sitúa por delante de la heroína). En estas urgencias las

Figura 4. Evolución del número de personas admitidas a tratamiento por cocaína en España (1991-1998).

Modificado PND[8]

manifestaciones más frecuentes son problemas psicopatológicos o cardiovasculares ligados a hiperactividad simpática. De forma paralela a este incremento de las urgencias por cocaína se ha producido un descenso de las relacionadas con el consumo de heroína (61.5% en 1996 y 41.9% en 1999).

El número de muertes por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas en las que se detecta el consumo de cocaína también continúa aumentando en los últimos años. Así, entre 1996 y 1999 el porcentaje de fallecimientos en que se detectó consumo de cocaína pasó de 26.6% al 60.0% (incremento del 112%).

Por otra parte, se detectó presencia de cocaína en el 5.2% de los 1420 cadáveres de conductores fallecidos en accidentes de tráfico analizados por el Instituto Nacional de Toxicología.

3.5. Decomisos de cocaína en España (PND (9)

Como puede observarse en la Tabla 1, las incautaciones de cocaína en el año 2000 se situaron en 6165 Kg., volumen similar al registrado en 1995 y notablemente inferior al de 1999. En el primer trimestre del año 2001 se han incautado 10315 Kg. de cocaína, cifra que supera a la totalidad de decomisos de todo el año anterior.

Un indicador para ilustrar la labor realizada en la represión del narcotráfico, más fiable que el volumen de toneladas de cocaína decomisada, lo constituye el número de operaciones policiales desplegadas a tal efecto. En el período 1995-2000 se ha duplicado las operaciones policiales, pasando de las 42.000 llevadas a cabo en 1995 a las cerca de 90.000 del último año.

3.6. Consumo de cocaína y policonsumo de otras sustancias (PND (4, 9)

Uno de los datos característicos del consumo de cocaína es su elevado nivel de asociación a policonsumo. En la tabla 3 se resumen los consumos de otras sustancias, a lo largo del último año, detectados entre las personas que en la encuesta a población general realizada en 1999 reconocieron haber utilizado

Tabla 3: Porcentaje de consumidores de cocaína que han consumido otras sustancias		
Sustancia	**Encuenta general 1999***	**Encuenta estudiantil 1998****
	Consumo último año	**Consumo vida**
Alcohol	91.9%	98.5%
Tabaco	88.5%	76.5%
Cánnabis	81.4%	94.7%
Anfetaminas	34.5%	51.7%
Extasis	28.7%	45.6%
Heroína	4.1%	13.7%
Inhalables	4.2%	21.9%

*Consumieron cocaína en el último año
**Consumieron cocaína alguna vez
Modificado de PND[8]

cocaína en el último año y los consumos de otras sustancias, alguna vez en la vida, entre los jóvenes que en la encuesta a población estudiantil de 1998 afirmaron haber consumido cocaína alguna vez en su vida.

3.7. Datos de consumo en nuestra comunidad (Principado de Asturias)

Desde el año 1995 hemos venido realizando repetidamente un estudio sobre la prevalencia del consumo de tabaco, alcohol, y otras drogas entre los reclutas del Regimiento Príncipe de Asturias de Noreña. Cada reemplazo rellenaba en los primeros días de su incorporación la Encuesta sobre Drogas de la OMS. Un total de 3634 reclutas cumplimentaron la encuesta. Con esta misma metodología hemos realizado, durante el curso académico 1997-98, un estudio sobre datos de consumo en los estudiantes de secundaria de una zona industrial de Asturias (Langreo) y hemos iniciado encuestas sobre el consumo entre la población estudiantil de secundaria de los Institutos de Oviedo (curso 1998-99), y con anterioridad a los estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud (1996-97).

3.7.1. Población recluta

Su edad media era de 20.28 años y el 100% eran varones. En conjunto, la prevalencia vida de consumo de cocaína fue de 12.4%%, la prevalencia en los últimos 12 meses del 7.9%, y en los últimos 30 días del 4.6%. Las tasas de prevalencia por año se expresan en la tabla 4. De los datos de esta tabla se deduce como los consumos en jóvenes en edad militar se han venido manteniendo prácticamente estabilizados a lo largo de los 5 años de estudio.

Tabla 4. Tasas de prevalencia de consumo de cocaína entre los reclutas del regimiento Príncipe de Asturias (años 1995-1999).

	1995 n= 754	**1996 n= 1126**	**1997 n= 971**	**1998 n= 545**	**1999 n= 238**	**Total n= 3634**
Prevalencia vida	13.8%	11.7%	11.2%	12.5%	16.4%	12.4%
Ultimos 12 meses	8.2%	6.8%	7.0%	9.0%	13.4%	7.9%
Ultimos 30 días	4.1%	4.8%	4.3%	4.6%	6.7%	4.6%

La comparación de estos datos con los del ámbito nacional resulta problemática por las diferencias de edad y de sexo (en los reclutas tan sólo hombres). Si los comparamos con los de la encuesta a población estudiantil realizada en 1998, y dentro de ésta con el grupo de edad más parecido a la media de nuestros reclutas, es decir, los estudiantes de 18 años, obtenemos unas prevalencias vida y último año muy similares en ambas muestras. Así, en los reclutas detectamos una prevalencia vida de consumo de cocaína (media años 95-99) de 12.4%, mientras que en los estudiantes de 18 años (año 1998) es de 11.4%. Las prevalencias de consumo último año serían 7.9% para los reclutas (media años 95-99) y 8.8% para los estudiantes de 18 años (año 1998). Lógicamente, cuando comparamos nuestros datos, con los datos de la encuesta sobre población general del año 1999, que incluye una población de edades comprendidas entre 15-65 años, nuestras prevalencias medias (vida, último año y último mes) son siempre más elevadas: 12.4% vs 3.1%; 7.9% vs 1.5% y 4.6% vs 0.8%.

La edad media de inicio al consumo se sitúa por encima de la de los escolares españoles (15.4 años), siendo para el conjunto de los reclutas de 17.14 (2.62) años. Por años, se observa un ligero incremento de la edad de inicio al consumo de esta sustancia, de modo que en esos cinco años se ha retrasado por término medio un año la edad de primer contacto con la cocaína (edad inicio en el año 95: 16.66; año 96: 17.14; año 97: 17.21; año: 98: 17.73, y año 99: 17.87 años).

Dada la abundancia de literatura que señala que el consumo de cocaína, y en general de psicoestimulantes, se asocia a patrones de policonsumo de otras drogas, hemos calculado el riesgo (razón de ventaja u odds ratio) que poseían nuestros consumidores de cocaína para consumir otras drogas legales e ilegales. Tal como puede observarse en la tabla 5, los reclutas que han consumido cocaína alguna vez en su vida tienen un elevado riesgo de haber consumido otras drogas. La droga con más probabilidades de haber sido consumida es la heroína (34 veces más probabilidades), seguida del cannabis (33 veces más probabilidades), de los alucinógenos (31 veces más probabilidades), del éxtasis (25 veces más probabilidades), y de las anfetaminas (20 veces más probabilidades). En general, el riesgo para estos reclutas de haber consumido cualquier otra droga ilegal es 91 veces mayor.

3.7.2. Estudiantes de secundaria de Langreo (Sáiz et al (10)

Cumplimentaron la encuesta 816 estudiantes de colegios públicos y privados de Lan-

Tabla 5. Estudiantes de secundaria: riesgo (odds ratio) de los consumidores de cocaína alguna vez en la vida de consumir cada una de las otras drogas alguna vez en la vida.

	Odss ratio		I.C. 95%	
	Estudiantes	**Militares**	**Estudiantes**	**Militares**
Tabaco	11.342	5.573	5.555 – 23.159	3.772 – 8.234
Alcohol	6.522	3.862	2.069 – 20.563	1.892 – 7.880
Cannabis	29.394	32.982	16.261 – 53.132	22.197 – 49.008
Anfetaminas	36.731	19.874	25.675 – 52.549	15.733 – 25.103
Alucinógenos	54.163	31.269	36.502 – 80.368	24.505 – 39.900
Inhalantes	8.839	12.138	6.255 – 12.492	9.001 – 16.370
Tranquilizantes	4.507	6.718	3.192 – 6.365	5.276 – 8.554
Sedantes	9.567	9.090	5.409 – 16.921	5.943 – 13.904
Heroína	49.973	34.237	25.794 – 96.815	21.183 – 55.335
Éxtasis	45.717	24.746	29.505 – 70.838	19.316 – 31.703
Cualquier droga ilegal	141.081	91.057	34.925 – 569.892	45.090 – 183.885

greo. La edad media de la muestra fue de 15.9 (1.37) años y el 50.9% de la muestra eran varones. La prevalencia vida de consumo de cocaína fue de 2.7% (3.1% para los varones vs 2.2% para las mujeres, p= NS), en los últimos 12 meses, del 1.8% (2.4% para los varones y 1.2% para las mujeres, p= NS), durante el último mes no se detectaron consumos en ninguno de los dos sexos. La edad media de inicio al consumo de cocaína fue de 15.56 (1.65) años (no se observan diferencias entre ambos sexos en la edad de comienzo de consumo de cocaína). Tampoco se observan diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la prevalencia de consumo en función del centro de procedencia (privado o público).

Cabe señalar que nuestras prevalencias son inferiores a las detectadas en la encuesta en población estudiantil realizada en el año 1998, para el subgrupo de edad de 16 años (similar a la media de edad de la población estudiada por nosotros), ya que las prevalencias vida y último año detectadas en dicho estudio fueron, respectivamente, 5.6% y 4.7%. Si bien, nuestra edad media de inicio al consumo coincide, prácticamente, con la detectada en dicho estudio (15.4 años).

3.7.3. Estudiantes de secundaria de Oviedo

Un total de 2862 estudiantes cumplimentaron la encuesta. Su edad media fue de 15.8 (1.4) años, y el 50.6% eran varones. El 28.4% cursaba 1º de bachiller, el 6.1% 2º de la ESO, el 33.8% 3º de la ESO, el 28.9% 4º de la ESO, y e 2.8% módulos de formación profesional.

La prevalencia vida fue del 6.1% (8.4% para los varones vs 3.9% para las mujeres, p= .000), la prevalencia en los 12 últimos meses del 4.9% (6.8% para los varones y 3.0% para las mujeres, p= .000), y en los últimos 30 días del 2.7% (3.9% para los varones vs 1.6% para las mujeres, p= .000) (Figura 5). La edad media de inicio al consumo fue de 15.73 (1.70) años (no se observaron diferencias de edad de comienzo en función del sexo; varones: 15.73 –1.78-, mujeres: 15.74 –1.52-).

Figura 5. Prevalencias de consumo de cocaína entre los estudiantes de secundaria.

Diferencias significativas entre hombres y mujeres en todas las prevalencias de consumo (vida, último año y último mes) (p .000).

En este caso nuestras prevalencias de consumo son ligeramente superiores, aunque prácticamente superponibles, a las detectadas en la encuesta estudiantil de 1998 para el subgrupo de 16 años de edad (5.6% de prevalencia consumo-vida y 4.7% de prevalencia consumo-último año). La edad media de inicio al consumo es ligeramente más elevada en nuestra muestra, aunque con escasas diferencias (15.7 en nuestros estudiantes vs 15.4 en la encuesta de 1998).

Con respecto al consumo de otras sustancias, tal como puede observarse en la tabla 5, al igual que en el caso de los reclutas, entre los estudiantes de secundaria el hecho de haber consumido cocaína alguna vez en su vida supone un riesgo de magnitud considerable para el consumo alguna vez en la vida de todas las demás drogas evaluadas. En concreto, un estudiante que haya consumido alguna vez en la vida cocaína tiene 54 veces más probabilidades de haber consumido alucinógenos alguna vez en la vida, casi 50 veces más probabilidades de haber consumido heroína alguna vez en la vida, 46 veces más probabilidades de haber consumido éxtasis alguna vez en la vida, 38 veces más probabilidades de haber consumido anfetaminas alguna vez en la vida, etc. En resumen, es 141 veces más probable que los estudiantes que consumieron cocaína alguna vez en su vida hayan consumido cualquier otra droga ilegal. Cabe señalar que el consumo de cocaína alguna vez en la vida se acompaña de mayores riesgos de consumo de determinadas sustancias (sobre todo, otros psicoestimulantes, alucinógenos y heroína) en el caso de los estudiantes. Con lo que cabría hipotetizar que un uso más precoz de la cocaína (la edad de inicio de nuestros estudiantes fue de 15.73 años frente a 17.20 años en los reclutas) podría derivar en un mayor riesgo de policonsumo.

3.7.4. Estudiantes de Ciencias de la Salud del distrito universitario de Oviedo.

Durante el curso académico 1996-97 un total de 410 alumnos de la Facultad de Medicina y de las Escuelas Universitarias de Enfermería y Fisioterapia completaron la encuesta sobre consumo de tabaco, alcohol, y otras drogas. La edad media era de 21.5 años y el 80.5% eran mujeres.

La prevalencia vida de consumo de cocaína fue de 3.4% (7.5% para los varones y 2.1% para las mujeres, p= .021), en los últimos 12 meses de 1.7% (5% para los varones, 0.9% para las mujeres, p= .026), y en el último mes del 0.7% (2.5% para los varones vs 0.3% para las mujeres, p= .092) (Figura 6).

La edad media de inicio para el conjunto de los estudiantes fue de 18.86 (2.07) años, sin diferencias en función del sexo (18.17 –1.72- para los hombres y 19.86 –1.95- para las mujeres). Tal como cabía esperar, al ser mayor la edad media de este grupo, la edad media de inicio es superior a la de los estudiantes de secundaria.

Las prevalencias obtenidas en esta muestra de estudiantes universitarios son prácticamente superponibles a las detectadas en la encuesta a población general realizada en 1999, que serían respectivamente 3.1%, 1.5% y 0.8%.

4. PERCEPCIÓN SUBJETIVA DE RIESGOS (PND (4, 5, 9)

En la población general ha crecido significativamente el nivel de riesgo percibido ante el consumo habitual de cocaína (en el año 1997 un 85.1% de los encuestados pensaban que éste podía generar muchos problemas, mientras que en el año 1999 lo pensaban un 88.9%) y ocasional de cocaína (en 1997 un 74.6% pensaban que podía generar muchos problemas, y en el año 1999 lo pensaban un 79.5%). En la población estudiantil el nivel de riesgo percibido también ha aumentado ligeramente en los últimos 2 años, situándose en un nivel similar al de población general. Así, en 1996 un 87.8% de los jóvenes encuestados consideraban que el consumo habitual de cocaína podía generar muchos problemas, en el año 1998 lo consideraba un 86.1% y en el 2000 lo consideraba un 88.3%. De igual modo, en el año 1996, un 67.7% de los encuestados consideraban que el consumo ocasional podía ser muy problemático, en el

Figura 6. Prevalencias de consumo de cocaína entre los estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud.

Diferencias significativas entre hombres y mujeres en prevalencia consumo-vida (p .021) y último año (p .026).

año 1998 lo consideraba un 64.9% y en el 2000 un 66.4%.

Por otra parte, cabe señalar que durante el año 2000 casi la mitad de los jóvenes consumidores de cocaína reconocieron que dichos consumos les habían generado algún tipo de problema, básicamente problemas para dormir (33.9%) y problemas de tipo económico (12.5%).

Hay que tener presente que desde una perspectiva preventiva la variable de riesgo percibido tiene una gran importancia, ya que su descenso guarda una relación inversamente proporcional con el incremento de los consumos. Concretamente, entre los jóvenes que consideran que el consumo experimental (alguna vez) o habitual de cocaína puede generar muchos problemas sólo hay, respectivamente, un 1.5% y un 3.2% de consumidores y esas cifras aumentan hasta 31.6% y 28.4% de consumidores entre los que consideran que el consumo experimental o habitual de cocaína no genera ningún problema. Dicho de otro modo, a medida que se va relajando la opinión pública sobre los riesgos potenciales de salud o de cualquier otro tipo que puede provocar en consumo de cocaína, las prevalencias de consumo van en franco aumento.

5. CONCLUSIONES

- España se sitúa en la actualidad entre los países europeos con mayores tasas de consumo (uso-abuso) de cocaína.
- Las tasas de consumo de cocaína en nuestro país han ido incrementándose, progresivamente en la última década, sobre todo a expensas de la población más joven.
- A pesar de que la edad de inicio de consumo de cocaína permanece más o menos estable, los mayores incrementos de consumos se detectan precisamente entre los más jóvenes (14-16 años).
- Se confirma el elevado nivel de policonsumo asociado al consumo de cocaína, en particular, y de psicoestimulantes, en general. Dicho policonsumo se centra preferentemente en las drogas legales

(alcohol y tabaco) y en ilegales (cánnabis, otros psicoestimulantes, alucinógenos y heroína).

- En nuestro país se detecta, cada vez con más frecuencia, un importante número de consumidores de heroína y cocaína, que tienen características diferenciales del cocainómano tradicional.
- La sociedad española "conoce" esta droga, y la percibe como bastante peligrosa, y por tanto, con elevados riesgos. Si bien, el riesgo percibido disminuye al disminuir la edad.
- Finalmente, cabe señalar que se están incrementando paulatinamente el número de demandas de tratamiento (especialmente en consultas privadas) como consecuencia del uso-abuso de cocaína y el número de episodios de urgencia hospitalaria y de muertes en los que está involucrada la cocaína, lo cual sirve para subrayar, por un lado el incremento de uso-abuso de cocaína y por otro, la potencial toxicidad de esta sustancia

BIBLIOGRAFÍA

(1) EMCDDA: Informe anual de 2000 sobre el problema de la drogodependencia en la Unión Europea. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas. 2000.

(2) Plan Nacional sobre Drogas: Encuesta sobre drogas a la población escolar, 1994. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. 1995.

(3) Plan Nacional sobre Drogas: Encuesta sobre drogas a la población escolar, 1996. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. 1997.

(4) Plan Nacional sobre Drogas: Encuesta sobre drogas a la población escolar, 1998. PNSD/Internet. 2000.

(5) Plan Nacional sobre Drogas: Encuesta sobre drogas a población escolar, 2000. PNSD/Internet. 2001.

(6) Plan Nacional sobre Drogas: Encuesta domiciliaria sobre uso de drogas, 1995. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. 1996.

(7) Plan Nacional sobre Drogas: Encuesta domiciliaria sobre uso de drogas, 1997. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. 1998.

(8) Plan Nacional sobre Drogas: Encuesta domiciliaria sobre uso de drogas, 1999. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. 2000.

(9) Plan Nacional sobre Drogas: Informe sobre la situación de la cocaína en España. Abril, 2001. PNSD/Internet. 2001.

(10) Sáiz PA, González MP, Jiménez L, Delgado Y, Liboreiro MJ, Granda B, Bobes J: Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y rasgos de personalidad en jóvenes de enseñanza secundaria. Adicciones 1999; 11 (3): 209-220.

Cocaína: aspectos farmacológicos

Lizasoain, I.; Moro, M.A.; Lorenzo, P.

Departamento de Farmacología. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid.

Enviar correspondencia: Dpto. Farmacología Fac. Medicina Univ. Complutense. 28040 Madrid. Tel. +34913941478/64. Fax +34913941478/63

Resumen

Existen diferentes formas de abuso de la cocaína (hojas de coca, sulfato de cocaína, clorhidrato de cocaína y cocaína base o crack) que condicionan la farmacocinética, la actividad farmacológica, la toxicidad y el grado de adicción de la droga. En nuestro medio, la cocaína se fuma o se esnifa fundamentalmente, pero también se usa por vía intravenosa.

La cocaína atraviesa las membranas celulares de forma rápida. Esnifada o administrada por vía intravenosa se encuentran niveles de cocaína en el cerebro en 30 segundos, mientras que fumada sólo tarda 5 segundos en tener efectos centrales. La cocaína es rápidamente metabolizada, generalmente por hidrólisis enzimática para producir benzoilecgonina, ecgonina metil ester y posteriormente ecgonina. Sin embargo, en presencia de etanol, la cocaína es transesterificada a cocaetileno que posee actividad farmacológica y tóxica.

La cocaína es un potente inhibidor de la recaptación tipo I de noradrenalina, dopamina y serotonina, lo que facilita la acumulación de esos neurotransmisores en la hendidura sináptica.

Las acciones farmacológicas se caracterizan por manifestaciones de actividad noradrenérgica y dopaminérgica fundamentalmente, que afecta a los distintos aparatos; la intoxicación aguda se manifiesta por una hiperactividad de estos sistemas.

Palabras clave: *farmacología, farmacocinética, benzoilecgonina, cocaína, cocaetileno, crack, dopamina.*

Summary

The routes of administration of cocaine are different depending on the cocaine source (leaves, sulphate, hydrochloride and crack), and this affects not only its pharmacokinetics but also its pharmacological effects, as well as other aspects such as toxicity, tolerance, dependence and withdrawal effects of this drug. In our country, cocaine is mainly smoked or inhaled, and intravenous administration can be also used.

Cocaine is rapidly absorbed by many routes. Cocaine produces central effects in 30 seconds after nasal or intravenous administration and in only 5 seconds when cocaine is smoked. The major route for cocaine metabolism involves hydrolysis of its ester groups producing benzoylecgonine, ecgonine methyl ester and ecgonine as metabolites. An important metabolic interaction occurs when cocaine and alcohol are taken concurrently; cocaine is then transesterified to cocaethylene, which is toxic.

Cocaine is a potent inhibitor of catecholamine uptake by noradrenergic, dopaminergic and serotoninergic nerve terminals and strongly enhances the effects of these neurotransmitters

Pharmacological and toxic effects are derived from its actions on the catecholaminergic system.

Key words: *pharmacology, pharmacokinetics, cocaine, benzoylecgonine, cocaethylene, crack, dopamine.*

Existen diferentes formas de abuso de la cocaína que determinan las vías de administración de esta droga y que influyen de forma importante en la farmacología de la cocaína. En nuestro medio, la cocaína se fuma o se esnifa fundamentalmente, pero también se usa por vía intravenosa.

FORMAS DE ABUSO

Las formas de abuso de cocaína son de gran interés, ya que condicionan la farmacocinética, la actividad farmacológica, la toxicidad y el grado de adicción de la droga (Tabla I). Fundamentalmente se distinguen las siguientes formas de abuso:

Hojas de coca. La absorción es muy variable dependiendo, fundamentalmente, del contenido de las hojas, de la preparación usada y de la presencia o ausencia de sustancias alcalinas en la boca del masticador así como de la habilidad de éste. Las hojas de los arbustos originarios de Java son por lo general las más ricas en alcaloides totales y predomina en ellos la cinamil-cocaína mientras que las hojas de Bolivia, Perú y Ceilán contienen menos alcaloides pero una proporción superior de cocaína.

Pasta de coca. También se denomina sulfato de cocaína, pasta base o simplemente pasta; es el producto bruto o no refinado que resulta del primer proceso de extracción de la cocaína a partir de las hojas de coca. Se obtiene de la maceración de las hojas con ácido sulfúrico u otros productos químicos (alcalinos, solventes orgánicos, amoniaco etc..). Contiene de un 40 a 85% de sulfato de cocaína. Sirve de base para la posterior elaboración del clorhidrato de cocaína. *Se fuma*.

Clorhidrato de cocaína. Es la sal de la cocaína formada con ácido clorhídrico. Se presenta en forma de cristales escamosos blancos, más o menos adulterada; se administra por *vía intranasal* (para *esnifar*) o se inyecta por vía venosa (no se puede fumar pues se destruye por el calor). El esnifado es un modo muy común de usar la cocaína. Debido a la intensa vascularización de la mucosa de la nasofaringe la absorción es rápida así como sus efectos (locuacidad, sensación de energía) que duran entre 20 y 40 minutos. La administración de cocaína por *vía endovenosa* es también frecuente. A veces se combina con heroína *(speed ball)* para evitar los efectos de rebote desagradables producidos por la cocaína. Los efectos farmacológicos y psíquicos por cocaína endovenosa son inmediatos (30 segundos) y potentes pero de breve duración (10-20 minutos), con aparición posterior de un intenso *crash* (disforia, irritabilidad y alteraciones gastrointestinales).

Tabla I. FORMAS DE ABUSO.

TIPO DE SUSTANCIA	CONCENTRACION DE COCAINA	VIA DE ADMINISTRACION	PORCENT. EN PLASMA	VELOCIDAD APARICION DE EFECTOS	CONC. MAXIMA PLASMA	DURACION EFECTOS	DESARROLLO DEPENDENCIA
HOJAS DE COCA	0.5 - 1.5%	Mascado infusión oral	20 - 30%	LENTA	60 Minutos	30- 60 Minutos	NO
CLORHID. COCAINA	12 - 75%	tópica: ocular genital,intranasal (esnifar)	20 - 30%	RELATIV. RAPIDA	5-10 Minutos	30- 60 Minutos	SI LARGO PLAZO
CLORHID. COCAINA	12 - 75%	parenteral: endovenosa subcutanea, intramuscular.	100%	RAPIDA	30-45 Segundos	10-20 Minutos	SI CORTO PLAZO
PASTA DE COCA	40 - 85% (Sulfato de cocaína)	Fumada	70 - 80%	MUY RAPIDA	8-10 Segundos	5-10 Minutos	SI CORTO PLAZO
COCAINA BASE.	30 - 80% (alcaloide cocaína)	Inhalada-fumada	70 - 80%	MUY RAPIDA	8-10 Segundos	5-10 Minutos	SI CORTO PLAZO

Cocaína base. Se obtiene mezclando el clorhidrato de cocaína con una solución básica (amoníaco, hidróxido de sodio o bicarbonato sódico), luego se filtra el precipitado o se disuelve con éter y se deja que éste se evapore. Existen *dos formas de consumo*: *la primera* consiste en inhalar los vapores de base libre ("free base"), extraída del clorhidrato con solventes volátiles (éter) a muy alta temperatura (800ºC) utilizando mecheros de propano. Lo engorroso de su uso (necesidad de pipa de agua, éter, mechero de propano) hacen que su uso esté menos extendido. El *"Crack"* o "rock" es la segunda forma de consumo. Es una forma de cocaína base que se obtiene añadiendo amoníaco a una solución acuosa de clorhidrato de cocaína en presencia de bicarbonato sódico para alcalinizarla; se calienta a 98ºC; la base libre precipita en forma de pasta, que una vez seca tiene aspecto de porcelana, que se tritura en escamas; se suele presentar como gránulos de 125 a 300 mg (1 ó 2 dosis). *Se inhala* en recipientes calentados o *se fuma* pulverizado y mezclado con tabaco, marihuana, fenciclidina (PCP), etc., en forma de cigarrillos. La cocaína base (crack) es la forma que generalmente se fuma ya que la base es más volátil, vaporizándose a bajas temperaturas en contraste con el clorhidrato de cocaína que se descompone antes de volatilizarse cuando se calienta. El popular nombre de Crack procede del ruido de crepitación que producen los cristales cuando se calientan.

El crack se difunde muy rápidamente de pulmones a cerebro; sus efectos son inmediatos (5 segundos), muy intensos (se dice que 10 veces superiores a la cocaína i.v. o esnifada) y muy fugaces (4 minutos); su "bajada" resulta tan insufrible que entraña un uso compulsivo y muy frecuente, además es muy rápida en comparación con la cocaína intravenosa o esnifada (15 minutos). Se dice que "*El crack es el sueño del traficante y la pesadilla del adicto*". El "crack" produce una dependencia psicológica tan esclavizante que resulta casi imposible abandonar su consumo, a aquellos adictos que lo han probado varias veces.

FARMACOCINÉTICA

La cocaína es una base débil con un pKa de 8.6. En su forma básica, tanto en sangre como en el humo del tabaco que llega a los pulmones, la cocaína atraviesa las membranas celulares de forma rápida y eficazmente. Atraviesa la barrera hematoencefálica: esnifada o administrada por vía intravenosa se encuentran niveles de cocaína en el cerebro en 30 segundos, mientras que fumada sólo tarda 5 segundos en tener efectos centrales.

Absorción: La cantidad relativa de cocaína que se absorbe a nivel sistémico depende fundamentalmente de la vía de administración. La figura 1 muestra las diferencias temporales de los picos plasmáticos que se producen después de la administración de dosis equipotentes de cocaína por diferentes vías de administración a voluntarios sanos. La absorción por la mucosa nasal después de **esnifar** y la absorción a través del tracto digestivo después de su administración **oral** es similar y mucho más lenta que después de fumar o después de la administración intravenosa. El pico plasmático se produce normalmente a los 60 minutos después de la administración nasal u oral; aunque como en otros parámetros de la cinética de la cocaína, la variabilidad individual es muy grande, con intervalos de 30 a 120 minutos. La biodisponibilidad nasal u oral es de un 30-40%, aunque la variabilidad es mayor para la vía oral.

Al igual que ocurre con la nicotina del tabaco, la biodisponibilidad de la cocaína **fumada** varía entre un 10 a 20%, siendo el porcentaje menor la más común. Cuando hacemos determinaciones urinarias de metabolitos de cocaína como seguimiento de tratamientos, debemos tener en cuenta que la cocaína fumada presenta una biodisponibilidad baja y variable.

Las concentraciones máximas venosas y arteriales después de las diferentes administraciones varía enormemente. No sólo depende de las dosis y de las vías de administración sino también de la frecuencia de las inyecciones. El rango de las dosis de

cocaína normalmente varían entre 0.2 a 3 o 4 mg/Kg, dependiendo de la vía de administración, sin embargo las concentraciones plasmáticas máximas varían en un rango entre 50 a 2000 ng/ml o mayor dependiendo de la vía de administración y de la frecuencia de las inyecciones (ver Figura 1).

Distribución: La cocaína después de ser administrada, es distribuida ampliamente por todo el organismo. El volumen de distribución varía entre 1.5 a 2 L/Kg (57% por vía oral y aproximadamente 70% fumada).

Metabolismo: La cocaína es rápidamente metabolizada, generalmente por hidrólisis enzimática para producir benzoilecgonina (BE), ecgonina metil ester y posteriormente ecgonina (ver Figura 2). En un 1-5% se excreta por la orina sin cambios.

Las vías metabólicas están recogidas en la Figura 2. La hidrólisis a benzoilecgonina se produce en un 45% de una dosis administrada; porcentaje similar a la hidrólisis a ecgonina metil ester. Ninguno de los dos metabolitos poseen actividad biológica significativa en humanos. La norcocaína nitróxido y otros radicales libres son metabolitos potencialmente activos, pero se producen en pequeñas cantidades que generalmente no representan cantidades farmacológicamente significativas en clínica humana.

Cuando la cocaína se **fuma**, la droga se piroliza a una serie de compuestos químicos dependiendo de la temperatura. El principal metabolito es la anhidroecgonina metil ester (AEME), también conocida como metil ecgonidina. AEME es farmacológicamente activo en animales, sin embargo en humanos existen muy pocos trabajos y no se conoce con exactitud su perfil farmacológico (podría tener efectos inotrópicos negativos). AEME se puede determinar en orina, incluso después de que se hayan fumado pequeñas cantidades; sin embargo este metabolito no aparece cuando la cocaína se **esnifa** o se administra por vía **intravenosa**. Por tanto, su interés radica fundamentalmente en el control urinario de consumo de cocaina fumada en pacientes en tratamientos de desintoxicación.

La benzoilecgonina es el metabolito que se detecta en orina, más utilizado para monitorizar los tratamientos. Puede ser detectada en orina 3-4 días después del último consumo y por supuesto dependerá de la cantidad de cocaína consumida y del valor de corte que se establezca o de la sensibilidad de la prueba. La vía de administración también influye en la cantidad de BE que se detecta en plasma y que se eliminará a través de la orina (ver Figura 3). En general, se puede decir que las máximas concentraciones y la mayor área bajo la curva se produce después de administraciones **nasales** u **orales**. Cuando la cocaína se **fuma**, aunque los efectos que se producen son mucho más intensos y precoces, la cantidad absorbida es menor y por tanto las concentraciones de BE en plasma son también menores. La figura representa el patrón típico después de una única dosis por diferentes vías, evidentemente no corresponde con el patrón típico del consumo que nos encontramos entre los cocainómanos pero nos ayuda a comprender la importancia de la vía de administración a la hora de determinar metabolitos en orina como seguimiento de un tratamiento.

Alcohol y cocaína: Un capítulo aparte supone el metabolismo de la cocaína en presencia de alcohol. El consumo de alcohol por parte de los cocainómanos es muy frecuente, existen estudios que lo cifran hasta en un 99%, ingestas simultaneas en un 77% e ingestas de alcohol en cada consumo de cocaína hasta en un 30%; de ahí la importancia de hacer hincapié en este aspecto. La razón del consumo simultaneo de ambas drogas no está del todo aclarado. La potenciación de la euforia por la ingesta de alcohol puede ser la base de esta asociación, aunque también se han señalado la disminución de efectos indeseables como los cuadros migrañosos inducidos por la cocaína. Independientemente de las razones, la combinación supone un riesgo y un aumento de la morbi-mortalidad asociada a la cocaína. Datos epidemiológicos indican que la ingesta simultanea de alcohol y cocaína aumenta el riesgo de muerte súbita por cocaína hasta en 18 veces.

En estudios *in vitro* se ha visto que el etanol inhibe la actividad de la metilesterasa, disminuyendo la hidrólisis a benzoilecgonina. En presencia de etanol, la cocaína es transesterificada por esterasas hepáticas a etilcocaína o cocaetileno (ver Figura 2) y se incrementa la N-demetilación a Norcocaína. Este metabolito –cocaetileno- posee actividad farmacológica y tóxica (fundamentalmente a nivel cardiaco e incluso hepático). Se puede determinar en orina, saliva, cabello o sudor al igual que los derivados etil de la benzoilecgonina y ecgonina etil ester.

Eliminación: El aclaramiento de la cocaína es muy rápido, variando entre 20 a 30 ml/min/Kg. La semivida plasmática es, de nuevo, variable con intervalos de 1 a 1.5 horas. La benzoilecgonina presenta una semivida plasmática de 6-8 horas y la ecgonina metil ester de 3-8 horas.

MECANISMO DE ACCIÓN

La cocaína se comporta como una amina simpaticomimética de acción indirecta, es decir, es capaz de remedar las acciones de las catecolaminas no actuando directamente sobre los receptores adrenérgicos o dopaminérgicos, sino aumentando la disponibilidad del neurotransmisor en la hendidura sináptica. La cocaína es un inhibidor de los procesos de recaptación tipo I (recaptación de noradrenalina y dopamina desde la hendidura sináptica a la terminal presináptica; Figura 4) lo que facilita la acumulación de noradrenalina o dopamina en la hendidura sináptica.

El aumento de la biodisponibilidad de dopamina por la inhibición de la recaptación tipo I media la euforia que produce la cocaína y parece que está implicada en el mecanismo de adicción. El consumo crónico de cocaína también produce cambios en la disponibilidad de la dopamina. En los últimos años se ha implicado al transportador de la recaptación de dopamina no sólo en las acciones conductuales sino también en las acciones bioquímicas de la cocaína. El transportador de la recaptación de dopamina controla los niveles de este neurotransmisor a nivel de la hendidura sináptica ya que incorpora rápidamente a la terminal presináptica la dopamina liberada. En estudios realizados con ratones genéticamente deficientes en este transportador, la administración de cocaína no produce efectos conductuales ni bioquímicos. Por tanto, parece que dicho transportador es necesario para la acción farmacológica de la cocaína ya que al bloquearlo, uniéndose de manera específica y con gran afinidad, inhibiría la recaptación dopaminérgica.

El exceso de noradrenalina que se produce por acción de la cocaína, es el responsable de la mayoría de los efectos farmacológicos y de las complicaciones agudas de la cocaína (aumento de presión arterial, dilatación pupilar, sudoración, temblor etc…).

La cocaína también bloquea la recaptación de serotonina y el consumo crónico de esta sustancia produce cambios en estos neurotransmisores con una disminución de la biodisponibilidad que se refleja en la disminución de los metabolitos 3-metoxi-4-hidroxifenetilenglicol (MHPG) y ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA). Estos efectos sobre la neurotransmisión catecolaminérgica y serotoninérgica constituyen, asímismo, la base de su mecanismo de acción como droga dependígena. (ver cap. Dependencia a cocaína).

Por otra parte, es conocido que la cocaína fue el primer anestésico local utilizado en clínica. Desde entonces, se han sintetizado un número importante de estos agentes, el primero de los cuales fue la procaína (novocaína) en 1905. La cocaína comparte con todos estos compuestos el mecanismo de acción anestésica local: disminución de la permeabilidad de la membrana a los iones Na^+, lo que produce un bloqueo de la conducción nerviosa.

Las soluciones de cocaína utilizadas en clínica, únicamente para anestesia tópica, varían del 1 al 10 %. Aunque ha sido sustituida por fármacos más manejables y con menos efectos secundarios, se utilizó en anestesia oftálmica y en anestesia tópica de la mucosa nasal previa a la intubación nasotraqueal.

ACCIONES FARMACOLÓGICAS

Sistema nervioso simpático y aparato cardiovascular.

Los efectos por aumento de la actividad simpática, a través del estímulo de receptores a y b adrenérgicos, se manifiestan fundamentalmente sobre el aparato cardiovascular. Así, la cocaína produce: vasoconstricción por su efecto simpaticomimético periférico y aumento de la presión arterial por su efecto inotrópico y cronotrópico positivo unido al efecto vasoconstrictor. Bradicardia a dosis bajas por depresión del nodo sinusal y más frecuentemente taquicardia por estímulo sinusal, como consecuencia directa del estímulo simpático, tanto central como periférico. Aumento de la fuerza de contracción y de la frecuencia cardiaca por un estímulo de los receptores b_1 fundamentalmente. También produce midriasis, temblor y sudoración por estímulo simpático.

Temperatura corporal.

Además del aumento de la producción de calor por aumento de la actividad muscular y de la disminución de su pérdida por la vasoconstricción, la cocaína aumenta la temperatura corporal por pérdida del control dopaminérgico de receptores hipotalámicos reguladores de la temperatura, por agotamiento de los depósitos de dopamina, con hipertermia de rebote. Esta hipertermia puede ser acompañada de convulsiones (análoga a la hipertermia del síndrome maligno neuroléptico) y que se atribuyó al principio a sobredosis, puede ocasionar muerte súbita con dosis bajas pero continuas de la droga.

Sistema nervioso central.

La cocaína es un potente estimulante del SNC, aunque sus efectos como tal dependen de factores tales como tipo de consumidor, ambiente, dosis y vía de administración.
Dosis moderadas ocasionan: elevación del estado de ánimo, sensación de mayor energía y lucidez, disminución del apetito, insomnio, mayor rendimiento en la realización de tareas, disminución de la sensación de fatiga, hiperactividad motora, verbal e ideativa.

Estos efectos son análogos a los producidos por anfetaminas, aunque menos duraderos hasta el punto que los adictos a cocaína describen efectos gratificantes en los mismos términos que los adictos a anfetaminas. Pasado el efecto agudo aparece un periodo de cansancio, fatiga y disforia, más pronunciada cuanto más rápidos e intensos son los efectos producidos por la cocaína. Generalmente aparece el deseo de droga ("craving"). Estos efectos, como ya se ha comentado previamente, se deben fundamentalmente a la inhibición de la recaptación de dopamina.

La administración de cocaína por vía endovenosa da lugar a una sensación de "flash", intensamente placentera y descrita como sensación análoga al orgasmo sexual.

Se han descrito en los consumidores de cocaína alteraciones de la percepción, alteraciones de la capacidad crítica y discriminativa (decisiones erróneas), seudoalucinaciones táctiles ("bichos" de cocaína en la piel, arena deslizándose debajo de la piel, etc…), auditivas (de sentimientos de autoreferencia con contenidos de crítica y de reproche que le llevan a situaciones de temor incontrolable) y visuales (copos de nieve brillantes o coloreadas que son muy apreciadas por los consumidores), conducta estereotipada, bruxismo y movimientos compulsivos.

TOXICIDAD AGUDA

La intoxicación aguda por cocaína se caracteriza por manifestaciones de hiperactividad noradrenérgica y dopaminérgica fundamentalmente, que afecta a los distintos aparatos y sistemas. Las complicaciones orgánicas tanto agudas como crónicas se detallan con mayor detenimiento en el capítulo *Complicaciones orgánicas de la Cocaína* de Balcells

Oliveró, M. de esta monografía. Las manifestaciones clínicas más comunes son:

Aparato cardiovascular: palpitaciones, bradicardia o taquicardia, arritmias (fibrilación auricular la más frecuente; taquicardia ventricular y fibrilación ventricular que es la causa más frecuente de muerte súbita por cocaína), hipertensión e infarto de miocardio. El consumo simultaneo de cocaína y alcohol produce el cocaetileno que es un metabolito activo y de mayor toxicidad cardiaca que la cocaína. Su potencial arritmogénico y de producción de muerte súbita es superior a la de la cocaína.

Aparato respiratorio: taquipnea y respiración irregular. El **crack fumado** es el responsable de la mayoría de las complicaciones agudas que produce la cocaína; tales como el edema agudo de pulmón (generalmente de origen no cardiogénico, por aumento de la permeabilidad alveolocapilar); el "pulmón de crack" de posible origen isquémico (dolor torácico inespecífico, tos productiva de esputo hemoptoico y a veces hemoptisis franca); exacerbación de cuadros asmáticos; cuadros de neumotórax, neumomediastino y neumopericardio por la realización de maniobras de Valsalva para incrementar los efectos de la cocaína y la parada respiratoria que es excepcional y generalmente tras administración **intravenosa**.

Aparato digestivo: anorexia, náuseas, vómitos, diarreas y las más graves aunque raras las de origen isquémico (úlceras gastroduodenales con hemorragia y perforación; colitis isquémicas).

Hepáticas: la cocaína es una toxina hepática específica. La cocaína es metabolizada fundamentalmente por las colinesterasas plasmáticas y hepáticas, pero una pequeña proporción de la dosis administrada sigue una vía oxidativa microsómica hepática que conduce a la aparición de metabolitos reactivos que tiene la cualidad de ser radicales libres (Figura 2). El cocaetileno, metabolito mixto de cocaína y alcohol, tiene también esta propiedad. Las lesiones hepáticas agudas tóxicas por cocaína son de tipo citolítico.

Metabolismo: hipertermia maligna debida a un desajuste del control dopaminérgico de la temperatura. Aparece hipertermia, rigidez y agitación. Rabdomiolisis generalmente por administración **intravenosa** o por **crack**, aunque rara es muy grave.

Ojo: midriasis, vasoconstricción conjuntival, nistagmus vertical.

Neurológicas: cefalea (la complicación más frecuente); ictus cerebral (en algunos lugares la cocaína es la causa más frecuente de ictus en personas jóvenes), hemorragia cerebral (generalmente subaracnoideas, aunque la intraparenquimatosas aparecen también en mayor proporción de lo habitual), convulsiones (del tipo de gran mal). El **crack**, de nuevo, es el que más se asocia a la mayoría de estas complicaciones agudas.

SNC: ansiedad a medida que desaparecen los efectos euforizantes, confusión, irritabilidad, euforia, alucinaciones visuales y táctiles (como se han descrito anteriormente), alteraciones de la percepción, reacciones paranoides y convulsiones tónico-clónicas. El cocainómano puede sufrir reacciones adversas añadidas por mezclar la cocaína con otras drogas: con heroína ("speed ball"), benzodiacepinas y/o alcohol.

Embarazo, feto y recién nacido: el consumo de cocaína durante el **embarazo** se asocia a un riesgo elevado de aborto, de muerte fetal intraútero, de abruptio placentae y de prematuridad, con inmadurez fetal. Los niños tienden a nacer con menor peso y con menor perímetro cefálico. Además el síndrome de muerte súbita neonatal es muy elevado (15 %).

La cocaína atraviesa la placenta y produce efectos nocivos en el **feto**, especialmente lesiones cerebrales isquémicas, que pueden ser causa de muerte intrauterina o de daño cerebral definitivo en la vida extrauterina. Las malformaciones congénitas son más frecuentes.

La cocaína pasa a la leche materna, aunque sus efectos sobre el lactante no se conocen. El consumo de crack en la misma habitación en la que está el niño puede tener efectos perjudiciales sobre él.

Los criterios diagnósticos de la intoxicación aguda por cocaína especificados en DSM-IV están recogidos en la **Tabla II.**

La dosis mortal de cocaína en inyección endovenosa única es de 1 g aproximadamente. No existe tratamiento farmacológico específico para la intoxicación aguda por cocaína ya que los síntomas y signos conductuales (tales como agitación psicomotora) pueden ser totalmente diferentes a los síntomas o signos fisiológicos (disminución o elevación de la presión arterial etc...). Debido a que las complicaciones cardiovasculares, cerebrovasculares, gastrointestinales secundarias a la cocaína y a que las muertes inducidas por cocaína generalmente ocurren en las primeras horas posteriores al consumo de cocaína, es muy importante ingresar y monitorizar al paciente en los servicios de urgencias. Afortunadamente la semivida plasmática de la cocaína es corta (50 minutos) y la mayoría de los efectos adversos graves secundarios al consumo de esta droga disminuyen en las primeras horas posteriores a su uso. El tratamiento del intoxicado por cocaína en cualquiera de sus formas de administración sería: sedación del paciente, en caso de que sea necesario o que presente convulsiones, mediante **diacepan** (i.m. ó i.v.; 0.5 mg/kg i.v. en un periodo de 8 horas es suficiente para controlar las convulsiones); neurolépticos tipo butirofenonas (haloperidol) para los cuadros psicóticos, teniendo en cuenta que pueden disminuir el umbral epileptógeno; y antiarrítmicos (en general se desaconsejan los bloqueantes beta adrenérgicos ya que facilitarían el estímulo alfa por la cocaína lo que incrementaría los efectos vasoconstrictores e hipertensivos), además de las necesarias medidas generales y de reanimación.

Tabla II. Criterios diagnósticos de intoxicación por cocaína. (DSM-IV).

A. Uso reciente de cocaína.

B. Cambios psicológicos o maladaptación conductual clínicamente significativas (ej. Euforia, alteraciones afectivas; cambios en la sociabilidad; hipervigilancia; sensibilidad interpersonal; ansiedad, tensión o miedo; movimientos estereotipados; juicio alterado; empeoramiento social u ocupacional) que aparezcan durante o después de un periodo corto del uso de la cocaína.

C. Dos o más de los siguientes síntomas que aparezcan durante o después de un periodo corto del uso de la cocaína.

1. Taquicardia o bradicardia
2. Dilatación pupilar
3. Elevación o disminución de la presión arterial
4. Sudor o escalofríos
5. Nauseas o vómitos
6. Evidencia de pérdida de peso
7. Agitación o disminución psicomotora
8. Debilidad muscular, depresión respiratoria, dolor torácico o arritmias cardíacas
9. Confusión, convulsiones, disquinesias o coma.

D. Síntomas no causados por alteraciones médicas generales y que no aparezcan por otra alteración mental.

BIBLIOGRAFIA

Cami J, Farre M, Gonzalez ML, Segura J, de la Torre R. Cocaine metabolism in human after use of alcohol. Clinical and research implications. Recent Dev Alcohol. 1998. 14: 437-55.

Dean RA, Bosron WF, Zachman FM, Zhang J, Brzezinski MR. Effects of ethanol on cocaine metabolism and disposition in the rat. NIDA Res Monogr. 1997. 173: 35-47.

Dean RA, Christian CD, Sample RHB, Bosron WF. Human liver cocaine esterases: ethanol-mediated formation of ethylcocaine. *FASEB. J.* 1991. 5: 2735-9.

Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed.: DSM-IV. Washington, D.C.: American Psychiatric association, 1994.

Gawin FH, Ellinwood EHJr. Cocaine and other stimulants: actions, abuse and treatment. *N. Engl. J. Med.* 1988. 318: 1173-82.

Gawin FH, Kleber HD. Abstinence symptomatology and psychiatric diagnosis of cocaine abusers. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1986. 443: 107-13.

Hatsukami DK, Fischman MW. Crack cocaine and cocaine hydrochloride. Are the differences myth or reality?. *JAMA.* 1996. 276: 1580-8.

Jones RT. Pharmacokinetics of cocaine: considerations when assessing cocaine use by urinalysis. NIDA Res Monogr. 1998. 175: 221-34.

Keller RW Jr, Snyder-Keller A. Prenatal cocaine exposure. *Ann N Y Acad Sci.* 2000. 909: 217-32.

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N. Engl. J. Med.* 1996. 335: 128-9.

Lorenzo P, Ladero JM, Leza JC, Lizasoain I. *Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación.* Panamericana SA. MADRID. 1998.

Lorenzo P, Leza JC, Lizasoain I. Drogodependencias. En: *Velázquez. Farmacología.* (Eds. Velasco, Lorenzo, Serrano, Andrés-Trelles). Ed. Mc Graw-Hill-Interamericana. Madrid. pp. 498-519. 1993.

Mendelson JH, Mello NK. Management of cocaine abuse and dependence. *N. Engl. J. Med.* 1996. 334: 965-72.

National Institute on Drug Abuse. *http://www.nida.nih.gov*

National Institute on Drug Abuse. NIDA Infofax, Crack and cocaine, 1998.

National Institute on Drug Abuse. Research report series. Cocaine. Abuse and addiction. 1999.

Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior. *http://www.mir.es/pnd/index.htm*

Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1998. Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. 1999.

Wolf JH, Huang L, Ishifuro Y, Morgan JP. Negative inotropic effect of methylecgonidine, a major product of cocaine base pyrolysis, on ferret and human myocardium. *J Cardiovasc Pharmacol.* 1997. 30: 352-9.

Personalidad y uso-abuso de cocaína.

Sáiz, P.A.*; González, M.P.*; Paredes, B.; Martínez, S.***; Delgado, J.M.*****

* Prof. Titular, Area de Psiquiatría - Universidad de Oviedo.
** Adjunto Servicio de Urgencias. Hospital San Agustín. Avilés.
*** Doctorando, Area de Psiquiatría - Universidad de Oviedo.

Enviar correspondencia: Pilar Alejandra Sáiz Martínez. Universidad de Oviedo. Facultad Medicina - Area Psiquiatría. Julián Clavería, 6-3º. 33006 Oviedo.

Resumen

Objetivos: determinar los rasgos de personalidad asociados al consumo de cocaína. Método: 3634 reclutas y 2841estudiantes de secundaria cumplimentaron el EPQ-A y la Escala de Búsqueda de Sensaciones. Cada muestra fue dividida en 3 grupos; G1: no consumidores de sustancias ilegales, G2: consumidores de sustancias ilegales diferentes de la cocaína, G3: consumidores de cocaína más otras sustancias legales e ilegales. Resultados: Neuroticismo: reclutas y estudiantes mujeres: G2 y G3 puntuaron significativamente más alto que el otro grupo; estudiantes varones: sin diferencias entre grupos. Intro-extroversión: reclutas: G2 obtuvo puntuaciones significativamente más elevadas; estudiantes varones y mujeres: G1 puntuó significativamente más bajo que los otros dos grupos. Psicoticismo: en las tres muestras diferencias significativas entre los 3 grupos, G3 obtuvo las puntuaciones más altas. Búsqueda de sensaciones: las tres muestras obtienen los mismos resultados que en psicoticismo. Conclusiones: existen diferencias de personalidad en función del consumo de cocaína.

Palabras clave: *neuroticismo, intro-extroversión, psicoticismo, búsqueda de sensaciones, cocaína.*

Summary

Objective: to determine the personality traits associated with cocaine consumption. Methods: 3634 military recruits and 2841 secondary school students completed the EPQ-A and the Sensation Seeking Scale. Each sample was divided into three groups: G1: non consumption of illegal substances; G2: consumption of illegal substances different from cocaine; G3: consumption of cocaine plus other legal and illegal substances. Results: *Neuroticism:* recruits and female students: G2 and G3 scored significantly higher than the other group; male students: no significant differences among groups. *Intro-extroversion:* recruits: G2 scored significantly higher than the other two groups; male and female students: G1 scored significantly lower. *Psychoticism:* in all samples significant differences were found among the three groups, G3 obtained the highest score. *Sensation seeking:* the three samples obtained the same results as those obtained in pscyhoticism. Conclusions: consumption of cocaine is associated with specific personality traits.

Key words: *neuroticism, intro-extroversion, psychoticism, sensation seeking, cocaine.*

INTRODUCCIÓN

El interés por la personalidad y el uso-abuso de sustancias es ya antiguo. Desde los primeros estudios de Eysenck buscando una relación entre el consumo de tabaco y la personalidad han sido muchos los investigadores que han dedicado sus esfuerzos a arrojar alguna luz sobre el respecto. Aunque se acepta que no existe una personalidad prototípica del consumidor de sustancias ilegales, existe un elevado interés por conocer el papel que juega la personalidad en el desarrollo de la adicción, especialmente de cara a la intervención (1).

Uno de los factores de personalidad que ha sido relacionado con la conducta de uso-abuso de cocaína es la "búsqueda de sensaciones"(2,3).. Este rasgo, definido por Zuckerman (2,4), se caracteriza por la búsqueda de experiencias y sensaciones intensas, novedosas, variadas y complejas, y por la voluntad de experimentar y participar en experiencias que comporten riesgos de diversos tipos (físico, social, legal,...). En un estudio posterior, Zuckerman (5) amplia este rasgo de la personalidad pasándolo a denominar "impulsividad no socializada/búsqueda de sensaciones" y considerándolo integrador de los aspectos básicos de la impulsividad de Gray y del psicoticismo de Eysenck. Además, diferencia en él 4 subdimensiones: búsqueda de emociones (aventuras, riesgos); búsqueda de excitación (experiencias); desinhibición; y susceptibilidad al aburrimiento. Diversos autores (6,7) han demostrado la especificidad de estas subdimensiones en cuanto al tipo de droga consumida. Concretamente, Zuckerman (8), en una revisión de varios estudios, pone de manifiesto que, especialmente, las subescalas de búsqueda de excitación y desinhibición se relacionan con la frecuencia de consumos, siendo los psicoestimulantes los que muestran las mayores correlaciones.

Con el objeto de aclarar la relación entre la personalidad y el uso-abuso de sustancias ilegales, entre ellas la cocaína, en el Area de Psiquiatría de la Universidad de Oviedo venimos realizando, desde el año 1995, un seguimiento del consumo de sustancias en los jóvenes asturianos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Sujetos

Los datos del presente estudio se han obtenido de dos poblaciones complementarias, por un lado los jóvenes que se incorporan al Servicio Militar y, por otro, jóvenes estudiantes de secundaria.

La muestra de los reclutas está constituida por todos los que se incorporaron al Regimiento Príncipe de Asturias (Noreña) en los reemplazos habidos desde el año 1995 al 1999 (n= 3634). La muestra de los estudiantes la forman los alumnos de enseñanza secundaria de los centros públicos de Oviedo que asistieron a clase el día de la encuesta –primavera de 1999- (n= 2841).

La edad media de los reclutas era de 20.28 (2.56) años y el 100% eran varones. En el caso de los estudiantes, la edad media era de 15.87 (1.47), sin que existiesen diferencias estadísticamente significativas en función del sexo (15.85 los hombres frente a 15.89 las mujeres). El 50.9% eran hombres. En cuanto al nivel de estudios que estaban realizando, el 28.4% estaba cursando 1º de bachiller, el 6.1% 2º de la ESO, el 33.8% 3º de la ESO, el 28.9% 4º de la ESO, y el 2.8% módulos de FP.

Procedimiento e instrumentos de evaluación

En el caso de los reclutas, los cuestionarios se administraron, sin previo aviso y de acuerdo con los servicios médicos del regimiento, un día de la 1ª semana de su incorporación. Tras una breve explicación de los objetivos del estudio para los que solicitábamos su cooperación y de cómo habían de rellenar las hojas de respuesta, se leían las preguntas en voz alta. Cada recluta contestaba de forma anónima en su hoja de respuestas. Se eligió esta forma de administración (lectura en voz alta) dada la magnitud de los reemplazos, especialmente en los primeros años.

Con los estudiantes se siguió el mismo procedimiento, aunque al ser las clases muy reducidas no se leyeron las preguntas sino que a cada estudiante se le proporcionó el cuadernillo de preguntas y la hoja de respuesta en la que debían contestar.

La encuesta incluía unos mínimos datos sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, curso, y situación laboral) y las versiones españolas del Cuestionario de Consumo de Drogas de la OMS (9), del Cuestionario de Personalidad de Eysenck para Adultos (EPQ-A) (10), y de la Escala de Búsqueda de Sensaciones (Forma V) de Zuckerman (11).

La Escala de Búsqueda de Sensaciones (Forma V) de Zuckerman

Se trata de un cuestionario originariamente desarrollado en inglés y adaptado a numerosos idiomas, entre ellos el español, diseñado para evaluar la dimensión de la personalidad descrita por Zuckerman como "búsqueda de sensaciones".

Consta de un total de 40 ítems de respuesta dicotómica sí-no que se agrupan en 4 escalas que corresponden a las 4 subdimensiones de este rasgo de personalidad: búsqueda de emociones (BEM), búsqueda de excitación (BEX), desinhibición (DES), y susceptibilidad al aburrimiento (SAB). Además, de puntuaciones en estas 4 subdimensiones se obtiene una puntuación global de la dimensión general de búsqueda de sensaciones. Obtienen puntuaciones elevadas en esta escala las siguientes poblaciones: deportistas de riesgo, policías, guardaespaldas, delincuentes, consumidores de drogas, y sujetos a los que les gusta poner a prueba sus recursos personales, entre otros.

El Cuestionario de Personalidad de Eysenck para Adultos

Al igual que el anterior, se trata de un cuestionario originariamente desarrollado en inglés que ha sido adaptado y validado en varios idiomas. El EPQ-A fue desarrollado como fruto del trabajo sobre otros cuestionarios previos. Evalúa las siguientes tres dimensiones básicas de la personalidad: Neuroticismo, Intro-extroversión, y Psicoticismo o Dureza. Además, posee una escala de sinceridad que intenta medir la tendecia al disimulo de algunos sujetos para presentar un "buen aspecto" (10). Consta de un total de 94 ítems de respuesta dicotómica sí-no; 24 ítems evalúan la dimensión de neuroticismo, 20 la de extro-introversión, 24 la de dureza, y 25 ítems evalúan la sinceridad.

Análisis estadístico

En la muestra de estudiantes, los datos se analizaron de forma independiente en función del sexo dadas las diferencias en cuanto a personalidad. Por lo tanto, en este estudio se van a presentar los resultados de personalidad y uso-abuso de cocaína de tres muestras: reclutas, estudiantes varones, y estudiantes mujeres. A su vez, cada muestra se dividió en tres grupos en función del consumo: grupo 1 que no había consumido ninguna sustancia ilegal; el grupo 2 que había consumido sustancias ilegales diferentes de cocaína; y el grupo 3 que había consumido cocaína amén de otras sustancias legales y/o ilegales. Se presentan los datos de las tres muestras y los tres grupos dentro de cada muestra para únicamente una de las tres referencias temporales de consumo que explora el cuestionario de la OMS: alguna vez en la vida.

Además se analizó si existía alguna diferencia en cuanto a personalidad entre los sujetos que tras haber consumido alguna vez en su vida siguieron consumiendo (presentaban consumo también en el último mes) y los que ya no consumían (no había consumos en el último mes). Para ello creamos una nueva variable, suma de consumo alguna vez en la vida y consumo en el último mes, en la que los sujetos se clasificaban en tres grupos: "abstinentes" (nunca consumo, ni alguna vez ni en el último mes); "experimentadores" (consumo alguna vez pero no en el último mes); y "reincidentes" (consumo alguna vez y en el último mes).

Para determinar la significación estadística de las diferencias en las puntuaciones en los cuestionarios de personalidad utilizamos el ANOVA con la prueba Duncan de comparaciones múltiples post hoc, la prueba t de Student, o el cálculo de desviaciones estándar respecto a la norma según fuese necesario. Para el contraste de proporciones se utilizaron las pruebas Chi cuadrado o Z.

RESULTADOS

Características de consumo de cocaína

Consumo de cocaína alguna vez

Contestaron afirmativamente a la pregunta *¿Has consumido cocaína alguna vez?* el

12.8% de los reclutas frente al 8.7% de los estudiantes (p= .000) y al 3.9% de las estudiantes (p= .000). Entre los estudiantes se constató una mayor prevalencia de consumo-vida dentro de los varones (p= .000).

Al dividir cada una de las muestras en los tres grupos de consumo anteriormente descritos obtuvimos los siguientes resultados: grupo 1 (ninguna sustancia ilegal) el 54.4% de los reclutas, el 58.0% de los estudiantes, y el 58.5% de las estudiantes; grupo 2 (ilegales diferentes de cocaína): el 33.2% de los reclutas, el 33.6% de los estudiantes, y el 37.6% de las estudiantes; y grupo 3 (cocaína más otras sustancias legales y/o ilegales) el 12.8%, el 8.7%, y el 3.9% de los reclutas, estudiantes varones, y estudiantes mujeres respectivamente.

Persistencia del consumo (consumo de cocaína alguna vez y en el último mes)

Eran "abstinentes", es decir, no habían consumido cocaína ni alguna vez, ni en el último mes, el 87.2% de los reclutas, el 91.3% de los estudiantes, y el 96.1% de las estudiantes. Contestaron como "experimentadores", consumo alguno vez pero no en el último mes, el 8.2% de los reclutas, el 4.8% de los estudiantes, y el 2.3% de las estudiantes. Finalmente, fueron considerados "reincidentes" (consumos alguna vez y en el último mes) el 4.6% de los reclutas, el 3.9% de los estudiantes, y el 1.6% de las estudiantes.

Características de personalidad

En todos los datos de personalidad que se van a referir a continuación es necesario tener en cuenta la presencia de una variable confusora: el consumo de otras sustancias. En las tres muestras estudiadas (reclutas, estudiantes varones y estudiantes mujeres) no existen consumidores "puros" de cocaína, sino que el consumo de la misma se asocia en todos los casos al de otras sustancias legales y/o ilegales. Por tanto, es posible que las diferencias de personalidad, que se exponen a continuación, asociadas al consumo de cocaína se deban, al menos en parte, al hecho de que estos sujetos son policonsumidores. En este sentido, cabe señalar que en las tres muestras se observa un claro gradiente del número medio de sustancias consumidas cuando se diferencia entre no consumidores de sustancias ilegales, consumidores de sustancias ilegales diferentes de cocaína y consumidores de cocaína y otras sustancias legales y/o ilegales (tabla 1). Sin embargo, cuando se realiza el análisis de persistencia de consumo de cocaína, en la muestra de reclutas y de estudiantes varones se sigue manteniendo el gradiente ascendente de número medio de sus-

Tabla 1: Número medio de sustancias consumidas por los diferentes grupos estudiados

Número medio de sustancias consumidas	Grupo 1 (no ilegales)	Grupo 2 (ilegales–no cocaína)	Grupo 3 (cocaína+otras)	p	Grupos distintos
- reclutas	1.52 (0.61)	3.58 (1.26)	6.83 (2.37)	.000	1vs. 2vs. 3
- estudiantes varones	1.19 (0.70)	3.64 (1.31)	7.01 (2.40)	.000	1vs. 2vs. 3
- estudiantes mujeres	1.45 (0.68)	3.58 (1.19)	7.00 (1.88)	.000	1vs. 2vs. 3
Número medio de sustancias consumidas	**Abstinentes (1)**	**Experimentadores (2)**	**Reincidentes (3)**	**p**	**Grupos distintos**
- reclutas	2.29 (1.33)	6.31 (2.15)	7.58 (2.60)	.000	1vs. 2vs. 3
- estudiantes varones	2.08 (1.52)	6.15 (1.83)	7.88 (2.77)	.000	1vs. 2vs. 3
- estudiantes mujeres	2.28 (1.38)	6.81 (2.01)	7.27 (1.70)	.000	1vs. 2,3

ANOVA (prueba post hoc: Duncan)

tancias consumidas, mientras que en la muestra de estudiantes mujeres no se observan diferencias entre el número medio de sustancias consumidas por experimentadoras y reincidentes (tabla 1).

Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPQ-A)

La puntuación media obtenida por los reclutas en las 3 dimensiones del EPQ-A fueron 11.42 (5.77) en neuroticismo, 13.84 (3.74) en extroversión, y 4.38 (3.38) en psicoticismo. En el caso de los estudiantes varones las puntuaciones fueron: 12.59 (4.96) en neuroticismo, 14.95 (3.36) en extroversión, y 5.49 (3.29) en psicoticismo. Los estudiantes puntuaron significativamente (p= .000) más alto que los reclutas en las tres dimensiones. Estas diferencias estadísticas, sin embargo, sólo tienen trascendencia clínica en el caso del psicoticismo. Los estudiantes se sitúan en el rango de elevado psicoticismo (percentil 85) mientras que los reclutas lo hacen en el de normalidad-alto (percentil 80). Las mujeres estudiantes obtuvieron las siguientes puntuaciones: 15.81 (4.89) en neuroticismo, 14.68 (3.51) en extroversión, y 3.84 (2.60) en psicoticismo. Clínicamente, en las tres dimensiones se sitúan en el rango de la normalidad.

Escala de Búsqueda de Sensaciones (Forma V) de Zuckerman

En la escala de búsqueda de sensaciones de Zuckerman los reclutas obtuvieron las siguientes puntuaciones: 6.46 (2.72) en búsqueda de emociones, 4.97 (1.83) en búsqueda de excitación, 6.55 (2.11) en desinhibición, 4.83 (2.14) en susceptibilidad al aburrimiento, y 22.79 (6.23) en total. Las puntuaciones de los estudiantes varones fueron: BEM 7.63 (2.30), BEX 5.18 (1.81), DES 6.87 (2.07), SAB 5.56 (1.99) y total 25.23 (5.45). Los estudiantes varones puntuaron significativamente más alto (p= .000) que los reclutas en las 4 escalas y, consecuentemente, en la puntuación total. Al comparar las puntuaciones de estas dos muestras con las de los valores de la población de estudiantes varones españoles de referencia (11) encontramos diferencias estadísticamente significativas (nuestras muestras obtienen puntuaciones más elevadas) en todas las escalas, excepto en la escala BEM en el caso de los reclutas. Cuando calculamos las diferencias en términos de desviación estándar, la desviación máxima fue de +0.89 en la escala SAB en la muestra de estudiantes.

Las puntuaciones que obtuvieron las mujeres estudiantes fueron: 7.13 (2.41) en la escala BEM, 5.77 (1.73) en la BEX, 5.78 (2.23) en la DES, 5.29 (2.92) en la SAB, y 23.91 (5.45) como puntuación total. Comparadas con las puntuaciones de las estudiantes españolas de referencia (11), puntuaron significativamente más alto en todas las escalas y en la puntuación total. Cuando traducimos estas diferencias estadísticas en desviaciones con respecto a la norma encontramos que en tres escalas las desviaciones fueron superiores a 1. En la escala DES nuestras estudiantes se encuentran 1.46 desviaciones estándar por encima de la norma; en la escala SAB se encuentran 1.20 d.e. por encima; y en la puntuación total en la escala 1.17 d.e. por encima.

Consumo de cocaína alguna vez en la vida y personalidad

La tabla 2 muestra los resultados obtenidos en el análisis de la asociación entre uso-abuso de sustancias alguna vez en la vida y el EPQ-A. Los resultados obtenidos en la dimensión de neuroticismo varían de una muestra a otra: en la muestra de los reclutas y en la de estudiantes mujeres, el grupo 1 (e.d., los que nunca han consumido sustancias ilegales) obtuvo puntuaciones significativamente inferiores a la de los otros dos grupos, mientras que en la muestra de estudiantes varones no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos.

En la dimensión de intro-extroversión los resultados tampoco fueron unánimes: en la muestra de reclutas los grupos 1 (nunca consumo de sustancias ilegales) y 3 (consumo

Tabla 2. Relación entre uso-abuso de sustancias ilegales alguna vez en la vida y puntuaciones medias (desviaciones estándar) en el EPQ-A.

	Grupo 1 (no ilegales)	Grupo 2 (ilegales–no cocaína)	Grupo 3 (cocaína+otras)	p	Grupos distintos
Neuroticismo					
- reclutas	11.09 (5.64)	11.73 (5.90)	12.06 (5.88)	.000	1vs. 2,3
- estudiantes varones	12.29 (4.77)	13.09 (5.11)	12.67 (5.50)	.018	
- estudiantes mujeres	15.21 (4.89)	16.63 (4.78)	16.85 (4.83)	.000	1vs. 2,3
Intro-extroversión					
- reclutas	13.65 (3.72)	14.18 (3.69)	13.81 (3.88)	.001	1,3vs. 2
- estudiantes varones	14.53 (3.57)	15.50 (2.98)	15.69 (2.80)	.000	1vs. 2,3
- estudiantes mujeres	14.26 (3.60)	15.21 (3.31)	15.91 (3.13)	.000	1vs. 2,3
Psicoticismo					
- reclutas	3.69 (2.84)	4.71 (3.35)	6.51 (4.42)	.000	1vs. 2vs. 3
- estudiantes varones	4.76 (2.92)	6.19 (3.34)	7.69 (3.90)	.000	1vs. 2vs. 3
- estudiantes mujeres	3.32 (2.25)	4.47 (2.81)	5.74 (3.20)	.000	1vs. 2vs. 3

ANOVA (prueba post hoc: Duncan)

de cocaína y sustancias legales y/o ilegales) obtuvieron puntuaciones significativamente inferiores a las del grupo 2 (consumo de sustancias ilegales distintas de cocaína), mientras que en ambas muestras de estudiantes, el grupo 1 obtuvo puntuaciones significativamente inferiores a la de los otros dos grupos.

Finalmente, en la dimensión de psicoticismo si hubo unanimidad en las tres muestras, ya que los 3 grupos son significativamente distintos entre sí, de tal manera que se puede hablar de un gradiente de psicoticismo en función del consumo: a más sustancias mayor puntuación en psicoticismo.

Desde un punto de vista clínico, los resultados en el EPQ-A sugieren que el hecho de no consumir sustancias ilegales, consumir, o consumir cocaína más otras sustancias legales y/o ilegales se asocia a diferencias de personalidad, de tal manera que a medida que el consumo es más importante aumentan los niveles de neuroticismo, extroversión, y psicoticismo. Sin embargo, es necesario señalar, que tan sólo la dimensión de psicoticismo adquiere trascendencia clínica, ya que es en la única en la que los consumidores de drogas ilegales, independientemente de que la sustancia consumida sea cocaína o no (grupos 2 y 3) se sitúan en rangos iguales o superiores al percentil 85.

La relación entre el uso-abuso de sustancias ilegales alguna vez en la vida y la escala de búsqueda de sensaciones de Zuckerman se reflejan en la tabla 3. En conjunto, se puede decir que en las tres muestras las puntuaciones aumentan significativamente en función del consumo, de tal forma que son más bajas en el grupo que no consume sustancias ilegales y más altas en el grupo 3 que consume cocaína más otras sustancias legales y/o ilegales. Estas diferencias no son tan claras en la escala de búsqueda de emociones. Esta escala BEM se comporta de distinta forma en las tres muestras: en los reclutas el grupo 1 puntúa significativamente menos que los otros dos grupos; en los estudiantes varones no hay diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos; y en las estudiantes el grupo 1 puntúa significativamente menos que el grupo 3.

Desde el punto de vista clínico, este instrumento se comporta de igual modo que el anterior, mayor desviación respecto a la norma en función de la importancia del consumo (tabla 4). No obstante, la trascendencia clínica es escasa: únicamente en la escala de

Tabla 3. Relación entre uso-abuso de sustancias ilegales alguna vez en la vida y puntuaciones medias (desviaciones estándar) en la escala de Búsqueda de Sensaciones (Forma V) de Zuckerman.

	Grupo 1 (no ilegales)	Grupo 2 (ilegales–no cocaína)	Grupo 3 (cocaína+otras)	p	Grupos distintos
Búsqueda emociones (BEM)					
- reclutas	6.07 (2.83)	6.90 (2.47)	6.96 (2.59)	.000	1vs. 2,3
- estudiantes varones	7.49 (2.44)	7.81 (2.06)	7.87 (2.14)	.024	
- estudiantes mujeres	6.95 (2.51)	7.33 (2.25)	7.83 (2.02)	.002	1vs. 3
Búsqueda excitación (BEX)					
- reclutas	4.33 (1.60)	5.51 (1.79)	6.32 (1.70)	.000	1vs. 2vs. 3
- estudiantes varones	4.54 (1.49)	5.90 (1.82)	6.77 (1.76)	.000	1vs. 2vs. 3
- estudiantes mujeres	5.12 (1.50)	6.59 (1.61)	7.61 (1.47)	.000	1vs. 2vs. 3
Desinhibición (DES)					
- reclutas	5.84 (2.04)	7.24 (1.87)	7.77 (1.85)	.000	1vs. 2vs. 3
- estudiantes varones	6.10 (1.98)	7.85 (1.71)	8.30 (1.45)	.000	1vs. 2vs. 3
- estudiantes mujeres	4.98 (2.12)	6.84 (1.91)	7.56 (1.42)	.000	1vs. 2vs. 3
Susceptibilidad aburrimiento (SAB)					
- reclutas	4.48 (2.10)	5.18 (2.13)	5.42 (2.04)	.000	1vs. 2vs. 3
- estudiantes varones	5.31 (1.94)	5.88 (1.99)	6.10 (2.04)	.000	1vs. 2vs. 3
- estudiantes mujeres	4.99 (3.47)	5.64 (1.79)	6.31 (1.78)	.000	1vs. 2vs. 3
Total					
- reclutas	20.73 (5.97)	24.81 (5.58)	26.43 (5.56)	.000	1vs. 2vs. 3
- estudiantes varones	23.43 (5.11)	27.45 (4.88)	28.88 (4.72)	.000	1vs. 2vs. 3
- estudiantes mujeres	21.97 (5.13)	26.39 (4.62)	29.35 (3.80)	.000	1vs. 2vs. 3

ANOVA (prueba post hoc: Duncan)

Tabla 4. Diferencias, expresadas en desviaciones estándar, entre las puntuaciones obtenidas por las tres muestras en la escala de Búsqueda de Sensaciones (Forma V) de Zuckerman y la población estudiantil española de referencia.

	Grupo 1 (no ilegales)	Grupo 2 (ilegales–no cocaína)	Grupo 3 (cocaína+otras)	Total
Búsqueda emociones (BEM)				
- reclutas	–.3	0	.1	–.1
- estudiantes varones	.3	.4	.4	.3
- estudiantes mujeres	.3	.5	.7	.4
Búsqueda excitación (BEX)				
- reclutas	–.6	0	.3	–.3
- estudiantes varones	–.5	0	.5	–.2
- estudiantes mujeres	–.1	.6	1.2	.2
Desinhibición (DES)				
- reclutas	.3	.9	1.1	.6
- estudiantes varones	.4	1.1	1.3	.7
- estudiantes mujeres	1	2	2.4	1.5
Susceptibilidad aburrimiento (SAB)				
- reclutas	.4	.7	.8	.6
- estudiantes varones	.8	1	1.1	.9
- estudiantes mujeres	1	1.4	1.7	1.2
Total				
- reclutas	0	.5	.8	.2
- estudiantes varones	.3	1	1.2	.6
- estudiantes mujeres	.8	1.6	2.2	1.2

desinhibición (los grupos 2 y 3) y en la puntuación total (el grupo 3) de la muestra de estudiantes mujeres se diferencia de su población de referencia (estudiantes mujeres españolas) 2 ó más desviaciones estándar.

Persistencia en el consumo: Diferencias de personalidad entre los abstinentes, los experimentadores, y los reincidentes

En la tabla 5 se presentan las puntuaciones obtenidas en el EPQ-A por las tres muestras estudiadas en función de la frecuencia del consumo de cocaína. En la dimensión de neuroticismo sólo se observan diferencias en la muestra de reclutas entre el grupo de abstinentes (nunca consumieron cocaína) y el de reincidentes (habiendo probado cocaína continuaron consumiéndola), que obtiene puntuaciones superiores en esta subescala. En la dimensión de intro-extroversión, de nuevo, sólo existen diferencias en la muestra de reclutas donde el grupo de experimentadores (probaron la cocaína pero no continuaron consumiéndola) obtiene puntuaciones más elevadas que el de reincidentes. Finalmente, existe unanimidad casi absoluta en los resultados en la dimensión de psicoticismo; en las muestras de reclutas y de estudiantes varones se observa un gradiente de tal modo que las puntuaciones aumentan significativamente de un grupo a otro, siendo los abstinentes los que significativamente puntúan más bajo y los reincidentes los que significativamente puntúan más alto. En la muestra de estudiantes mujeres también se observa esta tendencia, aunque no existen diferencias significativas entre las experimentadoras y las reincidentes.

Nuevamente, estas diferencias estadísticas tan sólo tienen significado clínico en la dimensión de psicoticismo; así, en las muestras de reclutas y estudiantes mujeres, los abstinentes se encuentran en percentiles de normalidad (los estudiantes varones abstinentes estarían en un percentil límite), mientras que los experimentadores y los reincidentes de las tres muestras se sitúan en percentiles clínicamente significativos (superiores a P85).

Los resultados de la asociación entre la búsqueda de sensaciones y el seguir consumiendo cocaína se muestran en la tabla 6. En líneas generales, en las tres muestras, se

Tabla 5. Diferencias en el perfil EPQ-A entre los que nunca consumieron (abstinentes), los que probaron pero no continuaron (experimentadores), y los que habiendo probado continuaron consumiendo (reincidentes).

	Abstinentes (1)	Experimentadores (2)	Reincidentes (3)	p	Grupos distintos
Neuroticismo					
- reclutas	11.32 (5.75)	12.02 (5.95)	12.32 (5.67)	.016	1vs. 3
- estudiantes varones	12.58 (4.90)	12.66 (5.58)	12.77 (5.62)	.955	
- estudiantes mujeres	15.76 (4.89)	17.19 (4.60)	16.36 (5.23)	.231	
Intro-extroversión					
- reclutas	13.85 (3.72)	14.06 (3.85)	13.28 (3.83)	.09	2vs. 3
- estudiantes varones	14.88 (3.40)	15.71 (2.93)	15.66 (2.56)	.039	
- estudiantes mujeres	14.63 (3.51)	15.84 (3.26)	16.00 (2.99)	.032	
Psicoticismo					
- reclutas	4.05 (3.06)	5.79 (3.94)	8.05 (4.86)	.000	1vs. 2vs. 3
- estudiantes varones	5.28 (3.14)	7.19 (3.93)	8.27 (3.93)	.000	1vs. 2vs. 3
- estudiantes mujeres	3.77 (2.55)	6.12 (3.41)	5.18 (2.86)	.000	1vs. 2,3

ANOVA (prueba post hoc: Duncan)

Tabla 6. Diferencias en la búsqueda de sensaciones entre los que nunca consumieron (abstinentes), los que probaron pero no continuaron (experimentadores), y los que habiendo probado continuaron consumiendo (reincidentes).

	Abstinentes (1)	Experimentadores (2)	Reincidentes (3)	p	Grupos distintos
Búsqueda emociones (BEM)					
- reclutas	6.39 (2.73)	6.97 (2.55)	6.92 (2.59)	.000	1vs. 2,3
- estudiantes varones	7.61 (2.31)	7.84 (2.36)	7.91 (1.97)	.472	
- estudiantes mujeres	7.10 (2.42)	7.56 (2.30)	8.23 (1.48)	.054	1vs. 3
Búsqueda excitación (BEX)					
- reclutas	4.78 (1.77)	6.23 (1.72)	6.36 (1.72)	.000	1vs. 2,3
- estudiantes varones	5.04 (1.75)	6.65 (1.83)	6.80 (1.69)	.000	1vs. 2,3
- estudiantes mujeres	5.70 (1.70)	7.87 (1.36)	7.23 (1.57)	.000	1vs. 2,3
Desinhibición (DES)					
- reclutas	6.37 (2.09)	7.53 (1.88)	8.18 (1.72)	.000	1vs. 2vs. 3
- estudiantes varones	6.74 (2.07)	8.12 (1.55)	8.50 (1.40)	.000	1vs. 2,3
- estudiantes mujeres	5.71 (2.23)	7.25 (1.41)	8.00 (1.34)	.000	1vs. 2,3
Susceptibilidad aburrimiento (SAB)					
- reclutas	4.74 (2.14)	5.45 (2.05)	5.39 (2.01)	.000	1vs. 2,3
- estudiantes varones	5.51 (1.98)	5.97 (1.81)	6.27 (2.24)	.005	1vs. 3
- estudiantes mujeres	5.25 (2.95)	6.19 (1.71)	6.50 (1.90)	.029	
Total					
- reclutas	22.26 (6.15)	26.18 (5.48)	26.76 (5.71)	.000	1vs. 2,3
- estudiantes varones	24.89 (5.38)	28.28 (4.75)	29.48 (4.87)	.000	1vs. 2,3
- estudiantes mujeres	23.70 (5.39)	28.91 (3.95)	30.00 (3.56)	.000	1vs. 2,3

ANOVA (prueba post hoc: Duncan)

observan diferencias entre los abstinentes y los otros dos grupos (experimentadores y reincidentes) que obtienen mayores puntuaciones en las diferentes subescalas y en la puntuación total. Por tanto, puede decirse que existe un gradiente entre no consumo y consumo de cocaína, aunque no existen diferencias cuando se analiza la frecuencia del mismo (no diferencias entre experimentadores y reincidentes).

Desde el punto de vista clínico (tabla 7), otra vez son las escalas de desinhibición y la puntuación total, en la muestra de estudiantes mujeres, las que mayores desviaciones presentan respecto a la norma, llegando a estar las estudiantes reincidentes 2.6 desviaciones estándar por encima de la norma en la escala DES.

DISCUSIÓN

Queremos volver a recordar que en las muestras estudiadas no existen consumidores "puros" de cocaína, sino que su consumo se asocia con el de otras sustancias legales e ilegales. Por tanto, es posible que las diferencias de personalidad anteriormente relatadas se deban, al menos en parte, al hecho de que estos sujetos son policonsumidores y no sean específicas de consumo de cocaína.

No obstante, y con las reservas ya mencionadas, los resultados obtenidos en el presente estudio sugieren la existencia de una asociación entre rasgos de personalidad y consumo de cocaína en los adolescentes y adultos jóvenes. Así, encontramos que, a

Tabla 7. Diferencias, expresadas en desviaciones estándar, entre las puntuaciones obtenidas por los "abstinentes", "experimentadores", y "reincidentes" de las tres muestras en la escala de Búsqueda de Sensaciones (Forma V) de Zuckerman y la población estudiantil española de referencia.

	Abstinentes	Experimentadores	Reincidentes
Búsqueda emociones (BEM)			
- reclutas	-.2	0	0
- estudiantes varones	.3	.4	.4
- estudiantes mujeres	.4	.6	.9
Búsqueda excitación (BEX)			
- reclutas	-.4	.2	.3
- estudiantes varones	-.3	.4	.5
- estudiantes mujeres	.2	1.3	1.0
Desinhibición (DES)			
- reclutas	.5	1.0	1.2
- estudiantes varones	.7	1.2	1.4
- estudiantes mujeres	1.4	2.2	2.6
Susceptibilidad aburrimiento (SAB)			
- reclutas	.5	.8	.8
- estudiantes varones	.9	1.1	1.2
- estudiantes mujeres	1.2	1.7	1.8
Total			
- reclutas	.1	.8	.8
- estudiantes varones	.6	1.1	1.3
- estudiantes mujeres	1.1	2.1	2.3

medida que se agrava cualitativa y cuantitativamente el consumo de sustancias ilegales progresivamente se acentúan los rasgos de personalidad, llegando incluso a alcanzar niveles clínicamente significativos, como en el caso de la dimensión de psicoticismo.

En el EPQ-A, los resultados varían en cada dimensión. En el neuroticismo es, quizás, donde los resultados son menos claros. Así, mientras que en los reclutas y en las mujeres estudiantes los consumidores de sustancias ilegales (independientemente de que ésta sea cocaína o no) son más neuróticos que el grupo que no consume drogas ilegales, en los estudiantes varones no se observan diferencias en esta dimensión entre los tres grupos. En la dimensión de intro-extroversión tampoco existe unanimidad absoluta, los no consumidores son más introvertidos que los otros dos grupos, que no se diferencian entre sí, en las muestras de estudiantes varones y mujeres, pero en la de reclutas, los consumidores de sustancias ilegales diferentes de cocaína son más extrovertidos que los otros dos grupos. Por último, en el psicoticismo, los resultados son idénticos en las tres muestras estudiadas: los tres grupos son diferentes entre sí, de modo que los no consumidores de sustancias ilegales son los que obtienen puntuaciones más bajas y los consumidores de cocaína (amén de otras sustancias), los que obtienen las puntuaciones más elevadas.

Por otra parte, la única dimensión del EPQ-A que aporta datos diferenciales referentes al nivel de consumo de cocaína vuelve a ser el psicoticismo, ya que en las muestras de reclutas y estudiantes varones se obtienen diferencias estadísticamente significativas entre abstinentes, experimentadores y reincidentes, y

en la de estudiantes mujeres diferencia entre abstinentes y consumidores de cocaína, aunque no es capaz de discriminar el nivel de consumo de la misma (experimental o habitual).

En la Escala de Búsqueda de Sensaciones podríamos decir que a mayor gravedad de consumo mayor acentuación de este rasgo, resultado que cabría esperar ya que este rasgo de la personalidad está incorporado en la dimensión de psicoticismo de Eysenck (12). Sin embargo, con respecto a estos resultados, consideramos necesario hacer la siguiente consideración. Los datos de la población de referencia utilizados, claves para determinar la acentuación del rasgo ya que ésta es expresión de la desviación respecto a la norma, fueron publicados en el año 1985. Creemos que los cambios sociales ocurridos en el transcurso de al menos 14 años (desde que fueron publicados hasta que administramos los cuestionarios a nuestros alumnos) podrían influir de algún modo en magnitud de las desviaciones con respecto a la norma. Incluso los estudiantes que nunca en su vida han consumido ninguna sustancia ilegal presentan desviaciones con respecto a la norma considerables, especialmente en el caso de las mujeres. Por ejemplo, las estudiantes que nunca han consumido sustancias ilegales presentan una desviación de +.8 en la puntuación total en esta escala. Claro está, por otra parte, que las estudiantes que han consumido cocaína más otras sustancias casi triplican esta desviación con respecto a la norma, ya que obtienen puntuaciones que representan +2.2 desviaciones estándar. En conclusión, pensamos que sí existe una acentuación del rasgo en función del consumo pero no de magnitud tan grande como los datos sugieren.

Sin embargo, la Escala de Búsqueda de Sensaciones, no es un buen diferenciador de la magnitud del consumo de cocaína (experimental o habitual), ya que la tendencia general es que ambos tipos de consumidores obtengan puntuaciones similares tanto en la escala total como en las distintas subescalas.

La relación entre los rasgos de personalidad del modelo PEN de Eysenk y el uso de sustancias legales (tabaco) ha sido evidenciada en distintos estudios apuntando a mayores niveles de neuroticismo y extroversión en los fumadores (13-16). Los sujetos con elevados niveles de neuroticismo utilizarían el tabaco como un mecanismo para reducir su ansiedad, especialmente en los sujetos introvertidos. Si además, este rasgo está presente en el contexto ambiental del consumo de sustancias ilegales la evitación de estas conductas antinormativas sería pasiva, siendo por tanto un factor modulador del consumo de drogas (16). Pensamos que estos mismos mecanismos podrían estar implicados la relación entre los elevados niveles de neuroticismo y el consumo de sustancias ilegales (independientemente de que ésta sea la cocaína) encontrados en este estudio y en estudios previos (17-20). Del mismo modo, la extroversión sería otra variable que mediaría el consumo a través de la fuerte necesidad que tienen estos sujetos de excitación. Sin embargo, el rasgo que parece ser el predictor más potente de consumo de sustancias ilegales es la búsqueda de sensaciones (21-22), siendo mejor predictor que la ansiedad, el humor depresivo, que el MMPI o que el MCMI a la hora de identificar a los no consumidores, los consumidores experimentales, y los consumidores de todo tipo de drogas.

Calafat et al (23), proponen dos posibles explicaciones a la relación existente entre búsqueda de sensaciones y uso de drogas. Zuckerman facilita la primera, al tratar de conectar las propiedades farmacológicas de cada sustancia con su teoría, y en una muestra compuesta por 80 usuarios de drogas encuentra que la búsqueda de sensaciones se relaciona positivamente con el uso de estimulantes y alucinógenos e inversamente con el uso de sustancias depresoras. Otra explicación, que quizás cuente con más apoyos, podría ser que el buscador de sensaciones sea un individuo interesado en los cambios que las drogas inducen en su comportamiento, considerando la clase de droga como un elemento secundario. En este sentido, la cultura y el mercado actual de drogas favorecen claramente el policonsumo y van en contra

de una elección personalizada de drogas en función de la personalidad del usuario. Zuckerman (8) también tiene en cuenta esa posibilidad cuando dice que las personas eligen una droga buscando un cambio en su estado afectivo más que unos efectos específicos.

Aunque parece existir un acuerdo entre la mayoría de los estudios en lo referente a búsqueda de sensaciones y uso de drogas, este acuerdo desaparece cuando se trata de identificar que subescala es la que más correlaciona con el consumo de drogas. No obstante, como ya se ha comentado parece que las correlaciones más intensas se dan con las subescalas búsqueda de excitación y desinhibición (6-8, 24). En nuestro caso, las escalas que más se desvían respecto a la norma son la de desinhibición y la de susceptibilidad al aburrimiento. Sin embargo, si nos fijamos en la tabla 4, aunque los datos indiquen que la subescala SAB está más alejada de la norma que la subescala BEX, si hallamos las diferencias que existen en cada una de las dos escalas entre los tres grupos vemos que existe una mayor acentuación de la subdimensión BEX que de la subdimensión SAB, en función del consumo. En la escala BEX el pertenecer al grupo 3 (consumidores de cocaína y otras sustancias legales e ilegales) implica un aumento de 0.9 desviaciones estándar en la muestra de los reclutas, de 0.8 d.e. en la muestra de los estudiantes, y de 1.3 en la de las estudiantes. Por el contrario, en la escala SAB los incrementos son menores; 0.4 en los reclutas, 0.3 en los estudiantes, y 0.7 en las estudiantes. En el paso entre el grupo 2 (consumir sustancias ilegales diferentes de cocaína) y el grupo 3 (consumir cocaína más otras sustancias legales e ilegales), los incrementos son de nuevos más notables en la subescala BEX que en las otras dos (DES y SAB).

CONCLUSIONES

1. El consumo de cocaína está fuertemente asociado con el consumo de otras drogas legales e ilegales.
2. Dicho policonsumo dificulta el establecimiento de un perfil psicológico propio de los consumidores de cocaína.
3. En este sentido, debemos ser cautos y sólo podemos afirmar que en nuestro estudio aquellos policonsumidores que además consumen cocaína, muestran un perfil diferencial que se caracteriza por unos por mayores niveles de búsqueda de sensaciones y psicoticismo que los detectados en otros consumidores de drogas ilegales y en aquellos que no consumen drogas ilegales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Calafat Far A, Amengual Munar M, Farres Snelders C, Palmer Pol A: Estilo de vida y hábitos de consumo de drogas entre estudiantes de enseñanza media. **Boletín de Estupefacientes**1985; XXXVII(2-3): 121-131.
2. Zuckerman M: **Sensation seeking: beyond the optimal level of arousal.** Hillsdale: NJ Erlbaum. 1979.
3. Pedersen W, Clausen SE, Lavik NJ: Patterns of drug use and sensation-seeking among adolescents in Norway. **Acta Psychiatr Scand** 1989; 79: 386-390.
4. Zuckerman M: **Biologiacal expressions and biosocial bases of sensation seeking.** Nueva York: Cambridge Univ. Press. 1994.
5. Zuckerman M, Kuhlman DM, Joireman J, Teta P: A comparison of three structural models for personality: the big three, the big five, and the alternative five. **J Pers Soc Psychol** 1993; 65(4): 757-768.
6. Huba GJ, Newcomb MD, Bentler PM: Comparison of canonical correlation and interbattery factor analysis on sensation seeking and drug use domain. **Appl Psychol Measure** 1981; 5: 291-306.
7. Mabry EA, Khavari KA: Attitude and personality correlates of hallucinogenic drug use. **Int J Addict** 1986; 21: 691-699.
8. Zuckerman M: A biological theory of sensation-seeking. En: Zuckerman M (ed.). **Biological bases of sensation-seeking, impulsivity, and anxiety.** Hillsdale: Erlbaum, 1983. pp 37-76.

9. Smart RG, Hughes PH, Johnston LD, Anumonye A, Khant U, Medina ME, Navaratnam V, Poshyachinda V, Varma VK, Wadud K: **Méthodologie pour des enquêtes sur l'usage des drogues chez les étudiants.** Publication offset, nº 50. Genève: OMS. 1980.

10. Eysenck HJ, Eysenck SBG: EPQ. **Cuestionario de personalidad para niños (EPQ-J) y adultos (EPQ-A). Manual.** (7ª edi.). Madrid: TEA. 1995.

11. Pérez J, Torrubia R: Fiabilidad y validez de la versión española de la Escala de Búsqueda de Sensaciones (Forma V). **Revista Latinoamericana de Psicología** 1986; 18(1): 7-22.

12. Andrés Pueyo, A: **Manual de Psicología Diferencial.** Madrid: McGraw-Hill. 1997.

13. Eysenck HJ, Tarrant M, Woolf M, England L: Smoking and personality. **Brit Med J** 1960; 1: 1456-1460.

14. Frith CD: Smoking behaviour and its relations to the smokers' immediate experience. **Brit J Soc Clin Psychol** 1971; 10: 73-78.

15. Parkes KR: Smoking and the Eysenck personality dimensions: an interactive model. **Psychol Medicine** 1984; 14: 825-834.

16. Pérez J, García-Sevilla L: Neuroticismo, extraversión y consumo de tabaco. **Psiquis** 1986; VII: 122-128.

17. González MP, Sáiz PA, Quiros M, López JL: Personalidad y uso-abuso de cannabis. **Adicciones** 2000: 12 (Supl. 2): 185-196.

18. Bobes J, Sáiz PA, González MP, Bascarán MT, Bousoño M, Ricaurte GA, McCann U: Use of MDMA and other illicit drugs by young adult males in northern Spain: a five years study. **European Addiction Research** (en prensa).

19. Sáiz PA, González MP, Delgado JM, López JL, Martínez S, Bobes J: Consumo de MDMA (éxtasis) en estudiantes de secundaria. **Adicciones** (en prensa).

20. Sáiz PA, González MP, Jiménez L, Delgado Y, Liboreiro MJ, Granda B, Bobes J: Consumo de alcohol, tabaco, y otras drogas y rasgos de personalidad en jóvenes de enseñanza secundaria. **Adicciones** 1999; 11(3): 209/220.

21. Jaffe LT, Archer RP: The prediction of drug use among college students from MMPI, MCMI, and sensation seeking scales. **J Pers Assess** 1987; 51: 243-253.

22. Teichman M, Barnea Z, Rahav G: Sensation seeking, state and trait anxiety, and depressed mood in adolescent substance users. **Int J Addict** 1989, 24 (2): 87-99.

23. Calafat A, Stocco P, Mendes F, Simon J, van de Wijngaart G, Sureda MP, Palmer A, Maalsté N, Zavatti P: **Characteristics and social representation of ecstasy in Europe.** Valencia: IREFREA. 1998.

24. Luengo A, Otero-López JM, Romero E, Gómez JA: Efectos de la necesidad de búsqueda de sensaciones sobre la involucración en el consumo de drogas de los adolescentes. **Análisis y Modificación de la Conducta** 1996; 22 (86): 683-708.

Vida social de la cocaína

Calafat, A.; Juan, M.; Becoña, E.; Fernández, C.; Gil, E.; Llopis, J.J.

Irefrea España. (Instituto Europeo para el estudio de los Factores de Riesgo en la Infancia y la Adolescencia).

Enviar correspondencia: Amador Calafat (Irefrea) Rambla, 15, 2º, 3ª. 07003 Palma de Mallorca.
irefrea@irefrea.org. www.irefrea.org

RESUMEN

La cocaína está de moda en España. El hilo vertebrador del estudio es la dinámica cultural que motiva el consumo de cocaína y su crecimiento, especialmente entre los jóvenes. El artículo surge de una investigación cualitativa desarrollada en cinco ciudades españolas. Se ha realizado observación en locales recreativos y entrevistas en profundidad, 51 en total, a consumidores en tratamiento, consumidores que no están en tratamiento y profesionales de los centros de tratamiento. El análisis se ha centrado en el colectivo de consumidores socialmente integrado. Se han destacado tres arquetipos de consumidores diferenciados por el uso y significado que dan a la sustancia: los 'aristocráticos', los 'recreativos' y los 'atrapados'. Se ha descrito el significado que va adquiriendo la cocaína para los consumidores de cada uno de estos colectivos, los estilos de consumo, la función del consumo en las relación con consumidores de otras sustancias y no consumidores, los rituales de la compra, la gestión de la economía, el control y el riesgo y, finalmente, la entrada en un programa de tratamiento de algunos consumidores. El análisis subraya la estrecha relación de la cocaína con la búsqueda de placer, la diversión, como ingrediente privilegiado del ritual entre amigos, como fetiche de celebraciones importantes, anzuelo para 'ligar', mercancía de negocio y sustancia maligna con capacidad de posesión para aquellos que entran en un proceso adictivo. La comprensión del consumo de cocaína supone hacer una diagnosis social presentando algunos de los valores más dominantes de nuestra sociedad: dominio de lo individual, éxito, consumo, subordinación de los medios a los fines, la creencia en los poderes mágicos de la 'tecnología'.

Palabras claves: *Cocaína, España, análisis cualitativo, cultura, estilos de consumo, ámbito recreativo, jóvenes.*

SUMMARY

Cocaine is fashionable in Spain. The connecting thread of the study is the cultural dynamic that motivates cocaine use, and its growth, particularly among the young. The article results from qualitative research in five Spanish cities. Recreational establishments were observed and in-depth interviews -51 in total - were carried out with consumers in treatment, consumers not in treatment and professionals in the treatment centres. The analysis focused on the socially integrated collective. Three collectives have been highlighted, differentiated by the use and significance given to the substance: the "aristocratic", the "recreational" and the "hooked". The significance that cocaine goes on to acquire for the users in these collectives, use styles, the function of use in relation to users of other substances and non-users, the rituals of its purchase, the management of finances, the control and the risk and, finally, the entry into a treatment programme for some users and its minimal influence on those who continue to use are described. Cocaine acquires different significances which are nurtured in each group, becoming a substance related to pleasure, to having fun, a privileged ingredient of the ritual between friends, a fetish of important celebrations, a bait to be used in flirting, a trading lever, and malignant substance with the capacity for possession for those who enter into an addictive process. An understanding of cocaine use involves making a social diagnosis, presenting some of the more dominant values of our society - dominion of the individual, success, use, subordination of the means to the end, belief in the magical powers of technology.

Key Words: *Cocaine, Spain, qualitative analysis, culture, use styles, pleasure, recreational sphere, young people.*

"El amor a la servidumbre sólo puede lograrse como resultado de una revolución profunda, personal, en las mentes y los cuerpos humanos. Para llevar a cabo esta revolución necesitamos, entre otras cosas, los siguientes descubrimientos e inventos. En primer lugar, una técnica mucho más avanzada de la sugestión, mediante el condicionamiento de los niños y, más adelante, con la ayuda de drogas, como la escopolamina. En segundo lugar una ciencia plenamente desarrollada de las diferencias humanas (...). En tercer lugar un sustitutivo para el alcohol y los demás narcóticos, algo que sea al mismo tiempo menos dañino y más placentero que la ginebra o la heroína. Y finalmente, un sistema de eugenesia a prueba de tontos..."

(A. Huxley, prólogo a *Un mundo feliz*, 1969)

1. INTRODUCCION

De forma lenta, progresiva y, al mismo tiempo, silenciosa, la cocaína ha conseguido posicionarse en la última década, junto con la heroína, en el grupo de drogas ilegales cuyo consumo genera más 'problemas'. Se entiende por 'problema' la relación que genera el consumo con casos de morbilidad y mortalidad, con otros tipos de enfermedades sociales así como por la relación con actos delincuentes y violencia (UN.ODCCP 2000)[1]. La coca es una planta que da lugar a una diversidad de productos utilizados en ocasiones como alimento y otras como sustancias psicoactivas. En los países andinos de América, de donde la coca es original, el cultivo es milenario y su consumo forma parte de la economía y la dieta tradicional (Díaz 1998). De la coca se derivan otros productos que surgen tras un complejo proceso de transformación: la pasta de coca, el clorhidrato de cocaína y el crack (Castaño 2001). Estas sustancias son las que se difunden a otros países integrándose en diversos estratos sociales, en diversas subculturas y creando nuevos estilos de consumo.

La cocaína se hizo popular en Estados Unidos en la década de los setenta y en los ochenta su consumo adquirió una extensión tal que fue considerada una epidemia. Las autoridades norteamericanas iniciaron una 'guerra' contra la cocaína y su distribución hizo un giro hacia Europa. El comercio de la cocaína se hace internacional en un proceso de 'miniaturización' de la sustancia, en el sentido de que con poca cantidad se logran muchas dosis y ello facilita el transporte (Westermeyer 1996). En ese proceso España se convierte en el principal país hacía donde se reconduce el tráfico. Debido a la ubicación geopolítica, España se convierte en un espacio de frontera entre América y Europa en lo referente al consumo de cocaína. De la cocaína que pasa por España buena parte se queda y es consumida aquí, lo que convierte a España en uno de los principales países consumidores de esa sustancia en Europa y donde se está generando una cultura propia relacionada con el consumo, cultura que convive y se adapta a las culturas de consumo de otras sustancias y a su vez todas ellas muy en relación con la fiesta, la noche, la diversión y la magia.

La moda del consumo de cocaína se elabora entre la clase media de Estados Unidos muy implicada con el éxito y el prestigio en una sociedad altamente competitiva, aunque también la cocaína es en aquel país patrimonio de clases menos favorecidas que utilizan sobre todo *crack*, práctica que, de momento, ha tenido poco éxito en Europa. Entre nosotros la cocaína también es adoptada por la clase media y alta en un proceso de imita-

[1] United Nations, Office for Drug Control and Crime Prevention (2001) *World Drug Report 2000.* www.odccp.org/wdc_executive_summary_2000_es

ción, pero su fama va expandiéndose a otros colectivos, especialmente a los jóvenes en el espacio recreativo. En ese proceso de difusión la cocaína está siendo redefinida. En la década de los ochenta la cocaína empieza a ocupar un espacio importante como droga recreativa elitista y definida como la droga del éxito y del prestigio.[2] A finales de los ochenta ya empiezan a detectarse problemas sanitarios con personas consumidoras de cocaína en España (Díaz 1992). Sin embargo, la alarma social queda sofocada por el impacto que estaba causando la heroína en ese momento, y muy probablemente por una cierta liberalización y banalización respecto al consumo de drogas apoyado por amplios sectores de la clase media. En la década de los 90 el consumo de cocaína en España sigue creciendo y, en general, en Europa, hasta llegar a convertirse en una de las principales sustancias que crea demanda de tratamiento. Sin embargo los problemas reaccionados con su consumo siguen siendo considerablemente menores que en Estados Unidos, aunque en ese país el consumo ha descendido durante esta misma década, especialmente debido a mayor consumo de crack, sustancia mucho más adictiva y propia de grupos marginales (Caulkins 1997; Boyd et al, 1998; Cohen 1998; Logan 2000). En Europa el *crack* se ha introducido, pero mucho menos, en grupos marginales.

Otro de los colectivos más cercano al consumo de cocaína es el de profesionales 'de la noche', a quienes ayuda a mantenerse en actividades que requieren mucho esfuerzo en periodos cortos de tiempo. Pero también se ha expandido a otros ámbitos donde es importante ser creativo, tener capacidad de toma rápida de decisiones, tener capacidad de relaciones públicas, saber exponer criterios y convencer (Díaz 1992). La cocaína es adoptada por colectivos muy integrados y con prestigio que le crean una etiqueta de droga limpia vinculada al poder. En los últimos años el colectivo consumidor se ha ido diversificando. El grupo de consumidores es cada vez más joven. Según los datos aportados en el informe del Plan Nacional sobre Drogas a partir de la encuesta sobre drogas en la población escolar en el año 1998, se observa un significativo aumento del consumo en la población escolar, en edades comprendidas entre los 14 y los 18 años. Lo más destacable es que la cocaína aumenta de forma importante respeto a las otras drogas y sobretodo entre los escolares más jóvenes (14 y 15 años). Otro colectivo que empieza a distinguirse, aunque bastante minoritario es el de heroinómanos –algunos en tratamiento con metadona- que recurren a la cocaína. Es curioso que este grupo, con características diferenciales de la figura clásica del cocainómano y sobre todo con mayor marginalidad, no han conseguido desprestigiar el consumo de esta sustancia permaneciendo el carácter elitista de su consumo. Se habla poco de un colectivo, las prostitutas, que también pueden hacer uso de esta sustancia tanto por el estilo de vida como por la disponibilidad económica.

En este estudio nos vamos a centrar en el amplio colectivo consumidor formado por personas socialmente integradas, la mayoría jóvenes que consumen básicamente en el espacio recreativo y algunos en el laboral. Se trata de un colectivo diverso que descubren la cocaína y la incorporan al ya amplio escaparate de sustancias recreativas psicotrópicas. En nuestro país existe ya un extenso bagaje de investigaciones sobre drogas, sin embargo estas siguen siendo insuficientes debido básicamente a la rapidez en que cambian las modas de consumo así como la permeabilidad del contexto social en incorporar nuevas sustancias. El consumo actual de cocaína

[2] A. Díaz, M. Barruti y C. Doncel publican en 1992 *les linees de l'èxit,* un estudio sobre el consumo de cocaína en Barcelona, donde ya presentan la evolución histórica de esa sustancia y el impacto que estaba causando, en especial entre las clases media y alta.

sigue abriendo interrogantes acerca de los ideales sociales, de los valores que se transmiten a las nuevas generaciones y cómo estas se preparan para construir su propia sociedad. En el presente estudio se indaga en el significado que adquiere la cocaína, la forma en que se consume, las consecuencias y la subcultura que la legitima y le da significado.

En el año 2000 la tendencia está claramente en que el consumo sigue aumentando entre los jóvenes, baja el precio en el mercado y se mantiene la idea que es una droga de personas 'con prestigio' lo que le otorga una carga simbólica importante, como sustancia de alto estatus, pero esta imagen se ha ido haciendo cada vez más compleja dando respuesta así a otros tipos de necesidades. Aunque ha ido aumentando de forma notable el número de consumidores que acuden a tratamiento, los 'problemas' debidos al consumo no afectan demasiado a su imagen entre los consumidores, aunque algunos cambios y reacciones empiezan a darse.

1.1. Objetivo del estudio

El propósito es indagar en la dinámica cultural que rodea y motiva el consumo de cocaína entre el colectivo consumidor, especialmente entre los jóvenes, intentando comprender un poco más por qué está creciendo ese consumo en España. El interés es valorar si el consumo de cocaína es el resultado de una nueva oleada que tiene que ver con nuevos tiempos, nuevas necesidades, nuevos estilos de diversión, nuevos valores e ideales. El consumo de drogas es diverso y en constante movimiento, varía según las modas, los precios, la publicidad indirecta y toda una serie de factores asociados. Mientras el consumo de drogas siga creciendo, expandiéndose y consolidando deben existir estudios que lo expliquen y lo enlacen con dinámicas sociales.

Entender por qué se consume cocaína en la actualidad plantea el reto de cambiar los modelos descriptivos que dominan el panorama científico-social ante el consumo de drogas por un modelo más explicativo que entre en las razones y motivaciones del consumo. Los estudios más recientes sobre el consumo de drogas se centran en la descripción de frecuencias, en la evolución de modos de consumo o en las consecuencias que se derivan del consumo (Laespada y Salazar 1999, Gamella y Alvarez 1997, Vielva 2000, Calafat 2000). Todo ello es una información necesaria y privilegiada pero incompleta si no se da un salto más cualitativo hacia lo cultural donde existe un cierto vacío. El significado que se da a las drogas se adquiere en el entramado social y cultural en relación con los deseos, mitos, ilusiones o ideales que se van construyendo en la sociedad. Entrar en esa dimensión es necesario para captar las motivaciones y los medios que convierten las drogas es sustancias deseables.

En ese sentido existen algunos estudios que se aproximan a esa dimensión. Con respecto al éxtasis se han descrito motivaciones que inducen a su consumo y que explican el crecimiento de su consumo en España a principios de la década de los 90 (Gamella y Alvarez Roldán 1997, Calafat 1998). El consumo elitista de cocaína en Barcelona también dio lugar a uno de los mejores estudios cualitativos sobre esa sustancia (Díaz, Barruti y Doncel 1992). Otros estudios recientes se centran en nuevas situaciones marginales, especialmente aquellas que surgen del consumo de crack (Barrio 1997, 1998). Un estudio novedoso centrado en Antwerp, una ciudad Belga, presenta el consumo de cocaína por un colectivo que ejerce control sobre el consumo a través de estrategias informales, adaptándolo a la vida cotidiana sin demasiados problemas (Decorte 2000). Estos estudios se han tenido en cuenta y sientan la base para delimitar y diseñar el presente análisis.

Analizar por qué se consume cocaína en nuestro país obliga a dar un giro al "modelo explicativo" más dominante que trata de dar sentido al consumo de drogas. Los estudios que tratan de explicar la etiología del consumo en la población joven y adolescente seña-

lan algunos problemas surgidos por una inadecuada conexión con el medio social: pobreza (Jessor 1993), fracaso escolar (Takanishi 1993), precariedad del trabajo (Conde 1999), problemas familiares, falta de oportunidades, etc. El consumo de cocaína ya no debe entenderse como un consumo que se realiza para superar carencias, no es un consumo de pobres o desvalidos que les ayuda a olvidar o a evadirse[3]. Es más bien lo contrario, el consumo actual es una condición para obtener capital social y con ello lograr mayor éxito, poder, posición social. *Las sustancias son, por tanto, aliadas en la carrera hacía posiciones prestigiosas, son una tecnología para estimular los sentidos y las capacidades individuales necesarias en una sociedad competitiva. El consumo es instrumental y coapta con ideales y valores sociales dominantes en relación al ascenso social*.

El consumo y abuso de las drogas no es un hecho aislado o que depende exclusivamente de una decisión individual. Existe una cierta unanimidad en reconocer la influencia social (Díaz et al. 1992, Jamoulle 2000, Calafat et al. 2001), la presión que puede ejercer la publicidad directa e indirecta (Conde 1999: 107), los valores éticos (Morel 2000) y la cultura en general como un ente colectivo. El consumo de drogas, en general, debe comprenderse integrado en esa dinámica colectiva, pero las interpretaciones pueden ser diversas porque cada colectivo social, cada momento histórico y cada sustancia requieren un análisis específico. Entender el consumo de cocaína en nuestra sociedad actual obliga a superar la imagen del pobre consumidor víctima de una sociedad injusta y desigual, o como un acto de rebeldía mal orientado de jóvenes que quieren transformar las condiciones sociales. Una de las principales hipótesis que encuadran este trabajo es que el consumo de cocaína se relaciona positivamente con el ascenso en la posición de prestigio y poder definido como un logro individual. Esa toma de posiciones se realiza básicamente en el espacio del ocio, de la fiesta y la diversión, aunque también en el espacio laboral y en ocasiones en situaciones en que convergen en esos dos espacios. La cocaína es una sustancia cuyos efectos contribuyen a lograr prestigio, éxito y diversión por lo que se convierte en un instrumento eficaz, en una tecnología sofisticada y cómoda que facilita el logro de bienes muy codiciados.

Indagar en la hipótesis planteada lleva al objetivo de analizar la cultura que se genera alrededor del consumo de cocaína, lo sustenta y lo estimula. El enfoque es hacerlo desde la experiencia de los propios consumidores. Ello supone delimitar el colectivo hacia el cual se enfoca el estudio que como ya se ha mencionado se trata básicamente de jóvenes integrados en el mundo laboral y educativo, con una familia y vivienda estable, con los recursos propios de la clase media en nuestro país, y por ello con una cierta capacidad de elección acerca los estilos de diversión, amistades y proyecto de futuro. Se ha tenido en cuenta a varones y mujeres de distintas edades, entre los 18 años y los 40. La mitad de ellos en tratamiento y la otra mitad no. A partir de la experiencia y discurso de los consumidores se va a rastrear en el entramado de significados que definen el consumo, tratando de vincular esos significados con ideales de nuestra sociedad, pautas sociales, creación de nuevas necesidades y estrategias para satisfacerlas.

Un aspecto que se ha considerado de sumo interés es valorar el efecto que tiene entre los consumidores el hecho que algunos de sus compañeros necesiten tratamiento, el efecto sobre el consumo de los 'problemas' de personas cercanas. La imagen que se ha creado de la cocaína es de droga poco peligrosa, lim-

[3] Eso ya aparece claramente expresado en los estudios de Calafat et. Al., (2000, 2001), Megias et al., (2000: 69-72) cuando se analizan las distintas motivaciones para el consumo de drogas. Los datos muestran que las razones 'positivas': placer, diversión, curiosidad, moda, amigos, son las más valoradas, mientras las razones 'negativas': inseguridad, dificultades, problemas, etc. Son poco señaladas como motivos para consumir.

pia y que puede ser consumida bajo control (Kaplan et al. 1994, Decorte 2000). Sin embargo, se está produciendo un importante incremento de la demanda de tratamiento lo que indica que el abuso y la entrada en la adicción es uno de los principales peligros por consumir esa sustancia. La interrelación entre los 'consumidores con problemas' y los 'consumidores sin problemas' nos parece esencial para comprender mejor los significados otorgados a la cocaína y cómo estos se reconstruyen de forma diferencial para esos consumidores con distintas experiencias.

1.2. Metodología

El presente informe es el resultado de una investigación cualitativa realizada en cinco ciudades españolas. El proceso de recogida de información ha sido entrar en los ambientes donde se consume cocaína y escuchar a los consumidores. El primer interrogante planteado y que ha estructurado la investigación ha sido intentar comprender qué condiciones socio-culturales relacionadas con el crecimiento del consumo, su extensión hacia nuevos colectivos, especialmente los jóvenes y los efectos o consecuencias que puede tener ese crecimiento.

La búsqueda de información empírica se ha realizado siguiendo un proceso de entrada en los ambientes. En primer lugar se han visitado centros de tratamientos donde existen programas específicos para las personas con problemas con esa sustancia. En los centros se ha entrevistado a algunas de las personas responsables, casi todas/os ellas profesionales de la psicología y psiquiatría. También en los centros se ha tenido la oportunidad de contactar con consumidores en tratamiento, intentando que la mayoría hubieran iniciado el tratamiento recientemente. De esta forma, la memoria del significado que se daba al consumo aun era próxima. Estos contactos han aportado mucha información acerca de los principales barrios, locales recreativos, colectivos donde hay un consumo más visible en las diversas ciudades.

Una segunda aproximación ha sido visitar algunos de los locales más mencionados como favoritos por los consumidores. En los locales se ha realizado observación de los clientes, el personal que trabaja, la visibilidad del consumo, y en general de la cultura que da especificidad al lugar: estética, música, juegos, ambiente.

Posteriormente se han contactado a consumidores que no estuvieran en tratamiento. En ocasiones se ha utilizado el sistema de bola de nieve, en otras se ha utilizado la visita a fiestas o raves para contactar y entrevistar a usuarios que han aceptado participar. Las entrevistas se han grabados y han sido transcritas. La siguiente tabla describe numéricamente las distintas entrevistas realizadas.

TABLA 1. Entrevistas en profundidad

ciudades	Entrevista a responsables de centros[4]	consumidores				
		Varones	mujeres	En tratamiento	No están en trat.	Total
Palma	1	10	2	7	5	13
Vigo	2	5	1	2	4	6
Madrid	3	5	1	4	2	9
Bilbao	5	6	2	5	3	13
Valencia	2	4	2	2	4	8
Total	13	30	8	20	18	51

[4] Los profesionales entrevistados y centros visitados han sido los siguientes: A. Palmerín (C.A.D. de Ayuntamineto de Madrid), P. Gómez de Maintenant (Etorkintza; Bilbao); M. J. De Antonio (Cruz Roja, Madrid), J. Llorente (Foronda; Álava), J. García San Cornelio (CSM Novia Salcedo; Bilbao), C. Araluce (CSM Uribe Costa, Bil-

En total se han realizado 49 entrevistas, de las que dos no se han podido transcribir por falta de grabación adecuada. Trece de las entrevistas han sido a responsables de centros y 38 a consumidores, aproximadamente la mitad están en tratamiento y el resto no. Las mujeres son minoría porque hay más dificultad en encontrarlas, se mantienen más en el anonimato como consumidoras y cuando se las localiza es más difícil que acepten ser entrevistadas. Ello también se corresponde un tanto con la realidad diferencial del consumo entre género.

2. DIFERENCIAS ENTRE COLECTIVOS: EDAD Y GÉNERO

Los estudios más recientes realizados en el contexto europeo sobre consumo de cocaína confirman que son muy diversos los consumidores que adoptan esa sustancia (OMS 1994, Van Meerten 1997, Decorte 2000). Las diferencias pueden establecerse a partir de la edad, el estatus social, el tener o no problemas derivados del consumo, el ser consumidor o no de otras sustancias además de la cocaína, etc. Al analizar las motivaciones estas variables marcan diferencias importantes en el significado otorgado a la cocaína. La edad es quizás uno de las categorías que más ayuda a distinguir estilos de consumo diferenciados. Los profesionales que trabajan en tratamiento diferencian entre 'consumidor tardío' (los adultos) y 'nuevo tipo de consumidor' (los jóvenes). El primero, el consumidor tardío, es aquel que ha empezado a consumir siendo adulto y cuando detecta los problemas es una persona madura con una vida social y laboral estructurada.

> "El prototipo, por ejemplo, de un consumo tardío sería aquel individuo que tiene una vida mas o menos normal. Gente, por ejemplo, que tiene un negocio, que tiene una cierta representatividad social aunque sea en un ámbito reducido, gente normalmente sociable que tiene que mantener relaciones y entonces empiezan a beber y accidentalmente aparece la cocaína" (terapeuta).

El nuevo tipo de consumidor es más joven, más dependiente de su familia y con una situación laboral sin consolidar.

La cocaína se ha diferenciado, en un primer momento, de otras sustancias por ser más costosa y formar parte de un estilo de consumo de personas adultas, dinámicas, con responsabilidad y abocadas a una vida social intensa. Pero junto a ese colectivo de personas adultas han ido apareciendo otros nuevos, en especial los jóvenes y adolescentes y con ello creando una dinámica de cambio y continuidad. La cocaína mantiene la etiqueta de sustancia líder, de sustancia prestigiosa y amuleto del poder. Pero en la medida que entra en nuevos colectivos también cambian las formas en que se consume y sus consecuencias.

> "Mi relación con el mundo de la cocaína empezó cuando empecé a juntarme con amigos, eso fue a los 15 o 16 años(...). Antes de probar la cocaína había consumido hachís, éxtasis, *tripis*, y luego cocaína. Al principio sólo lo consumíamos los fines de semana. Pero cuando yo tenía para vender, entonces ya era día sí, día no. Y empecé a consumir fuerte desde los 18 hasta ahora" (consumidor, de 25 años).

2.1. Edad

Según los datos la iniciación en el consumo de cocaína acontece a edades cada vez más tempranas. Los adolescentes ya se están familiarizando con esa sustancia, forma parte

bao), F. Camarena (UCA de Alicante), J. Morgado y L. Pérez Ochoa (Proyecto Hombre; Bilbao), T. Parets (Proyecto Hombre de Palma), I. Romero (Proyecto Hombre de Madrid), C. Gimeno Unidad de Conductas Adictivas de Torrevieja, Director del Centro Alborada de Vigo y otro a la Directora del Programa de Proyecto Hombre de Vigo.

de sus rituales consumistas del fin de semana o de fiestas muy señaladas. Según datos de la última Encuesta Escolar entre los 14 y 18 años hay un porcentaje considerable de estudiantes que se ha iniciado en el consumo. Existe mayor consumo de cocaína en varones y dicho consumo aumenta con la edad. También es importante señalar que el incremento de consumidores de cocaína es mucho mayor entre los más jóvenes, de 14 y 15 años (Observatorio español sobre Drogas 2000).

TABLA 2. Consumo de cocaína, alguna vez en la vida, entre la población escolar

Edad	Consumo %
14 años	1.8
15 años	3.3
16 años	5.5
17 años	7.4
18 años	11.4

Fuente: PNSD 1998

El colectivo de los jóvenes suele practicar un consumo iniciático y temporal de distintas sustancias. Los jóvenes siguen una 'carrera de consumo' en la que prueban distintas sustancias en un orden más o menos establecido hasta llegar a la cocaína. Con cada sustancia experimentan sensaciones distintas y van aprendiendo a utilizarlas según las circunstancias, casi siempre en relación con la vida recreativa, la noche, los fines de semana y en compañía de amigos con quienes se comparte la diversión. Para los jóvenes consumidores el conocimiento de las distintas sustancias forma parte de un ritual de iniciación entre su grupo de amigos y dentro de la subcultura a la que pertenece. Llegar al consumo de cocaína es uno de los últimos estadios, previamente han pasado por el alcohol, tabaco, cannabis, LSD, éxtasis y anfetaminas. La cocaína, es la sustancia cumbre, la del triunfo, la más apreciada, la más cara, es la que otorga el estatus tan esperado de adulto-líder, da poder y seguridad en uno mismo.

> "Antes de consumir había oído que la cocaína era para la gente económicamente superior, estaba arraigada a tema de famosos, que era una droga que no tenía nada que ver con otras drogas, que no pasaba nada si la consumías, decían que tenía efectos de euforia, que era una pasada y al día siguiente todo estaba perfecto, por tanto, era algo bueno. (...) Mi primer contacto con la cocaína fue a los 16 años en el instituto. A mí nunca me ofrecieron, fui yo que dije: -toma y dame medio gramo para probarlo. Yo mismo me hice la primera raya y lo probé. Me gustó, era bueno, me metía la raya y no pasaba nada, no me sentía decaído sino al revés, me sentía muy bien." (consumidor, 21 años).

Entre los nuevos consumidores hay una diversidad de situaciones. Los consumidores actuales son más diversos, son más jóvenes, aunque sigue habiendo adultos, algunos son estudiantes exitosos a otros les empiezan a ir mal los estudios, unos están en el mundo laboral bien posicionados y otros no. Entre los entrevistados una cuarta parte trabajan en negocios familiares y en ningún caso se han referido al mundo laboral como un mundo poco grato, tedioso o mal pagado. La mayoría de los jóvenes viven con sus padres y el tiempo libre lo dedican a su principal interés: la vida recreativa, los amigos y al consumo de drogas. Algunos están casados o viven con sus parejas.

Hay otro grupo de jóvenes que empieza a despuntar. Son adolescentes de 15 o 16 años con una historia social y familiar conflictiva. Se mueven en ambientes marginales, sus padres suelen ser también consumidores, están mal o nada vinculados a la escuela, algunos tienen ya historiales en los servicios sociales. Estos jóvenes se inician en el consumo al mismo tiempo que en la venta de éxtasis y cocaína. Son vendedores a pequeña escala, aprendices de un oficio que les permite obtener el dinero para su consumo. La venta de cocaína les aporta un mayor prestigio que las drogas de síntesis y más compensaciones económicas con las que pueden mejorar su situación y la de sus familias.

"Empecé con el consumo cuando el precio del gramo estaba a unas ocho mil pesetas y yo no me lo podía permitir, entonces empecé vendiendo. Reuní un dinero y compré 15 gramos. Hice esa cuenta mental de a cuanto me la habían dejado, yo cuanto tengo que sacar, cuanto va a ser para mi consumo... Entonces me fui envolviendo en todo ese mundillo de gente consumidora de cocaína y vendedora de cocaína, gente superior a mí que me iba ofreciendo y dando una oportunidad" (consumidor de 21 años),

Conseguir dinero fácil y rápido es uno de los mayores deseos de la mayoría de jóvenes y entrar en el 'trapicheo' da muchas oportunidades para ello. Hacer de 'camello' no crea ningún estigma entre los consumidores, más bien lo contrario, es una práctica que favorece las relaciones y el hacer amigos, los camellos tienen una imagen de 'piratas' urbanos.

[Refiriéndose a un amigo que ha superado un problema de adicción] "Esta persona estaba totalmente desquiciada, enganchada y tomando seis gramos en una noche, en cambio ahora tiene su novia... y hace trapicheo para poder mantener su nivel de vida, es una persona normal, súper controlada que ha mejorado mucho, que esta totalmente curada" (consumidor, de 22 años).

Hacer de 'camello' es visto como 'normal' como cualquier otro oficio que además permite un buen nivel de vida. La venta al por menor de cocaína es una actividad ilegal y con riesgo y en ese sentido a los camellos se les considera con respeto, de tal manera que podría decirse que se acompaña de un cierto prestigio e incluso está idealizada por algunos jóvenes.

Quienes consumen y se mueven en los ambientes de consumo la sensación que transmiten es que los adolescentes se introducen cada vez más en la dinámica de comprar y vender, incluso ello es valorado en positivo. Esa entrada de los adolescentes en el consumo y negocio de las drogas en general, incluida la cocaína, la comentan prácticamente todos los entrevistados. Es una percepción determinada, posiblemente, por el ambiente en que los consumidores actúan y que les transmite una idea distorsionada y limitada de la realidad en su conjunto.

Género

El mayor consumo a edades más tempranas se está acompañando de un aumento del consumo entre las mujeres. El consumo de cocaína por parte de las mujeres no va aislado, debe analizarse como un aumento en el consumo global de sustancias adictivas. Si se miran las estadísticas de consumo entre los más jóvenes (14 a 18 años) el consumo de las mujeres ya supera al de los varones en las drogas legales (alcohol y tabaco). Con respecto a las drogas ilegales es menor que el de los varones pero nada despreciable.

TABLA 3. Prevalencia de consumo de drogas en el año 1998 por sexos en la población escolar.

Sustancias	Varones (%)	Mujeres (%)
Alcohol	80.7	83.1
Tabaco	22.7	33.3
Cannabis	27.7	22.8
Alucinógenos	5.2	3.1
Cocaína	***5.1***	***3.1***
Speed/anfetaminas	5.0	2.7
Tranquilizantes	3.6	5.6
Sustancias volátiles	3.5	2.0
Éxtasis	3.1	2.0

Fuente: PNSD 1998

El que las mujeres se inicien en ese consumo tiene mucho que ver con un proceso de liberalización e igualdad gestionado desde algunos sectores con intereses en que sea un proceso limitado. Las diferencias de género han sido definidas en términos de desigualdades con un enfoque unidireccional. Es decir, que las mujeres están en posición de desigualdad respecto a espacios poderosos definidos

en términos masculinos. Esa dinámica en la práctica se traduce en una tendencia a imitar algunas actitudes culturalmente etiquetadas para los varones y apropiarse de sus símbolos.

Algunas autoras que consideran "La feminización del uso de las drogas" como un fenómeno relativamente actual lo explican por la relación con la imagen de que el uso de drogas se ha visto como un tema de hombres" (Inciardi et al.1993; Taylor 1993). Por ello la banalidad de que consumir tiene una relación positiva con la liberación e igualdad. El tabaco es uno de esos hábitos convertido en símbolo de independencia, seguridad en una mismo, ruptura con la tradición, logro de posición social, y otros valores definidos como positivos. Los medios de comunicación han tenido una enorme responsabilidad en fortalecer esos vínculos simbólicos de forma muy eficaz y sutil (Shields 1999). También la publicidad se ha cebado en definir a la mujer moderna e independiente a través de la entrada en el consumo, un consumo que no se había pensado para ellas y por tanto es un acto 'prohibido' a su género como el fumar y el beber (Gallego 1992). Primero fue el tabaco y el alcohol lo que liberaba a las mujeres, ahora además está el cannabis y la cocaína. El consumo femenino de cocaína ya tiene imágenes visibles y prestigiosas en el cine: Sharon Stone en *Instinto básico* y Uma Thurman en *Pulp Fiction* crean imágenes atrayentes de mujeres con un fuerte poder de seducción. De esta forma el proceso de igualdad y liberalización de la mujer ha quedado reducido a un mito y atrapado por el propio androcentrismo creado desde Aristóteles[5].

Al valorar las diferencias entre varones y mujeres en relación con el consumo de cocaína se destaca que prácticamente todos los entrevistados coinciden en que las mujeres consumen menos. Todos los entrevistados varones que están en tratamiento han tenido conflictos con sus parejas que no son consumidoras, algunas mujeres han optado por abandonar a sus compañeros y otras les apoyan para que abandonen el consumo. El tener una pareja no consumidora es una de las circunstancias que abre el conflicto cuando el consumo empieza a consolidarse. En ese sentido las mujeres siguen jugando un papel de cuestionamiento y de protección. Otras mujeres que optan por el consumo lo hacen, la mayoría, acompañadas de su pareja como un aspecto más a compartir en la relación.

La opinión de los informantes acerca de las diferencias de género se mantiene dentro de esa desigualdad tradicional. Algunos varones consumidores expresan claramente su disgusto ante la idea de que sus parejas también sean consumidoras.

> "A mi mujer nunca le he ofrecido coca, no sé si hubiese aceptado. A mí de ninguna manera me hubiese gustado que ella consumiese. (...) yo a mi mujer creo que no la habría apoyado nunca [para que consumiese], porque sé que no es una cosa bien hecha" (consumidor, de 29 años).

Para ellos consumir cocaína es cosa de hombres, es un acto indecente, un juego perverso para un grupo elegido. Sus mujeres deben mantenerse sin traspasar la línea de lo formal, de la decencia y jugar el papel tradicional que ellos mismos pervierten. Para esos varones sus mujeres son una parte de sí mismos, el lado positivo y puro de sus vidas. Pero esa manera de discriminar no es únicamente auto salvadora, también tiene otra acepción: limitar el acceso de sus muje-

[5] Con Aristóteles se establece un pensamiento androcéntrico. Se adopta un punto de vista central que se asume como hegemónico, el masculino, y se valora como defecto toda cualidad que se aleje del modelo (Amparo Moreno 1986, Sissa 1991) El rol social femenino queda devaluado a partir de la lógica androcéntrica definidora de las relaciones de poder. En el siglo pasado los procesos socio-políticos orientados hacía la igualdad se mantienen dentro del modelo existente, sin revisar su estructura y significados, de tal manera que la idea de igualdad dominante refuerza el actual sistema de poder y la dinámica de que sean las mujeres quienes intenten igualarse a los varones.

res al poder, mantenerlas bajo su control no permitiendo que conozcan sensaciones o experiencias. El interés en que las mujeres no prueben la cocaína reproduce la situación de varones que recurren a la prostitución al tiempo que en sus casas mantienen una dinámica puritana y se escandalizarían si supieran que sus mujeres mantienen un idilio amoroso con otro varón. Sexo y cocaína tienen en común que son instrumentos en relación con el poder y en algunas relaciones de parejas el acceso al placer queda limitado al que tiene poder. Si esto se compartiera pervertiría la dualidad que conforma la relación tradicional de pareja. En ese sentido, el consumo de cocaína por parte de algunos varones no tiene un significado renovador sino muy conservador al reproducir la dicotomía de la desigualdad establecida.

La opinión de las mujeres que sí consumen está inmersa en la misma lógica que la de los varones aunque con el discurso modernizado. La siguiente cita es de una mujer consumidora que comenta quienes son los principales consumidores de cocaína en su ambiente:

> "Son gente que se ganan muy bien la vida y que se lo pueden permitir aunque se estropean mucho. Sería gente de un estatus más bien alto y sobretodo hombres, por cuestiones culturales. Esta peor visto que una mujer consuma drogas aunque parezca que no. Yo he visto parejas en que los hombres se ponen ciegos de alcohol y hasta el culo de rayas y ellas se toman una coca-cola en la barra. Lo peor es que ellas lo encuentran normal y ellos nunca les preguntaran si se quieren tomar una raya, no entra en su idea de lo que deben hacer las buenas chicas. He visto también cosas del revés en que ella se lo mete todo." (consumidora, 29 años).

Esta opinión y actitud ante las otras mujeres está en la misma sintonía de los varones que 'discriminan' a sus mujeres, o lo que es lo mismo, es una opinión igual de 'machista' como pueda serlo la opinión de la cita masculina anterior. Las dos posiciones legitiman las relaciones de poder establecidas solo que la actitud del varón pretende que se mantenga intacta y la de la mujer pretende que se permita a las mujeres el acceso a ese poder así establecido.

Ninguna de las dos actitudes es realmente alternativa porque no cuestionan el acceso al poder en sí mismo, ninguna de las dos posiciones ve en las mujeres que no consumen otra forma de poder y devalúan esa actitud. Cuando la mujer afirma "lo peor es que ellas lo encuentran normal" lo dice en tono de desprecio y arrogancia, creyendo que ella como mujer que sí consume es superior a esas otras mujeres que se mantienen alejadas del acceso simbólico a un poder definido por los hombres. Esa mujer 'más feminista' ve en sus congéneres únicamente subordinación y no una forma de resistencia e incluso de trasgresión utilizando como estrategia el papel de la feminidad tradicional, aquello que en la lógica tradicional es visto como una actitud de subordinación pero que si se sabe utilizar puede tener un papel invertido.

Siguiendo con los datos respecto al consumo de cocaína, en la encuesta realizada a la población femenina a finales de 1999 aparece información significativa, que de hecho apoya el análisis de que las relaciones de género se mantienen atrapadas en la estructura tradicional. En la siguiente tabla puede verse el aumento del consumo entre la población más joven en todas las frecuencias, así como un descenso en la edad media de inicio que pasa de los 20 a los 16 años. Las mujeres más jóvenes, las escolares de 14 a 18 años, son las que hacen crecer el consumo, se inician antes y presentan una muestra de las tendencias actuales.

Todavía la percepción del riesgo ante el consumo de drogas entre las mujeres es mayor que entre los varones, pero los cambios en el estilo de consumo de las mujeres muestran que esto también tienden a disiparse. Al observar datos más detallados con respecto a la edad y el nivel educativo puede verse que a partir de los 13-14 años ya empiezan a encontrarse consumidoras de esa sustancia, la prevalencia del consumo aumenta con la edad y es probablemente entre los 19 y 25 años el

TABLA 4. Prevalencia y frecuencia de consumo de cocaína en el colectivo femenino general y en las mujeres escolarizadas		
Consumo de cocaína en el colectivo femenino		
	General %	**Escolar %**
Consumió alguna vez	4,3	7,4
Consumió en los últimos doce meses	1,6	6,1
Consumió en el último mes	0,7	3,3
Edad media de inicio en el consumo	20,0 años	16,3 años
Frecuencia de consumo en el último mes		
Menos de una vez por semana	0,6	1,5
Una vez por semana	0,1	0,8
De dos a seis veces por semana	0.0	0,8
Diariamente	0.0	0,2
Fuente: EDIS, el consumo de alcohol y otras drogas en el colectivo femenino (2000)		

grupo de edad donde se encuentra el colectivo que actualmente es más consumidor. Si se observa el colectivo de las jóvenes escolarizadas, entre aquellas que tienen 17 años y más, la población consumidora de cocaína es más del 10%.

El dato quizás más relevante es el nivel educativo y la posición profesional. A través

TABLA 5. Prevalencia de consumo de cocaína en mujeres, diferenciando entre el colectivo femenino y entre escolares (13-19 años), según edad y nivel educativo			
Perfil consumidoras de cocaína Colectivo femenino general		**Consumidoras escolares de cocaína**	
Edad	%	**edad**	%
14-18 años	4,1	13-14 años	3,5
19-24	6,0	15-16	4,2
25-34	2,8	17-18	10,0
> 35	-	19 y más	11,3
Nivel educativo		**Nivel educativo**	
Primario	0,4	3º ESO	5,3
Bachiller elemental	0,9	4º ESO	4,2
Bachiller Superior	4,8	1º Bachiller –3º BUP	3,6
Medios y Superiores	2,3 2ª	Bachiller-COU-FP 1	8,3
		FP2	11,4
		Han repetido curso	
		No	2,6
		Sí, uno	11.9
		Sí, dos o más	13,7
Fuente: EDIS, el consumo de alcohol y otras drogas en el colectivo femenino (2000)			

de ellos podemos ver cómo aumenta el consumo entre aquellas mujeres con más estudios, pero también cómo se relaciona el consumo con el fracaso escolar. La lectura del primer dato muestra cómo esa tendencia a la 'masculinización' aumenta en las mujeres más adiestradas lo que indica que es una tendencia dominante en nuestra sociedad. Otra lectura de los datos es que hacen reflexionar acerca de la ineficacia de los ambientes académicos como centros preventivos, como lugares de reflexión y crítica acerca del consumo de drogas. Más bien parece que se produce una especie de acoplamiento entre un mayor estatus educativo y una tendencia al consumo. La siguiente cita es de un periodista, y en ella puede verse la visión de un ambiente, de un colectivo a quien la cocaína es valorada de forma prestigiosa y positiva:

> "No hay diferencia entre el consumo de hombres y mujeres, la cocaína ha sido una droga muy democrática, me parece interesante. Seguramente los hombres se meten más, por un límite físico que permite aguantar más" (consumidor, 29 años).

A pesar de esa tendencia hacia una igualdad 'masculinizada' de muchas mujeres, los estilos de consumo entre varones y mujeres son distintos y quizás ello explique que haya menos mujeres que entran en tratamiento o que tengan problemas con la justicia. El estigma creado alrededor de la persona toxicómana afecta en mayor medida a las mujeres y es otra de las razones de la mayor invisibilidad de las mujeres que tienen problemas (Sterk, et al 1999, Stocco et al. 2000). De todas formas son escasos los estudios fenomenológicos del consumo de drogas recreativas y menos desde las relaciones de género. El estudio de Sterk-Elifson, C. (1997)[6] da alguna información del significado que adquiere la cocaína entre las mujeres de clase media en Estados Unidos. Para ellas la percepción del primer consumo era que había sido menos excitante de lo que se esperaban, debido en parte a sus elevadas expectativas. "La experimentación de la euforia asociada con la cocaína al igual que con otras drogas, raramente ocurre en el primer encuentro" (Sterk-Elifson 1997). La forma de obtener la cocaína solía ser a través de un compañero masculino, una amiga y el propio vínculo de la mujer con el traficante. En las mujeres entrevistadas se percibe un miedo a que se descubra su consumo de cocaína. Ese temor lleva a un consumo más enmascarado pero también más limitado y puede ser interpretado desde distintos paradigmas, como consecuencia de que el contexto social protege más a la mujeres, marcando normas más estrictas o como falta de libertad individual.

Otros factores que influyen en la promoción del consumo de cocaína, especialmente entre las mujeres, tiene relación con la imagen corporal. La cocaína ayuda a perder el apetito y por tanto peso. Esa puede llegar a ser una razón muy poderosa para consumir dada la actual presión hacia la delgadez.

La relación de las mujeres con el mercado ilegal también es distinta a la de los varones. Ninguna de las mujeres entrevistadas ha mencionado estar implicada en esa actividad. Tampoco las mujeres muestran un interés especial en ser ellas quienes compran, si tienen amigos cercanos prefieren pagar y que otros se encarguen o bien utilizan medios más cómodos de comprar como establecer relaciones más sólidas con camellos de confianza y acudir siempre a ellos.

> "Consigo la cocaína a través de una persona conocida que trapichea con ello y cuando quiero le pego un toque y me trae, no me voy a buscarlo a la calle. Si él no tiene yo no cojo de nadie, me arriesgo a que me den mierda y me cobren más caro. Me sale a unas 10.000 u 11.000

[6] "¿Solo para divertirse?: Uso de la cocaína en mujeres de clase media". *RET. Revista de Toxicomanía 10.*

pesetas. Yo lo conozco de toda la vida y tengo mucho trato" (consumidora, 30 años).

El que los varones inviten a las mujeres también es parte del ritual. Hay varios formatos, uno es invitar a las mujeres de los amigos que consumen muy esporádicamente como una forma de galantería y expresión de poder. Otro estilo de invitación está más relacionado con una forma de prostitución: invitar para obtener favores sexuales. La cocaína se convierte en una poderosa moneda de cambio. Las mujeres que aceptan ese intercambio tienen un mote, se las llama 'comebolsas'.

"Hay muy poca gente que invite, no se invita así como así, sobretodo a la edad que empezamos. Con los amigos de ahora de toda la vida sí que comparto. Aunque a las tías siempre nos invitan más, tenemos más suerte, nos podemos pasar la noche poniéndonos por la cara. Luego nos llaman las 'comebolsas'. Son tías que van con los tíos para sacarles el perico, nada más. Que luego hagan algo con ellos ya es problema de ellas pero la bolsa ya se la han comido primero. Al revés es más raro, yo no sé de tías que se dediquen a invitar. De todas formas yo siempre he pensado que las tías cuando tienen un vicio son más viciosas que los tíos, no sólo en la droga sino en la bebida, en el sexo y en cualquier situación" (consumidora, de 30 años).

3. RAZONES PARA CONSUMIR. EL ILUSIONISMO DEL POLVO MÁGICO

Heroína y cocaína están tan hechas para nosotros... que nosotros no estamos hechos para ellas. Son tan eficaces, tan tolerables. Tan activas en la mejora y aceleración de los procesos fisiológicos, actúan tanto y tan bien, que el cerebro querría siempre más" (Sissa 2000:177)

En los cuentos de hadas hay un momento mágico cuando el hada madrina levanta la varita, la sacude, y con ella transforma la realidad. Cuando los consumidores explican las sensaciones que emergen tras el consumo de cocaína recuerda la escena de transformación de la cenicienta en una encantadora damisela dispuesta a abrirse al mundo.

"En un principio el efecto de la cocaína era hacerme sentir la reina allí donde estaba. Bailaba toda la noche. Hablaba. Me relacionaba con gente." (consumidora, 24 años)

"Consumir beneficia en que es de noche, cuando sales a divertirte, estás un poco bajo de energía porque has estado trabajando y entonces te pega el subidón, te pones más alegre, te cortas menos con la gente si quieres entrar para ligar, y ese es el subidón que te pega, te pone a cien y te deja de puta madre" (consumidor, de 33 años).

"Consumo de noche para ir de fiesta porque da otro puntillo, igual estoy cansado del trabajo o me apetece el puntillo de drogas y a mí el alcohol tampoco me llama tanto la atención y prefiero un poquito más la droga. Me gusta estar por la noche más liberado, y la coca me libera, me hace desinhibirme un poco, me hace reír, ..." (consumidor, de 33 años)

Consumir cocaína se convierte en una especie de premio que uno mismo se concede o de refuerzo ante la energía que se va a necesitar para vivir sin límites un acontecimiento esperado. No existe una sola respuesta que explique por qué se consume en la actualidad y en nuestro país cocaína. Aunque el repertorio de razones es muy variado hay un eje que les da cierta unidad: el deseo de superar límites individuales físicos y psíquicos que permitan estar más activos y sentir placer en el lugar y tiempo que se considera apropiado.

Los efectos de la cocaína y su simbología se vinculan en nuestro contexto cultural con la sexualidad. Pero no tanto porque la cocaína contribuya a mayor placer sexual, más bien

los consumidores expertos desmienten esa idea (lo que no niega que la cocaína pueda contribuir a facilitar la actividad sexual). Cocaína y sexualidad se emparejan en el nivel de significado simbólico, son dos fuentes de placer y por ello tienen una relación directa con el poder. El acceso al placer ha sido un camino restringido a ciertos grupos 'aristócratas' de los sentidos en posición de privilegio. Por ello muy valorado y deseado, porque todo aquello que nos es vendido como propio de grupos privilegiados aumenta de valor. En nuestro tiempo la cocaína al igual que la sexualidad se han banalizado o 'democratizado', es decir, están al alcance de quien puedan comprarlas, muy coaptadas por el mercado y sin demasiadas trabas morales. Esos dos instrumentos del placer valorados como liberadores de una moral represora pueden llegar a convertirse en poderosos instrumentos de control social. Si la ciencia ficción puede considerarse precursora de acontecimientos futuros, esa advertencia ya está planteada: "A medida que la libertad política y económica disminuye, la libertad sexual tiende, en compensación, a aumentar. Y el dictador hará bien en favorecer esta libertad. En colaboración con la libertad de soñar despiertos bajo la influencia de los narcóticos, del cine y de la radio, la libertad sexual ayudará a reconciliar a sus súbditos con la servidumbre que es su destino" (Huxley 2000).

La cocaína es un estimulante deseado porque responde a las expectativas esperadas. Los expertos consideran la cocaína como un estimulante del sistema nervioso central que provoca sensación de euforia, inquietud, hiperactividad, aceleración, aumenta la comunicación verbal y frena la ansiedad y la inhibición (Ochoa 2000). Los profesionales que trabajan en tratamiento tienen muy presente que deben hacer frente a una sustancia que no es un placebo sino que responde eficazmente a lo que se espera de ella:

> "...la cocaína no es una droga que hace parecer más inteligente sino que cuando se toma se es más inteligente, no es que parezca que se sea más fuerte sino que cuando se toma se es más fuerte, no es que parezca que cuando se toma se tiene mayor concepto de sí mismo sino que se tiene, no parece que se tenga más rendimiento sino que realmente es así. Es una droga muy bien diseñada, el que la toma no es que sea gilipollas sino que la toma por algo." (terapeuta)

Entre las razones expuestas por los consumidores para explicar la forma en que se iniciaron hay una que domina: la curiosidad. En lo inmediato esto es así, pero en un plano más de fondo hay otras motivaciones. Los jóvenes oyen hablar de la cocaína a los otros, se crean expectativas y en algún momento oportuno alguien les invita a una raya. Entre los consumidores se ha extendido un sistema publicitario subliminal y secreto que viene reforzado por una sustancia con efectos poderosos sobre la mente. La difusión de una cierta publicidad sobre la cocaína, su presencia en ciertos ambientes, el hecho de que la mayoría de jóvenes ha oído hablar de ella y se han creado expectativas muestra que la transmisión de información informal es influyente.

> "Descubrí la coca hace unos tres años. Salía con una pandilla y había un chico que salía por la noche. Yo sabía que el tomaba. Un día nos fuimos de viaje y me invitó a consumir y decidí probar. Y empecé así, por curiosidad. Y luego o te gusta o no te gusta y a mí, pues me gustó" (consumidora, 24 años).

> "Antes de consumir había oído que la cocaína era para la gente económicamente superior, estaba arraigada al tema de famosos, que era una droga que no tenía nada que ver con otras drogas, que no pasaba nada si consumías, decían que tenía efectos de euforia, que era una pasada y al día siguiente todo estaba perfecto, por tanto, era algo bueno" (consumidor 21 años).

Pero además de la curiosidad el consumo de cocaína es el pasaporte para iniciarse en algunos ambientes. Los sistemas de inclusión y exclusión dependen en ocasiones de

pagar un tributo y la cocaína parece que es una moneda efectiva. La siguiente cita es de alguien apasionado por el flamenco quien se pasa noches enteras intentando que lo acepten en ese ambiente hasta que descubre las posibilidades de unas rayas:

> "La primera vez que consumí cocaína eran las ocho de la mañana. Estabamos en una cueva, en una fiesta, donde estaba mucha gente importante dentro del flamenco y de la farándula. En ese ambiente a lo mejor no te conocen de nada pero si entras con la cocaína te abren las puertas directamente. Es un modo de abrirte puertas y de relacionarse" (consumidor de 30 años).

Otra forma más social de integración que permite la cocaína es en aquellos casos en que se desea una movilidad social, cambiar a ambientes de más estatus, integrarse en un colectivo más aceptado y con mejores referencias. La siguiente cita ilustra muy bien el proceso de un ex-heroinómano que sigue los pasos establecidos para esa integración:

> "Mi relación con la coca empezó hace unos años. Anteriormente había consumido heroína, pero lo dejé porque estuve preso y además falleció mi hermano y le cogí respeto y lo dejé por completo. Mi hermano falleció por la heroína. Al salir de la cárcel empecé a trabajar, sin problemas y sin vicios, empecé a ganar dinero y me compre un coche. El exceso de trabajo me llevó a organizar una fiesta de cocaína y la probé y a partir de ahí, no siempre pero cuando he tenido algún problema he recurrido a ella" (consumidor, 32 años).

En el proceso en que este hombre sale del infierno y de la heroína, se integra en el mundo laboral, gana dinero, se compra un coche y se inserta en ambientes donde se consume cocaína. Los pasos que sigue son muy ilustrativos de ese proceso de reconversión hacía una vida más prestigiosa y aceptada. El hecho de que consumir cocaína forme parte de ese proceso siendo considerado un escalón más es una muestra del vínculo entre cocaína y condiciones de inclusión social.

Una vez satisfecha la curiosidad inicial la continuidad en el consumo también depende de una gran diversidad de factores. En general las razones alegadas son: La búsqueda de placer y la diversión, da más energía, ayuda a escapar de los problemas (personales, familiares, de trabajo...), aumenta la autoestima, da la sensación de funcionar más eficazmente y da sensación de superioridad:

> "yo cuando consumía cocaína decía cosas y actuaba en ciertas ocasiones que yo por mí misma no era capaz. No es que me lo pasara mejor, me daba energía y en el momento que estaba bien, que estaba con el subidón, pensaba que me comía el mundo, que podía con todo" (consumidora, 23 años)

> "La cocaína me produce un estado de euforia, me anima un poco más y a veces en mi trabajo que es de hostelería, que conlleva mucho vicio, con la cocaína voy más despierto, me olvido un poco más del trabajo y me lo intento pasar un poco mejor trabajando (consumidor de 22 años).

> "Empecé porque me encontraba eufórico, me metía una raya y era más sociable, trabajaba más a gusto, hablaba con la gente vacilando... Los primeros efectos son que te deja el cuerpo prácticamente sin cansancio, estás con facilidad de palabra, estás ameno para todo, no me importaba trabajar, trabajaba mucho mejor. Los primeros efectos de la coca por lo menos en mí han sido la comunicación, el trabajar más a gusto y sentir el cuerpo menos cansado" (consumidor, 42 años).

> "Toco en un grupo de música y a veces consumo en los conciertos porque normalmente se me terminan las pilas bastante rápido y con el perico tengo pilas para mucho más tiempo." (consumidor, 28 años).

> "El hecho de consumir me da más seguridad, más aguante, más energía, no

tengo porque divertirme más, muchas veces me puedo quedar hasta bloqueada, y no es que tenga más amigos sino que estoy más sueltita y hablo con más gente que si no consumo que estoy más retraída. (...) Mi objetivo es divertirme y para divertirme tengo que estar más tiempo, y para eso utilizo la cocaína para que me de el cuerpo de sí. (consumidora, 34 años).

La cocaína altera el estado de ánimo. Freud la etiquetó como "quitapesares", por ser una sustancia que tiene la capacidad de aliviar la mente o el alma y crear una sensación de felicidad durante el tiempo que duran sus efectos. Pero no siempre el consumo de cocaína es placentero ni, por descontado, sus efectos son permanentes. Las razones por las cuales se consume va variando en los propios consumidores en la medida en que cambian sus expectativas, su estilo de vida o perciben algún tipo de adicción y quieren controlarse. Llega un punto en que algunos consumidores habituados a la cocaína se sienten mal tras consumir. Eso ocurre cuando aparece el síntoma de culpa o la percepción de que hay un problema, de que hay una adicción que atrapa. Es entonces cuando el consumo deja de ser una vía hacía el placer y se convierte en otra cosa.

"Consumo cocaína por necesidad, vicio, enganche, no sé explicarlo. Con las otras drogas suelo disfrutar pero con la cocaína no, no sé explicar por qué me la meto, es como una fuerza superior a mí. Si estoy que me aburro y alguien me ofrece pues 'venga' una va y una viene y cuando me doy cuenta lo único que puedo hacer es seguir el ritmo porque la bajada que me va a dar es tan grande que me voy a ver lo guarro y lo cerdo que soy y que yo no puedo superar eso. Como persona y como ser humano que soy me siento como una marioneta" (consumidor, 26 años).

Como vemos en este testimonio, no todo es sentimiento de culpa. La evolución del consumo crónico de cocaína lleva a que el consumidor, en este caso adicto, comience a experimentar los efectos antagónicos a los que en un principio deseaba. La cocaína pasa de ser una sustancia ligada a la vida recreativa y la socialización a ser una droga de consumo solitario, oculto en el que la constante es el sentimiento depresivo, la inhibición, el retraimiento social y la rumiación del pensamiento no exento de ideas paranoides. A todo ello no es ajeno los cambios experimentados a nivel cerebral y las alteraciones en los mecanismos de neurotransmisión, de forma, que el cerebro es incapaz de responder como se espera, a las nuevas administraciones de cocaína predominando los efectos paradójicos de la sustancia. El cocainómano se ve envuelto en una espiral de consumo en la que no acaba de saber la verdadera razón de su consumo. Intenta recuperar el efecto placentero y al mismo tiempo evitar la disforia que siente sin ser consciente de que, cada vez más, se adentra en la adicción y la soledad, alejándose del placer y la integración social.

El inicio en el consumo de la cocaína, las expectativas y las razones para posteriormente continuar consumiendo muestran que existe una imagen sólida y elaborada alrededor de esa sustancia. Es una imagen que se transmite de forma muy eficaz a través de sistemas informales y que se vincula bien con algunos ideales sociales que están teniendo mucha presencia en la socialización de los jóvenes: el placer, la diversión, el poder, la integración y el superar límites físicos. Pero además, la cocaína permite alcanzar esos ideales a través de un proceso mágico, aspirando unos polvos capaces de transformar la realidad convirtiendo al consumidor en protagonistas de un cuento de hadas. La magia es la protagonista de esta historia, desde siempre ha estado incluida en los mitos, en las historias ancestrales y en los juegos. La ficción, la literatura, el cine y muy en especial la publicidad actual hacen un uso constante de referentes mágicos. Esta última, la publicidad, presentan a los jóvenes productos con capacidades sobrenaturales: teléfonos móviles que hacen libres, bebidas

que hacen volar, perfumes seductores, compresas que llevan de viaje a países exóticos, coches que liberan del hastío de la vida cotidiana, y un sin fin de productos más cuya posesión permite experiencias maravillosas de las *Mil y una noches*. La magia utilizada para vender productos no tan solo logra hacer estos más atractivos para los jóvenes sino que contribuye a elaborar deseos, a definir ideales y necesidades y proponer estrategias para lograr todo eso. La cocaína y las drogas son, probablemente, el único producto con poderes reales para hacer sentir las ilusiones y expectativas creadas. Son considerables los productos anunciados en el abanico publicitario que carecen por sí solos del poder que se les etiqueta, ni los coches liberan, ni con perfume se logra seducir a la persona deseada, ni se adelgaza bebiendo litros de algún agua mineral, ni tampoco salen magos de líquidos limpiadores. Pero las expectativas en lograr todo eso sí están ahí, son ilusiones y deseos muy consolidados por el bombardeo publicitario y la cocaína es una de las drogas que logra transportar hacia esas sensaciones mágicas: crear euforia, placer y bienestar. Pocos productos de nuestro alrededor se acoplan tan bien a una sociedad cautivada por la magia del consumo como lo hace la cocaína.

4. LA VIDA SOCIAL DEL CONSUMO DE COCAÍNA

Entre los jóvenes el consumo de cocaína está directamente relacionado con la vida recreativa porque ese es el espacio social adjudicado al ocio y a la diversión. En los datos de la Encuesta Escolar (Observatorio Español 2000) también puede verse esa relación. Cuanto más tiempo se tarda en volver a casa más probabilidades hay de consumo.

TABLA 6: Consumo de cocaína y hora de regreso a casa en el fin de semana.

Hora de regreso a casa	Consumo de cocaína %
Antes de las 12 h.	0.6
De 12 a 3 (madrugada)	2.8
De 3 a 4 (madrugada)	8.2
Día siguiente	17.5

En todas las entrevista existe acuerdo en que una de las motivaciones que inducen al consumo es el aguantar más tiempo en el espacio de la fiesta y la diversión, el alargar el tiempo del disfrute.

> "Las primeras horas de la marcha son más suavecitas y de ambiente más dispar, estudiantes o tal. A primera hora hay gente de todo tipo pero a las seis de la mañana ya no, solo quedan los 'bocas negras', que quiere decir lo más malo de todo. Si sales de marcha, las seis de la mañana, ya es una hora prudente para irse a casa, todo el que se queda a partir de las seis de la mañana, malo" (consumidor, de 32 años).

La vida recreativa se ha convertido en una de las principales actividades de los jóvenes, donde invierten tiempo y dinero y alrededor de la cual se está creando una poderosa industria[7]. Los estudios existentes sobre drogas y vida recreativa insisten en que buena parte de los jóvenes de hoy pertenecen a familias estables, con un nivel económico medio y muchos siguen viviendo con su familia de origen. El espacio del ocio es importante para negociar las relaciones y adquirir capital social. Por tanto la inversión de tiempo y dinero en actividades recreativas no es fatua ni banal, y posiblemente tiene consecuencias

[7] La revista EKO (abril 2001) está dedicada a describir los "negocios en la noche" en distintas ciudades españolas: Ibiza, Madrid y Barcelona. En ella puede encontrarse muchos elementos que otorgan prestigio a los locales recreativos y los convierten en espacios ideales para las relaciones sociales de distintos grupos.

en las relaciones de solidaridad en otras esferas. La cocaína juega un importante papel en esa dinámica dado que quienes tienen cocaína mejoran su posición en las relaciones de poder, por lo menos en el espacio recreativo, son la imagen del éxito, de capacidad de consumo, aguantan más tiempo, transmiten sensación de mayor disfrute, superan límites físicos al lograr que sus cuerpos se mantengan con energía y permanezcan despiertos, pueden beber sin experimentar embriaguez, etc.

Sustancias y subculturas

Una forma de distinguir entre qué tribus o subculturas se relaciona una persona es conociendo qué drogas consume y qué drogas consumen sus amistades (Calafat et al. 2001). Hay una división más o menos clara, entre aquellos que sí consumen cocaína y aquellos que consumen otras drogas, especialmente éxtasis. Quienes consumen cocaína son además bebedores de alcohol y bastantes fuman cannabis. Hay consumidores de cocaína que forman grupos compactos y cerrados pero la mayoría no lo hacen; hay grupos en que algunos consumen y otros no, entre ellos el ingrediente común es el alcohol y comparte un mismo tipo de diversión. Dependiendo de cómo estén formados los grupos el consumo se hace más o menos evidente o disimulado:

> "Tengo algunos amigos que no consumen. Saben quienes de nosotros consumimos y el día que hay perico no se mezclan. Normalmente no se mezcla la peña que no consume con la que consume, algunos sí pero no demasiados. Cuando estamos con gente que no consume se lleva más disimulado, hay una especie de acuerdo tácito, todos consumimos medio a escondidas aunque la gente lo sepa. Si monto una fiesta y todos son consumidores el perico esta de por medio, las rayas se hacen a la vista y todos tomamos, pero si solo hay tres o cuatro que consumimos hacemos viajes hacía el baño o a donde sea, al que no toma ni se lo decimos, se sobreentiende" (consumidor, 28 años).

> "Los amigos no consumidores no sabían que yo consumía y siguen sin saberlo. En los cumpleaños, por ejemplo, cuando nos juntábamos los 6 amigos, procurábamos repartirnos en coches los consumidores y dejábamos a los otros en otro coche, con la idea de meternos una raya, y los otros a su aire, porque hay veces que en los locales es complicado para no llamar la atención y por mil cosas" (Consumidor, 32 años).

> "Si me voy a una cena con amigos míos de la infancia o con gente del curro entonces no consumo, porque el ambiente no es de meterse y no es apropiado, no es plan meterme yo solo, yo soy de compañía, de meterte con gente para estar en el mismo nivel, no para estar yo en un nivel y la gente en otro" Consumidor, 33 años).

Los amigos son un ingrediente en el ritual del consumo. Entre los consumidores más 'aristocráticos' hay un consumo más exclusivo de cocaína y de alcohol. Este grupo marca diferencias con otros consumidores, especialmente con los consumidores de éxtasis. De alguna manera esas dos sustancias dividen estilos de diversión entre dos subculturas. El éxtasis ha perdido prestigio entre la élite, empieza a estar considerada una sustancia de los más jóvenes, de menor categoría, de 'pacos' y '*bakaladeros*' que gustan de una diversión más vinculada al baile y a la masificación. Entre los consumidores de cocaína más sibaritas el éxtasis es una sustancia que no les crea alicientes. En cambio si que se observa en el grupo de los más jóvenes la circunstancia del consumo asociado de psicoestimulantes como el éxtasis de forma preferente y la cocaína de forma secundaria a lo largo de la noche. Lo que es más significativo el que entre los jóvenes que durante algún tiempo han sido consumidores recreativos de éxtasis esta sustancia sea desplazada por la cocaína quedando el éxtasis como una droga

complementaria y la cocaína como droga principal. Posiblemente esta transición sea debida a la perdida de los efectos agradables del éxtasis por aparición de tolerancia inversa, lo que ellos suelen atribuir a cambios en la composición y mayor adulteración de las pastillas. Al mismo tiempo comparten escena con otros consumidores de cocaína más polifacéticos a quienes les gusta más un poco de todo. Algunos de los comentarios comunes son los siguientes:

> "Consumir pastillas o éxtasis me da mal rollo, ya consumir cocaína no me da demasiado buen rollo pero lo probé por curiosidad y me gustó. Lo que me contaban de la coca era un efecto que me apetecía. El efecto positivo de la cocaína es que me da pilas, me carga de energía" (consumidor, 28 años).

> "El éxtasis no me gusta nada, me parece una droga suicida. He tomado dos veces pastillas, pero es una droga que me da miedo porque no sé lo que me estoy metiendo. Aunque con la cocaína no sé si me estoy metiendo cocaína o cualquier cosa de un laboratorio pero me da más confianza, de una pastilla no me fío" (consumidora, 30 años).

> "Antes con el éxtasis, hará unos siete años, me daba una sensación de bienestar, de gloria, de buen rollo y de puta madre y me iba a una discoteca y todo bien, y luego empezaron a cambiar los componentes y de dos años a aquí entras a una discoteca que están tomando pastillas y te da miedo estar allí, está toda la gente... Pero la cocaína toda la vida ha sido igual y seguirá siendo igual" (consumidor, 27 años).

Por alguna razón la cocaína da la sensación de pureza, de que se puede manipular menos, no se adultera como puede ocurrir con las pastillas, y en general es más saludable. Todos los argumentos están fundamentados en intuiciones, creencias o fe en la sustancia. Los mensajes que se incorporan en el imaginario proceden de fuentes informales, de comentarios que se transmiten entre amigos y en el ambiente. La imagen de aquellos que sí son consumidores contribuye a organizar esa creencia y por ello los ambientes son una gran influencia.

El vínculo que adquiere la cocaína con ciertos ambientes o subculturas no parece tan en relación con la música o los espacios alternativos, como pueden estarlo otras drogas como el cannabis, LSD o éxtasis. La subcultura mayoritaria en la que se consume cocaína en España está muy cercana a un consumo de elementos de prestigio social: moda, etiqueta, diversión, éxito, juventud, estatus, capital social. Es una subcultura muy dependiente de esos elementos como parte central de su identidad, de sus ideales y objetivos vitales. En una entrevista, una profesional terapeuta afirmó: "Desde el punto de vista simbólico los cocainómanos son muy individualistas, aunque sea una droga de ocio". Y de hecho es así. El logro de todos los ideales que se pretenden alcanzar con la cocaína tienen un sentido individual, están orientados hacia la propia persona consumidora y no hacía la colectividad.

Las sustancias están asociadas a valores simbólicos que las promocionan y legitiman. El alcohol es la sustancia totémica en nuestra cultura, tiene un alto contenido simbólico y social. El cannabis se promociona como la sustancia de la solidaridad, de valores alternativos, de la ecología y de la búsqueda de nuevas utopías sociales (Calafat et al. 2000). El éxtasis es la droga del amor y de la amistad, está asociada a una conexión espiritual con los otros, a una mayor conexión con el ambiente, la música y el baile (Calafat et al. 1998). La cocaína también va asociada a símbolos pero todos ellos con un fuerte componente individual e instrumental. En las citas anteriores se ha visto que se consume para divertirse, para sentir placer, para olvidar problemas, para recuperarse de una borrachera, para sentirse superior, para superar retos, para un mayor rendimiento, lograr mayor capacidad competitiva, más prestigio, etc. todos los ideales simbólicos que acompañan

y justifican el consumo de cocaína tienen siempre una trascendencia individual. Todas ellas son razones egocéntricas que buscan satisfacciones únicamente personales. Ninguno de los argumentos recogidos en las entrevistas hace referencia a un consumo por razones altruistas, como podría ser ayudar a otro en una tarea difícil, para divertir a los otros, para hacer ver a la familia que uno está de buen humor, etc. Pero lo que enmascara ese individualismo radical en que acontece el consumo es que se realiza en contextos sociales. De hecho esa tendencia al individualismo ya fue señalada por otros autores (Carson y Edward 1987).

La necesidad de consumir en compañía viene dada por unas reglas del juego que marca el ritual. Al hacerlo en compañía el consumidor participa con otros en un juego, demuestra al lado de quién está, se pactan relaciones de solidaridad, se demuestra atrevimiento y los otros sirven de espejo de uno mismo. Sin la mirada de los otros el consumo individual perdería escenario y con ello buena parte de su motivación estética. Es un consumo que se asemeja al deporte de competición; es necesario formar parte de un equipo, pero el logro es individual, el premio y la foto es para quien gana. La pertenencia a un equipo tiene sus límites. De hecho, en la carrera del consumo suelen ir cambiando los objetivos y llega un momento en que el consumo se hace también en solitario, a veces a escondidas. Eso ocurre cuando la adicción se incrementa y el consumo ya no tiene un efecto positivo, cuando se consume por imperativo de la carencia. Es entonces cuando el cocainómano se acerca más a la situación del heroinómano.

Los argumentos que aportan las dos citas siguientes son ejemplos de un consumo cuyo único objetivo es uno mismo, la propia necesidad. En el primero la medicalización a la que se somete el consumidor de alcohol y cocaína, sus argumentos para legitimar el consumo son una reacción egocéntrica e infantilizada ante un advenimiento en su relación de pareja. La segunda cita es una cruda argumentación de que el significado de compartir está enraizado en la propia necesidad individual.

> "Las primeras veces me gustó. Era una cosa que tenías allí y la utilizabas un fin de semana porqué ya la conocías. Pero por nada más. Después entre el trabajo y problemas con mi mujer... Empecé a discutir con mi mujer, no por asuntos de drogas porque yo en ese tiempo no consumía mucho. Lo que pasa es que los problemas de pareja me llevaron a introducirme cada vez más en la droga, para olvidarme de ellos y pasar. También bebía más, bebiendo más, y conociendo la coca, que en cierta manera hacia que mi cuerpo que había bebido no lo notara y podía continuar trabajando. Así me olvidaba de los problemas, era una manera de escapar" (consumidor, 29 años).

> "Yo he invitado muchísimo, he montado la marimorena. Y a mí también me han invitado. Invito a los demás para no sentirme solo, para no sentirme culpable de hacerlo solo, para involucrar a alguien con mi pena. Mi mujer no quiero que tome pero a los que invito... que les den por saco. A los que invito es porque si están donde estoy yo en esos momentos es porque consumen, porque ellos también tienen, en más o menos cantidad y porque no aguantan la noche" (consumidor, de 29 años).

5. ESTILOS DE CONSUMO

La expansión y difusión del consumo de cocaína ha dado lugar a distintos tipos de consumidores que se diferencian entre ellos por los estilos de consumo, estilos de vida y por distancias culturales muy sutiles. Los estudios sobre consumo y consumidores tienden a elaborar tipologías para poder generalizar y comparar y elaborar modelos explicativos. Desde la dimensión más estadística descriptiva se han elaborado distintos tipos de consumidores de cocaína (Green, Picke-

ring, Foster et al. 1994, Ditton y Hammersley 1994). Se trata de: 1) El *consumidor elitista*, que se desenvuelve en el mundo de los negocios, arte, diseño, etc. y hace un uso instrumental de la cocaína; 2) El *consumidor recreativo*, para el cual el consumo es relativamente periférico en su vida; 3) El *policonsumidor* que consume cocaína y cuya vida gira en torno a las drogas. Desde la dimensión más cualitativa Díaz (1992) ha señalado ocho estereotipos (social, circunstancial, situacional, elitista, comercial, disfuncional-compulsivo, heroinómano y ex-heroinómano).

En este estudio se han tenido en cuenta estas clasificaciones, pero se ha optado por clasificar los estilos de consumo a partir de la posición que ocupa el consumo de cocaína en la jerarquía de los intereses vitales del consumidor. Es decir, la posición de centralidad que ocupa la cocaína en la búsqueda de soluciones a necesidades estructurales (relaciones, diversión, economía, integración grupal, prestigio). La capacidad de gestionar distintas soluciones y la posición que ocupa la cocaína en esa gestión es lo que se ha considerado que marca un estilo. En ello el tener más o menos dinero no es un factor decisivo (aunque contribuye), también es importante haber logrado (o estar en proceso de lograr un) un estatus profesional y muy en especial el contexto de amigos. Desde ese punto de vista aquí se han dibujado tres arquetipos aunque, como ocurre en muchas ocasiones al clasificar conductas humanas, las diferencias entre ellos son poco nítidas y se solapan.

Hay ***consumidores 'aristocráticos'*** que marcan un estilo: consumen vía nasal, se rodean de consumidores de su misma clase, mezclan lo menos posible la coca con otras sustancias, en todo caso con alcohol y de buena marca; consumen en ocasiones especiales de manera muy discreta, sin llamar la atención y se jactan de saber controlar el consumo. Se consideran superiores o por lo menos tienen conciencia de ser un grupo con un estatus social alto, muchos son profesionales y se mueven en ambientes prestigiosos. Para ellos fumar porros es algo degradante (aunque la imagen del cannabis está cambiando y convirtiéndose en más prestigiosa), los que van de éxtasis son una tribu de mal gusto y los consumidores de heroína unos fracasados. Quienes están en este grupo hacen un uso de la cocaína ocasional, como una fuente más de placer de las diversas a las que pueden acceder. Consumir drogas es disfrutar de la vida y diferencian mucho entre su estilo de consumo 'inteligente' y el que hacen los otros, un consumo más banal, más orientado a un consumo masivo o a evadir los problemas. Este es uno de los grupos menos visibles en los ambientes juveniles, pero de mucha influencia y capacidad definitoria de la cocaína. Puede decirse que esté grupo es quien más contribuye a la definición que la cocaína está adoptando en el imaginario de los consumidores.

Otro grupo son los ***consumidores 'recreativos'*** para quienes la cocaína es una droga más (aunque la más codiciada) de todo el repertorio que han probado y pueden optar cuando salen a divertirse. Este grupo está formado por consumidores más jóvenes de nueva incorporación, la mayoría en proceso de situarse en un espacio social más consolidado como adultos y profesionales. También utilizan cocaína por vía nasal, aunque les gusta probarla fumada, pero no es el método que más les gusta, en especial porque sienten cierta aprensión. Este grupo mezcla todo tipo de sustancias, pero sobre todo alcohol y cannabis. Consumir cocaína y aprender a controlarla es una finalidad y un reto que no siempre consiguen. Este grupo conoce a los vendedores pero mantienen una relación muy funcional. Se podría decir que es el grupo mayoritario, por lo menos el más visible. Para ellos la cocaína está muy vinculada a la diversión y a las relaciones grupales en su contexto.

Un tercer grupo son los ***consumidores 'atrapados'*** o de riesgo, mote que tiene que ver con la forma, la cantidad y la relación con el consumo. En este grupo las drogas ocupan un lugar central en su dinámica vital, consumen diversas sustancias y de forma más compulsiva, buscan a través de las sustancias y en el consumo la solución a sus intereses emotivos, económicos y sociales. Se mantie-

nen muy cerca del narcotráfico, conocen a los vendedores y en ocasiones ellos mismos lo han sido. En ellos la adicción marca toda la dinámica de consumo en el que se alternan periodos de uso compulsivo seguidos de breves periodos de abstinencia autoimpuesta como resultado de la saturación cerebral de cocaína. El consumo se puede producir por cualquier vía pero la esnifada y fumada son predominantes, la vía inyectada también está presente aunque no sea la habitual. Consumen cocaína porque tiene más prestigio y en caso de que vendan porque sacan más beneficio, pero también hay otras drogas en sus vidas: éxtasis, cannabis, alcohol, tabaco, etc. Este grupo es de alto riesgo, no tan solo porque hacen un consumo abusivo, también porque se exponen a ser detenidos, entran en una dinámica de rupturas familiares y crean relaciones débiles en su contexto de amigos muy vinculadas a la cocaína. Pero sobretodo porque cuando quedan atrapados en la adicción sus vidas aparecen como un conjunto de errores y quedan vacíos.

Además de esos tres subgrupos existen consumidores 'marginales' y que forman una subcultura particular. Se trata de algunos heroinómanos o ex-heroinómanos, algunos en tratamiento con metadona, que consumen cocaína para paliar los efectos de la abstinencia o en busca de las sensaciones perdidas por el consumo prolongado. Otro de los colectivos son los consumidores de Crack que en España aun son una minoría (Barrio 1998), está creciendo más en el sur que en el norte, especialmente en las Islas Canarias (Santos 2000). En Europa es un colectivo que está aumentando entre minorías étnicas en los suburbios de grandes ciudades (Cohen 2000, Ingold y Toussirt 2000, Nabben y Korf 1999). Este colectivo es minoritario en España y su consumo merece ser enmarcado en un análisis social específico.

Rituales del consumo

El lugar, el momento y la forma en que se consume son parte de un proceso ritual de consumo. En España la forma más común de consumo es el consumo inhalado de cocaína clorhidrato y para la mayoría de los consumidores resulta ser la forma más conocida y aceptada. Quienes utilizan otros medios como la vía parenteral o la pulmonar suelen se consumidores que pertenecen al colectivo de heroinómanos o consumidores de coca esnifada que a lo largo de su adicción han evolucionado hacia formas de consumo más compulsivo como la base o crack. El último Informe del Observatorio Español (PNSD 2001), confirma que la vía intranasal es la más utilizada (79,5%), la fumada es utilizada por el 17,4% y la inyectada por el 2,1%.

Aspirar la cocaína se ha convertido en un ritual y los instrumentos que se utilizan en fetiches. El cristal, la navaja y el billete enrollado son los útiles básicos.

> "Para esnifar cocaína lo mejor es un billete de 10.000 Pts.. Personalmente yo siempre he preferido la cuchilla de afeitar, un trozo de madera barnizada, una mesa escritorio y el tubo más largo de lo habitual, lo más largo posible porque cuando tomo unas cuantas veces tengo el problema de que se me queda fuera. Cuando tomo la cocaína esnifada se me quedan los pelotitos afuera. Y si tengo el tubo largo lo meto más a dentro y esnifo mas fuerte y se me va todo para dentro, y no hace sangre, ni pelotillas, ni marranadas de esas. No te puedes presentar a casa con la nariz así, canta demasiado" (consumidor, de 19 años).

Inhalar el polvo, "meterse rayas", es la forma más conocida y aceptada de consumir cocaína porque se considera más limpia y elegante. Entre los consumidores más selectos hay una práctica sibarita y escrupulosa. Valoran el buen gusto, la calidad, consumir con medida, y la aceptación de las reglas sociales más formales.

> "Con mi pareja o con gente de mucha confianza podemos compartir rulo y lo de la tarjeta si que es sagrado o igual que el DNI" (consumidor, 29 años).

El valor simbólico de los fetiches está muy en relación con el dinero: hacer rulos con los billetes, utilizar las tarjetas de banco para hacer rayas, se ha generalizado el uso de las cabinas de cajeros automáticos para preparar las rayas, etc. Sin duda el consumo esnifado es el más prestigioso, considerado selecto y el que se adorna de un ritual preparado y propio de un grupo social que mantiene su estatus con las buenas formas.

El consumo nasal exclusivo es una de las diferencias que separan un tipo de consumidor de otro. Quizás lo más importante es que las otras formas (fumada o inyectada) se consideran formas muy agresivas y un tanto cercanas al consumo propio del heroinómano o poblaciones marginales. Dos de los informantes han utilizado estas vías minoritarias y el estilo de consumo es muy distinto al del resto, en el sentido de menos sociable, más compulsivo y más caro. Si algún tipo de prejuicio tienen los consumidores de cocaína, especialmente el grupo más selecto, es ante la imagen del 'yonqui' consumidor de heroína. Consideran a este un fracasado, alguien marginal y lo más lejano a lo que ellos simbolizan. El 'yonqui' es una imagen estigmatizada que les aterra y sienten un rechazo absoluto que linda incluso con un sentimiento xenófobo.

> "La cocaína no tiene nada que ver fumada que esnifada. El fumar solo tiene efecto cuando se tiene el humo dentro, no es relajación tampoco es euforia, es difícil de explicar, me quedaba tenso... es en ese momento por eso es tan compulsivo, cuando terminaba de fumar necesitaba fumar más porque me había quedado en tensión. Está mal visto el fumar la cocaína comparado con esnifar, ya se puede considerar socialmente yonqui. Todas las experiencias que he tenido con la droga hasta que la he fumado han sido buenas, nunca me había ocasionado ningún perjuicio hasta que he fumado" (consumidor, 27 años).

> "Llega un momento en que la conversación gira todo el rato en torno al consumo, que rica está, que buena está, que colocón cogimos ayer, te acuerdas de la que había hace dos meses lo buena que estaba y la mierda que hay ahora" (consumidor, 42 años).

Tiempo y espacio del consumo

Como ocurre con muchos productos, la cocaína tiene su tiempo y espacio, dos coordenadas que también contribuyen a definir el buen o mal uso que se hace de la sustancia. La imagen positiva de la cocaína es la que aportan los consumidores que practican un consumo controlado. Estos se lo reservan para momentos ceremoniales de importancia social. Hay fechas muy emblemáticas en el calendario que son : Navidades, Año Nuevo, fiestas patronales, vacaciones de verano, etc. También hay fiestas que están más vinculadas a la vida social del individuo: despedidas de soltero, cumpleaños, bodas, etc. Cada una de esas ocasiones crea expectativas de diversión y la cocaína es un refuerzo que ayuda a cumplir con esas expectativas.

> "En fiestas nacionales, de esas para todo el mundo, normalmente el nivel de consumo aumenta pero al mismo tiempo disminuye. Toda esa gente que toma durante fiestas como Año nuevo no vuelve a tomar más. Porque cuando llegan fiestas la cocaína esta superadulterada. Cuando llegan fiestas no sé que hacen, pero hacen unos desmierdes... La gente que sabe compra la coca dos semanas antes. Hay que ser previsor" (consumidor, 19 años).

El consumo esporádico es para momentos iniciáticos o para ese grupo selecto que mantiene un consumo muy controlado. Entre los jóvenes 'recreativos' la tendencia es a hacer un consumo mensual y para muchos semanal y muy orientado hacia la noche y los fines de semana.

> "El consumo de coca es en grupo. Tu quedas los viernes y los sábados para pillar y quedas con cuatro o cinco y pillas dos gramos para todos y entonces coges,

te pones unas rayas y ya te vas a tomar unas copas o tal. Eso te estoy hablando a partir de las seis o las siete de la tarde y después ya te vas toda la noche de marcha" (consumidor, 42 años).

Los espacios de preferencia para el consumo son los espacios recreativos. Sin embargo el control que existe en algunos locales dificulta que el consumo se realice in situ. Por ello, el coche se ha convertido en un instrumento casi imprescindible de la vida recreativa, no solo transporta sino que crea un territorio de privacidad. En los aparcamientos de las discotecas es común ver jóvenes en el interior de un vehículo escuchando música y haciendo unas rayas. Las casas son otro espacio de consumo siempre que los jóvenes dispongan o tengan amigos con vivienda propia. Consumir en espacios públicos es una opción menos frecuente pero se practica cuando 'no queda más remedio'. El problema es la visibilidad del consumo, que puede traer consecuencias legales al consumidor y, normalmente, los consumidores no pretenden ser transgresores más allá del consumo. Algunos ejemplos que ilustran la forma de consumo de los distintos estereotipos:

"No me gusta consumir en cualquier sitio. Prefiero consumir siempre en mi casa o en casa de gente, en un ambiente que me sienta a gusto. No me gusta consumir en un cajero automático, ni en el lavabo de un bareto, aunque lo he hecho pero no me gustan los ambientes que no son adecuados y tengo que tomarlo tranquila" (consumidora, 29 años).

"Normalmente el lugar de consumo del 90% de la gente es en su casa. Si me iba con los amigos de marcha y me traía mi gramito, no me lo tomaba en la discoteca, sino que salía fuera y me metía mi rayita en el coche. En los baños también es un buen sitio. Los fines de semana en los bares tomaba la coca en el baño, más que nada por comodidad." (consumidor, de 19 años).

"Consumo en cualquier sitio, donde caiga, ya sea en una casa, en un baño de cualquier bar o en una esquina de la calle". (consumidor, 28 años)

La influencia de los amigos, de la tribu y del ambiente es muy importante en crear un estilo de consumo. La vida social de la cocaína la decide cada grupo y los individuos que pertenecen al grupo tratan de adaptarse.

"No hay duda de que la cocaína es una droga y no hay duda de que engancha, es fácil que apetezca consumir. Si la peña con la que uno se mueve consume frecuentemente supongo que es muy difícil consumir poca cantidad y lo que es casi imposible es estar con gente que consuma si ya la has probado por que te incitan. Si los otros consumen es difícil no consumir" (consumidor, 22 años)

Es verdad que también hay condicionantes neurofisiológicos en la frecuencia de consumo de cocaína especialmente cuando el consumo es frecuente. Una gran parte de consumidores, incluidos el grupo de adictos, interrumpen el consumo tras varios días de atracones de cocaína, pero no por su propia "voluntad" o capacidad de control sino por que la cocaína provoca un efecto de saturación que autolimita el consumo a periodos de abuso compulsivo seguido de cortos periodos de abstinencia, y vuelta a empezar.

El consumo que más se expresa en las entrevistas es el del fin de semana vinculado a la diversión, los amigos, la fiesta y la vida social. Hay estudios que muestran que es justamente en consumo de fines de semana lo que dificulta la percepción de problema (González y Collis 1999). Esa frecuencia es quizás la que marca la frontera del peligro en la percepción de los consumidores. Aquellos que limitan el consumo al fin de semana consideran que controlan el consumo, que pueden pasar años consumiendo sin tener problemas, pero se debe tener capacidad de mantener en esa frecuencia. Quienes pasan el límite son los que fracasan, pierden la apuesta y se convierten en adictos. De alguna manera saber mantenerse en la frontera es un reto para los consumidores, una espe-

cie de doble triunfo: además del premio por consumir obtienen el premio del autocontrol y esa creencia les fortalece.

Algunos de los consumidores recreativos pasan a un consumo *regular* (entre 3 o 4 días por semana) o *diario*, lo que va emparentado a un incremento en la cantidad consumida y a la entrada en la trampa de la adicción. Cuando eso ocurre el consumo deja de estar únicamente vinculado a la diversión, también se consume por necesidad y en soledad. Algunos de los consumidores que llegan a ese extremo se esconden de su círculo de amigos quienes controlan mejor el consumo, se avergüenzan de su adicción y se inicia un proceso de exclusión marcado por 'la ley del silencio'. El estigma de quien cae en la adicción lleva el castigo del aislamiento social.

En España no existen estudios longitudinales realizados a los consumidores de cocaína y por ello la única aproximación a ese proceso son las narraciones de ellos mismos donde explican sus experiencias. Aunque es una información valiosa no se puede cuantificar y por ello es imposible de generalizar tendencias y cambios en las frecuencias y cantidades. Tan solo sabemos que los consumidores de cocaína son diversos y los procesos que siguen cada uno de ellos también.

Policonsumo.

Todos los datos indican que la cocaína y el alcohol son dos sustancias que se complementan. Prácticamente todos los consumidores entrevistados vinculan el alcohol a la cocaína. La mayoría afirma que la cocaína les ayuda a controlar los efectos del alcohol, la consumen para seguir 'bebiendo' sin embriagarse. De esta forma los efectos del alcohol quedan latentes, se postergan, y consiguen alargar su participación en la fiesta. Ese efecto de la cocaína como sustancia que controla al 'alcohol' sugiere una cierta obligatoriedad de consumo de alcohol en algunos espacios ya sean recreativos o laborales. El alcohol es, por tanto, una sustancia clave en la lógica del consumo de cocaína.

> "Mi gran problema era el alcohol, o sea, yo soy alcohólico y cocainómano ya que son drogas muy asociadas. A veces salía de casa pensando que no tomaría cocaína pero el tomar dos copas ya me incitaba" (consumidor de 32 años).

Además de la complementariedad química y funcional también puede haber una relación simbólica entre esas dos sustancias. Y posiblemente está estimulado por una industria recreativa a la que el consumo de alcohol le aporta los mayores beneficios. Hay una especie de transferencia simbólica, la cocaína permite beber sin entrar en la embriaguez y por tanto ayuda a consumir mucho más alcohol, a cambio el alcohol transfiere a la cocaína parte de su poder totémico y ancestral al convertirla en su aliada de la fiesta.

A pesar de que el alcohol es una sustancia clave en las relaciones sociales, tiene prestigio y se estimula su consumo, la embriaguez crea una imagen negativa. Las personas que se embriagan son excluidas, se les ve como personas que han perdido el control, que no saben donde tienen su límite. En la mayoría de locales con control de aforo se impide el que accedan personas que presentan un cierto estado de embriaguez. Por todo ello la cocaína es una aliada inmejorable.

Además de alcohol hay quienes mezclan la cocaína con otras sustancias, en especial consumidores con una tendencia más recreativa y menos sibarita. Los más jóvenes experimentan mezclas, descartan aquellas que les sientan mal o que no les ayude a alcanzar sus expectativas. Entre los más jóvenes hay pocos que puedan mantener el coste de un consumo constante de cocaína, lo que les lleva a complementarla con otras sustancias.

> "Yo soy politoxicómano aparte de meterme coca. Todo depende de lo que tenga por delante, fumar porros fumo siempre desde que me levanto hasta que me acuesto. El alcohol también, porque la coca sola me pone mucho más cardíaco y con el alcohol controlo más" (Consumidor, 26 años).

El problema está en que la sensación subjetiva le lleva a pensar a este tipo de consumidor que la borrachera es menor al igual que el "nerviosismo", lo que lleva a que las cantidades que consumen de ambas sustancias puedan llegar a ser realmente brutales.

> "He combinado la cocaína con otras drogas. Me he tomado tres gramos y medio de cocaína, luego me he tomado mis porros para ir a casa y cenar. Después salía, me tomaba tres pastillitas y alcohol. Luego un tripi y otra vez cocaína. Todo esto no lo he hecho una vez sino muchas" (consumidor, 19 años).

6. EL MERCADO DE LA COCAÍNA

"La cocaína está en todos lados" es el comentario más común de todos los informantes. Son varios los espacios donde se puede conseguir cocaína. Los lugares recreativos son los privilegiados, en ellos suelen estar los proveedores que son conocidos de los consumidores, algunos mantienen una relación cordial pero estrictamente comercial, otros se hacen amigos. Los más jóvenes consiguen la cocaína en los locales recreativos que frecuentan los fines de semana. Otro espacio son los sitios concretos donde la gente sabe que se vende, también suelen ser lugares recreativos, como bares o *pubs* dedicados cuyo dueño o camarero se dedica a vender.

A lo largo de la investigación los informantes han nombrado los locales más concurridos por los consumidores de cocaína. Aquellos más mencionados se han ido a visitar y se ha hecho un informe de cada uno. Hay locales de todo tipo aunque la mayoría son conocidos en la ciudad, tienen renombre y frecuentados por un público elegante y que mantiene las pautas estándar. Algunos de los locales son grandes discotecas famosas por el ambiente. La descripción de una de ellas da una idea del ambiente:

> "Casi el 90% de la clientela es consumidora de drogas, principalmente pastillas y cocaína. Ello se nota por el ambiente, por el estado de euforia en que está el personal, no porque sea visible el consumo. En ese local no se deja fumar porros pero si lo llevas hecho, en la terraza se puede fumar sin mucho problema. Es un local que tiene fama de hacer fiestas a lo grande, con buenos espectáculos, *gogos*, gente extravagante y también gente colocada. Cuando alguien quiere pasarlo en grande saben que esa discoteca asegura la diversión. El tipo de clientela es básicamente de unos 20 a 30 años. La música es dance, la gente viste a la moda, bastante llamativa, pero de estética cuidada. También se pueden encontrar personas que se salen de la norma como *drag-queens* o gente que destaca por su aspecto, aunque no es de ambiente *gay* sí que se encuentran bastantes homosexuales. En general el público es variado" (discoteca en Palma).

Detectar visualmente el consumo es difícil y también lo es detectar el trapicheo del camarero con los clientes, para ello se necesitan muchas horas de barra y '*colegueo*' en el interior del local. En este trabajo se ha utilizado la ayuda de informantes que son asiduos y han ayudado a interpretar situaciones. En una de las visitas se describió al dueño de un *pub* que hacía de camarero:

> "La relación con el dueño puede variar según lo que se pida y la confianza que se establezca. Con las personas que conoce es mucho más amigable y parlanchín. Para aquellos que van a comprar unos gramos de cocaína la cosa cambia. El proceso es el siguiente: Te acercas a la barra donde se encuentra él y le dices en voz alta: -una cerveza (por ejemplo), y en voz baja: X gramos de cocaína. Si te conoce, aunque sea poco te la da, pero si no te conoce no te la da. Si decide dártela se comporta de una forma muy amigable, como si te conociera de pequeño, saca temas de conversación para que la gente

no mire lo que hace, entonces tu pones XXX pesetas debajo del paquete de tabaco y el arrastra el paquete, coge un cigarro, coge el dinero de debajo del paquete y te mete la cocaína dentro del paquete de tabaco. En esos momentos es la persona más amigable." (descripción del trabajo de observación).

Iniciarse en el consumo es un primer paso que va acompañado de iniciarse en la compra. Es parte del ritual que los primeros consumos se produzcan por invitación pero si persisten se considera 'gorroneo'. Con las mujeres hay una mayor tolerancia, se las invita con mayor frecuencia siempre y cuando sea de forma muy esporádica.

Comprar cocaína permite entrar de lleno en el submundo que se genera alrededor de esa droga. No todos los consumidores compran de la misma forma ni a las mismas persona, el estilo de compra está en relación a la implicación de la cocaína con la vida de los consumidores. aquellos más 'aristocráticos' no tienen interés en implicarse en ese ambiente, su objetivo es únicamente conseguir cocaína de forma discreta y cómoda. Ello da lugar a una cierta jerarquía de traficantes que sirven a distintos tipos de clientes. Un ejemplo de esa situación nos lo presentan los siguientes testimonios de consumidoras del colectivo más 'aristocrático':

"Compramos muy poca cocaína y lo hacemos en pareja, y normalmente yo no me entero de nada. Nunca compra la misma persona. Las pocas veces que he comprado ha sido a través de un amigo que conoce a otra persona, son vías raras, yo no me voy a calles siniestras ni nada de eso" (consumidora, de 29 años).

"Consigo la cocaína a través de una persona conocida que trapichea con ello y cuando quiero le pego un toque y me trae, no voy a buscarla a la calle. Si él no tiene yo no cojo a nadie, me arriesgo a que venda mierda y me cobre más caro" (consumidora, de 30 años).

Otro ejemplo es el de un estudiante universitario que se acerca más a la experiencia de los jóvenes consumidores 'recreativos' a quienes les gusta estar cerca del riesgo pero no implicarse de lleno, lo viven como un espectáculo de realidad virtual, donde ellos están en la escena pero solo miran. Para ese grupo el mundo del narcotráfico del cual participan es un espectáculo emocionante y fuente de diversión:

"El mundo de la venta de cocaína es un poco mafioso, hay mucho vicio, mucho desespero, mucho mercado negro, no sé, es todo muy sucio, es un submundillo. En verdad somos como niños pequeños que se nos dice: 'no abras la puerta' y la abrimos. A los consumidores también nos gusta el morbillo de la clandestinidad, como nosotros pagamos y nos vamos no nos enmerdamos tanto como los camellos y puede llegar a tener su gracia" (consumidor, 22 años).

Hay otras formas de implicarse comprando, manteniendo relación directa con los traficantes, relacionándose con varios de ellos y moviéndose en sus ambientes. Esa es una actividad que atrae a muchos jóvenes a quienes les gusta conocer un mundo prohibido para sus mayores, les da superioridad y sensación de control de sus vidas. El grado de implicación es diverso y está muy en relación al lugar que ocupa la cocaína en la vida de la persona, a medida que el consumo se hace compulsivo la cocaína se convierte en un tema central y cotidiano, los amigos son consumidores y traficantes, se habla constantemente del mercado de la cocaína y la vida del consumidor gira alrededor de la sustancia. Los consumidores recreativos todavía separan distintas realidades, saben que hay grupos de gente que no son consumidores y ambientes donde el consumo no está bien tolerado. Por el contrario los consumidores 'atrapados' viven tan implicados con la subcultura de la cocaína que creen que todos son consumidores, que en todos los lugares es posible conseguir cocaína, que hay traficantes en cada local. Un ejemplo:

"Hay camellos en todos los lados, son tíos que conozco porque van siempre a los mismos sitios, son los mismos camellos que también hacen la ruta, tienen sus horarios y cuando acaba una discoteca van a otra. Los camareros lo saben todo, se trata de llegar a un sitio y preguntar, incluso la mayoría de ellos trapichean, y se trata de preguntarles y si te ven fiable, que no eres policía te mandan a uno de ellos, es facilísimo" (consumidor, 32 años).

Entre los informantes para esta investigación diez de ellos han participado de la venta como una forma de sufragar el coste de su propio consumo. Entre ellos es generalizada la opinión de que en los ambientes recreativos aumenta la captación de adolescentes que realicen esa labor de venta. Uno de los comentarios es el siguiente:

"Cuando empecé a consumir tenía 17 años, los chicos de mi edad lo que consumían eran pastillas. Pero es que ahora incluso a los 16 ya están consumiendo cocaína. Hay camellos mucho mas jóvenes. Bueno, los camellos gordos son diferentes. Todo empieza porque un chavalín va a un camello gordo a comprarle. Cuando ese camello ve que el chavalín va a comprarle mucho porque compra para él, para los amigos y tal, es cuando el camello lo enrolla y le dice: -toma te doy tantos y te fío tantos. Todo empieza así, enganchan a los pequeños. 'Te doy tanto' y ese chaval flipa, y ya se cree el amo del mundo. Hasta que llega el momento que venden para consumir. Al principio lo hacen para ganar dinero hasta que lo hacen para consumir" (Consumidor, 25 años)

En general hay una cierta valoración positiva del trapicheo entre los jóvenes, es visto como cosa de atrevidos de quienes se lo saben montar, que saben jugar con la picaresca y 'buscarse la vida'.

"Con un sueldo no te basta para consumir. A mí al principio con 140.000 Pts. al mes no me bastaba y en cambio ahora con 140.000 Pts. tengo cojones de tener 40 gramos en casa. Antes con 140.000 Pts. compraba 10 gramos. Y luego al cabo de unos meses aprendí cómo con 50.000 Pts. tener 20 o 30 gramos en mi casa. Fui conociendo gente, me hacía con la gente que me interesaba y procuraba no meterme en mucha mierda. Y así estoy a flote, consumo lo que quiero, me monto las fiestas que quiero y no tengo ningún problema" (consumidor, 19 años).

Existe una racionalidad en la gestión económica del consumo. El gasto vinculado al consumo puede ser muy diverso. Los más jóvenes, en su periodo iniciático suelen repartirse un gramo entre varios y pueden gastarse hasta dos mil pesetas semanales. Para aquellos que se introducen en el tráfico el consumo es gratis, es parte de los beneficios que obtienen. Los consumidores de heroína que están en tratamiento de metadona suelen practicar un consumo más esporádico y gastan menos. Suelen consumir cuando tienen dinero, hay quienes gastan una media de 500 pesetas diarias. Los consumidores que sí gastan, quienes engrosan el mercado, son los consumidores exclusivos de cocaína o que prefieren esa sustancia, quienes ya han pasado la etapa iniciática y se incorporan el consumo como parte de la normalidad. Si además, se tiene en cuenta que el gasto de la cocaína se acompaña de otros gastos: básicamente de alcohol, pero también cenas, entradas a locales, prostitución, etc. La diversión resulta cara y puede que sea uno de los gastos principales y enmascarado de muchas familias españolas. En los ejemplos siguientes se presentan criterios de gestión del gasto:

"A mí mientras no me falte dinero para poder comer en la universidad, para poder comprar dossiers de la facultad, para la gasolina de mi coche, lo demás me lo puedo gastar en lo que yo quiera" (consumidor, de 22 años).

"La cocaína afecta a la economía pero compramos cuando nos sobra el dinero, que no suele ser muy a menudo y eviden-

temente si no hay un dinero extra que nos podamos gastar en cocaína no lo hacemos. Es como cuando nos compramos unos zapatos nuevos por capricho..." (consumidora, 29 años).

"En un fin de semana me gastaba unas 200.000 Pts. o 300.000 Pts. Cuando vendía tenia mucho dinero, y en principio todo muy bien hasta que se me hizo un agujero de 1.000.000 Pts. Y luego vinieron problemas e historias. Y cuando ya no tenía para vender, como yo tenía ese hábito y ese rito de vida, pues me buscaba las mil y unas, comprar para vender..." (consumidor, 25 años).

Delincuencia doméstica.

La etiqueta de prestigio que arropa a la cocaína y a los consumidores de esta sustancia se ha ido creando en parte por antagonismo ante los grupos de consumidores de heroína o cannabis. Los consumidores de cocaína se crean una imagen de prestigio y de éxito, detectan dinero y poder, son divertidos, parlanchines, activos, visten a la moda, se rodean de fetiches caros: coches, perfumes, restaurantes e incluso mujeres. La etiqueta no es únicamente un signo estético, sino que crea un componente simbólico que es lo que contribuye a definir la sustancia, las expectativas que se generan sobre ella y a los consumidores. Por todo ello es difícil ver en algunos consumidores a un delincuente.

Entre el colectivo de consumidores 'recreativos' que van de 'cocaína' el dinero dedicado al consumo es considerable y necesitan desarrollar una gestión muy racional de su economía. Eso no sucede en muchos casos y el coste se dispara entre aquellos que tienden a un consumo más 'compulsivo'. Como buena parte de este colectivo son jóvenes integrados en familias estables, con una cierta capacidad económica la tendencia al robo 'doméstico' es común. Los ejemplos siguientes ilustran algunas de esas situaciones:

"Para consumir me gastaba casi todo el sueldo que ganaba en el bar. Yo ganaba 120.000 Pts. y a final de mes no me quedaba nada. También he robado mucho dinero a mis padres. Casi cada semana le robaba a mi padre diez mil pesetas del bolsillo. También vendía el oro por nada, porque no te daban casi nada" (consumidora, 24 años).

"El gramo vale 12.000 o 15.000 Pts.. Al principio me lo podía permitir con lo que ganaba en el trabajo. Pero al final ya hacía "mangarrufas" en el trabajo. Cogía dinero a mis padres o a mi hermano. Llegas a este punto porqué el dinero no te basta nunca" (Consumidor, 29 años).

"A mi madre, esta última vez, le quité algo de dinero. No valgo para robar a los de fuera pero, lo típico, vas a casa y es más fácil. He intentado no perjudicar a mi familia pero llega un punto que si tienes para un par de gramos, ..." (consumidor, 32 años).

7. LA CARA OCULTA DEL CONSUMO: DESCENSO, FRACASO Y SOLEDAD

Dime cómo ves el mundo
Exiliado en cada lavabo,
Contando cada minuto
Administrándote los gramos.
Estopa, *Exiliado en el lavabo*

La relación con la cocaína se inicia con una 'luna de miel' en que la sustancia fascina y seduce, algunos aprenden a mantener una relación intermitente con la sustancia con lo que consiguen prolongar durante años o toda la vida el encantamiento. Otros pasan a un consumo más frecuente e instrumental y de ellos una parte quedan completamente atrapados en su seducción. Cuando eso ocurre el encantamiento de los efectos que produce la sustancia desaparecen y solo queda la necesidad de consumirla, el impulso dominante de la adicción.

Cuando Freud probó la cocaína creyó que era una sustancia mágica, la solución a los

pesares y fuente de placer. El sueño duró hasta que descubrió sus poderes adictivos. Entre los consumidores actuales los efectos que les produce la cocaína y la capacidad de control están muy en relación al contexto social del consumidor/a y a la posibilidad de satisfacer sus expectativas vitales a través de otros medios que no sean las drogas. A lo largo de la exposición se han destacado tres arquetipos de consumidores, uno de ellos son los que entran en una etapa intensiva de consumo, algunos de ese grupo son los que terminan buscando ayuda profesional y demandan un tratamiento para salir de la adicción.

Prestar atención al grupo de consumidores en tratamiento tiene un doble interés en este trabajo, se ha analizado la interrelación que se establece entre los dos colectivos, aquellos consumidores a quienes el consumo no les crea 'problemas' y aquellos a quienes sí les crea y tienen que recurrir a un tratamiento. Y, en segundo lugar, porque este grupo 'con problemas' elabora una nueva definición del significado de la cocaína, muy distinto al que domina el mundo recreativo de la fiesta y la diversión. Es la otra cara de la luna, el lado que no brilla y se mantiene oculto pero tan real como el lado visible. ¿Dónde está la trampa que oculta esa otra realidad?

En buena parte *la invisibilidad de los problemas del consumo tiene sus razones en el panorama simbólico que define la cocaína en nuestra sociedad*. La adicción resulta difícil de detectar porque se presenta en un formato distinto al conocido de la heroína, porque sus efectos pueden tardar años en aparecer y es distinto en cada persona, porque hasta hace pocos años era un consumo practicado por un grupo social con posibilidades económicas cuyos problemas se solucionaban de forma privada y silenciosa. También porque al ser un consumo de clase media resulta más difícil valorarlo de forma problemática. La clase social a la que se vincula el consumo de una droga es muy importante para explicar la mayor o menor legitimación de esa sustancia. Al evaluar la percepción social de la cocaína es importante tener en cuenta esa etiqueta como droga de un grupo de posición social alta. Sterk-Elifson (1997) afirma que "La ausencia de interés en las diferencias entre las clases se justifica por la opinión de que las drogas principalmente usadas por la clase media son vistas como 'drogas buenas que son usadas de manera correcta". En nuestra sociedad ello es equivalente a fumar marihuana o aspirar cocaína. "Las drogas y vías de administración más prevalentes entre los consumidores de clase baja se asocian frecuentemente a la idea de desestructuración de familias y comunidades; en consecuencia, estos hábitos de droga se etiquetan de 'malos', por ejemplo inyectarse y fumar cocaína y heroína" (Musto 1973). Además el uso de drogas se califica de 'bueno' porque juega un papel menos central en la vida de los consumidores de clase media que el que juega en las vidas de los consumidores pobres. Las drogas quedan restringidas y definidas por aspectos positivos como la diversión, ocio y placer.

La forma en que se plantean estas diferencias contribuye a que los consumidores 'buenos' e 'inteligentes', aquellos que sí controlan, se reafirmen en una opinión individualizada propia del individuo exitoso que se hace a sí mismo. El siguiente comentario es un ejemplo:

> "El riesgo de adicción a la cocaína es un enganche psicológico, que tiene que ver con las inseguridades personales. Hay personas muy frágiles de carácter con poca vida social o con la vida social mal solucionada, no me extraña que se enganchen porque con la cocaína tienen una vidilla que no han vivido nunca. Cuanto más consumes más quieres, a mi me pasó, notaba que me ponía de mal humor y no me lo pasaba tan bien. Es una decisión personal engancharse o no engancharse, es una decisión de voluntad no es un enganche físico" (consumidora, 29 años).

Esa opinión es la dominante entre los que mantienen –o creen mantener- un consumo controlado. De esta forma niegan las condiciones sociales y personales que presionan hacia un consumo problemático, niegan la influencia del contexto en que se mueven

algunas personas, niegan las influencias simbólicas y de los medios de comunicación que asimilan buena parte de los adolescentes. Una de las consecuencias que se está produciendo con el aumento de consumidores con problemas de adicción es que crece la intolerancia por parte de aquellos que defienden el consumo. De alguna forma tratan de diferenciarse de una manera que linda la xenofobia marcando una distancia que les impida verse a sí mismos tras el espejo de quienes sí tienen problemas.

> "La gente que conozco que ha tenido enganches fuertes con la cocaína ya los veía venir, los reconozco. Son gente con la que no me relaciono mucho porque no son tipos de caracteres con los que yo suela coincidir, no me hago amiga de un cocainómano porque tengo la teoría que es una gente que tiene una forma de actuar que difiere mucho de como soy yo. Los que conozco son gente que me dan mucha pena, son gente muy sola. Son gente que aparentemente no se parecen pero que repiten un patrón de conducta" (consumidora, 29 años).

> "Yo soy bastante clasista, para mí no es lo mismo que se meta una raya de coca un tío sin cultura que solo sabe hacerse el chulo delante de cuatro capullos, o un buen amigo mío que se sabe comportar" (consumidor, 21 años).

Una parte de estos consumidores 'aristocráticos' actúan como defensores del consumo y lo legitiman basándose en la posibilidad de control que ellos tienen la oportunidad de ejercer, confundiendo la calidad de la sustancia con el control y situando la causa y problemas del consumo en la prohibición:

> "Creo que es posible, y que lo tengo, un consumo responsable de cocaína. La guardo para las fiestas de guardar, no tomo más de la debida ni me gasto el sueldo en ella. Consumo responsablemente y con mucha mesura, no creo que esté mal lo que yo haga y debería poderse hacer libremente. Debería estar legalizado, es un problema político, geográfico, estratégico, es un problema de racismo mundial asqueroso" (Consumidora, 29 años).

> "Por la falta de control de la calidad están pasando unas cosas horribles y hay una falta de información por parte de la gente que no sabe donde acudir en miles de situaciones. No se conocen centros donde se puede analizar la sustancia, libros que informan... todo eso ayudaría a un consumo más responsable y más controlado" (consumidor, 29 años).

Esas opiniones tienen su efecto porque la tendencia actual es que la percepción del riesgo ante el consumo de cocaína tiende a bajar. Existe cierta conciencia de que la cocaína hace daño pero también de que puede controlarse, al consumirla no se ven síntomas de deterioro y no existe un síndrome de abstinencia similar al de las drogas más conocidas. De alguna manera hay una cierta resistencia a asumir los efectos negativos y predomina la imagen que elabora de la cocaína el grupo elitista: La cocaína se define como 'droga limpia' e integradora, droga que favorece las relaciones y la desinhibición.

En general, el riesgo percibido por los jóvenes en relación al consumo de drogas parece estar más asociado a la frecuencia de dicho consumo que al tipo de droga (Encuesta Escolar 1998). A pesar de todo ello la percepción de peligrosidad de la cocaína en la población en general es alta, el 94,6% la consideran una sustancia peligrosa (Megías et al, 2000). En el debate acerca de la prohibición ha aumentado en esta última década la opinión de que la cocaína debe ser una sustancia prohibida. Quienes más defienden que sea una droga legal son los consumidores de cannabis (44,1%) y de otras drogas ilegales (60,3%) (Megías et al 2000). La percepción del riesgo es un aspecto que merece un análisis complejo porque son también complejas las estrategias en las que los consumidores se amparan para gestionar los riesgos ante el consumo (Calafat et al., 2001). La mayoría de

consumidores entrevistados tienen conciencia de que el consumo de cocaína implica un cierto riesgo, a pesar de ello la consumen lo que indica que elaboran estrategias de legitimación de su consumo.

> "Creo que la adicción a la cocaína no es tan grande como con otras cosas. Yo veo que se puede parar. Es más regulable. La gente que toma caballo es otra cosa, es más una cosa física, que no puede estar sin ella para que su cuerpo funcione. La cocaína es muy golosa. Es una cosa que no cansa. Siempre tomaría" (consumidor, 19 años).

> "No tengo percepción de riesgo, no pienso en como voy a estar dentro de diez años, prefiero vivir dos años así porque a mí me gusta y no tengo intención de cambiar ni dejarlo, veo muy difícil dejar de salir todos los fines de semana como hago ahora. Aunque fuera madre haría lo mismo. No quiero pareja, no quiero cambiar mi forma de vida" (consumidora, 24 años).

Los dos testimonios indican en que existe percepción del riesgo, pero también existen formas de minimizarlo, en algunos casos comparándolo con otra sustancia y en otros valorando más positivamente los efectos de la sustancia que otros beneficios a los cuales se debe renunciar debido al consumo. A pesar de que en España la demanda de tratamiento ha ido creciendo en la década de los noventa su relevancia ha sido escasa y muy minimizada por ser mucho menor que la heroína. La demanda de tratamiento por abuso de cocaína empieza a crecer a partir de 1995 (1.415 personas), en 1997 la demanda se duplica (3.129), en 1998 son ya 4.174 nuevos casos y en 1999 son 6.126 las personas que han entrado en tratamiento[8]. Quizás la imagen de la cocaína esté en transición. Quizás debido a los problemas la cocaína está pasando de ser considerada una sustancia inocua a ser considerada una sustancia con poderes adictivos considerables (Galindo 2000). A pesar de ello la prevalencia de consumo de cocaína sigue siendo mucho mayor que los problemas que cabría esperar. De la Fuente (1999) propone tres hipótesis para explicar esa diferencia:

- Predominio del consumo esporádico de cocaína
- El largo periodo de latencia clínica entre el momento del consumo y el momento en que aparecen los problemas asociados
- Escasa capacidad para detectar los problemas.

Es importante constatar que entre la cultura de los consumidores se consigue mantener una imagen de la cocaína sin riesgos. La cultura que da significado al consumo de cocaína crea en sí misma los argumentos que impermeabilizan el tener en cuenta los efectos negativos. Entre los consumidores se elaboran los criterios de invisibilidad u ocultación de los efectos perversos o adictivos de su consumo. El problema, para los consumidores, no está situado en la sustancia ni en el contexto social sino en los individuos, consideran que son ellos quienes no saben consumir con control y se dejan atrapar. Los consumidores en tratamiento son definidos como los perdedores, los que fracasan y su vínculo con los consumidores 'sin problemas' queda doblemente roto. Doblemente porque quienes tienen problemas deben abandonar la relación con sus colegas consumidores y alejarse de los espacios de consumo. Para quienes no tienen problemas también prefieren no saber nada del tratamiento ni de aquellos que no han sabido mantenerse bajo control.

¿Especificidad en el tratamiento?

Los cocainómanos no desean ser etiquetados como drogadictos, por el estigma que

[8] Observatorio Español sobre Drogas (2000, 2001) Informes 3 y 4.

comporta. Los drogadictos son vistos como un grupo marginal, deteriorado, enfermo, demacrado, delincuente, que vagabundea por las calles pidiendo limosna y todo su interés consiste en lograr una dosis más. La imagen del heroinómano se ha convertido en la imagen del drogadicto y ello crea un disfraz que oculta a los nuevos consumidores de otras drogas, como es el caso de la cocaína.

> "Los jóvenes que llegan al centro suelen decir que ellos no están como los otros jóvenes que ven (los que consumen heroína). La tendencia es a decir: -Yo no estoy tan mal como ese. Existe el efecto de la comparación, incluso a nivel de la administración de la sustancia. El que la cocaína se aspire y no haya que pincharse es una diferencia simbólica enorme" (Terapeuta).

Un consumidor de cocaína está muy lejos de identificarse con un drogadicto por ser una persona que persigue el triunfo, el ascenso social y es participativa. Se trata de personas que desean tener éxito, que gustan de ser líderes, destacar en sus grupos sociales, son buscadores de imagen y candidatos a héroes. Quienes consumen cocaína también valoran en positivo otros ideales sociales vinculados al éxito: la estética, la indumentaria, los automóviles, el sexo. La imagen de los consumidores de cocaína es muy distinta a la que se tiene de los toxicómanos, es una imagen socialmente prestigiosa y positiva y por ello más difícil de detectar.

> "Se tiene la idea de que el toxicómano es aquel que esta en el banco en la esquina allí tirado. Cuando la familia entra en el centro es un paso muy importante para ellos y lo pasan mal. Se da un proceso íntimo de reconocimiento. A nosotros nos dicen: -¿tú crees que mi hijo es un toxicómano? Y yo les digo que la cocaína es un tóxico y, por tanto, su hijo es un toxicómano. La respuesta suele ser: -'pero si yo soy una persona normal, trabajadora..." (Terapeuta).

El cambio más significativo que se está produciendo y se va a producir a nivel del tratamiento es que se pasa de una situación uniforme respecto al tratamiento de los toxicómanos a una más plural, dinámica y de mayor complejidad. El impacto de las nuevas drogas recreativas, y en concreto el crecimiento del consumo de cocaína, crea la evidencia de que cada sustancia se integra con una dinámica propia de consumo y subcultura. El espacio del tratamiento se está diversificando, se crean programas donde se tiene en cuenta la dimensión del género, la dimensión de la edad, las familias, colectivos de distintas posiciones sociales y una representación social y simbólica distinta según cada sustancia.

En algunos centros donde se acogen a los consumidores de cocaína los profesionales se plantean el adaptar sus protocolos a esos nuevos consumidores. En algunos centros ya existen programas específicos donde se integran los consumidores de cocaína, mientras que otros centros consideran que sus programas tradicionales son también válidos para los consumidores de cocaína quienes son considerados toxicómanos igual que los otros.

La llegada a un centro de tratamiento entre los consumidores de cocaína viene básicamente determinada por desencadenantes sociales y personales y menos por problemas físicos o judiciales, aunque también los hay. El aspecto económico es uno de los más importantes, pero también la alteración de la vida familiar, los conflictos laborales o el tomar conciencia que entran en una espiral de consumo compulsivo. Aquellos que se plantean el tratamiento por problemas físicos es porque han tenido trastornos psicopatológicos, algunos han tenido que tratarse en urgencias psiquiátricas, suelen tener paranoias u obsesiones y en algunas ocasiones taquicardias.

> "Me dije que tenía un problema cuando ya pasaba el fin de semana fuera, estaba dos días sin aparecer por casa o aparecía para ducharme o cambiarme de ropa. No sé cuanto consumía pero debía ser bastante porque aguantaba dos días estando

así, sin dormir, por ahí..." (consumidora, 23 años).

"A los 22 años yo empecé a ver un riesgo. En mi casa no lo sabían. Tenía mucha libertad, me podía ir un sábado y llamar un domingo por la tarde y decir que estaba en casa de un amigo y no me decían nada, yo hacía lo que quería. En el trabajo me pegaban paranoias. Venía un cliente y creía que se daban cuenta" (consumidor, 25 años).

"Vivo con mis padres. Tuve problemas con el coche por la cocaína y el alcohol, porque ya descontrolaba. Cogía el coche y tuve un par de accidentes. En uno de ellos en el que me vi involucrada tuve que ir a comisaría. Y en casa ya me pusieron las cosas bien claras: o te curas o te vas. Y fue cuando vi que necesitaba ayuda" (Consumidora, 25 años).

El síndrome de dependencia de la cocaína no es tan evidente como en otras drogas más conocidas (tabaco, alcohol o heroína). En ocasiones se busca tratamiento para solucionar causas indirectas que se hacen más evidentes para el ámbito familiar que para el propio individuo consumidor, cuyo centro de interés gira alrededor del consumo de cocaína. Los síntomas físicos y sociales de la dependencia de la cocaína no están muy reconocidos por la sociedad y por ello difíciles de detectar. En ocasiones la evidencia de un problema aparece ante la sorpresa y el desconcierto del consumidor y sus familiares. Otra forma indirecta de acceder a los centros es por vía judicial, en aquellos casos de personas cuyo consumo les lleva a delinquir y desde el juzgado las envían al centro como alternativa a la cárcel.

'Necesidad' de un nuevo espacio social para el cocainómano en tratamiento.

Cuando los consumidores inician un tratamiento su ámbito social y de amistades queda alterado, debe abandonar el consumo y con ello el ambiente donde consumía y los amigos con quienes consumía. El tratamiento obliga a realizar distintos pasos: 1. La persona debe hacer un proceso de desarraigo y ruptura de su estructura social. 2. Debe reforzar las relaciones con la familia y amigos que no son consumidores, precisamente aquellas relaciones que están más deterioradas, y 3. Debe crear nuevos ámbitos de interés y de relaciones. Este proceso es largo, complejo y difícil y depende en buena parte del apoyo familiar que reciba el consumidor.

"Drogas como la cocaína suelen ser utilizadas, en su inicio, como una sustancia que ayuda a la resocialización pero que acaba en la exclusión. La inmensa mayoría de los jóvenes se relacionan con otros que también consumen. Cuando inician el tratamiento y los separas de sus amigos consumidores se quedan sin nadie, desnudos a nivel social, lo que tiene consecuencias brutales" (terapeuta).

En el contexto de consumo existen relaciones fuertes de solidaridad creadas entre el grupo de amigos que comparte la fiesta, la diversión y el consumo. Pero ese vínculo solidario queda limitado a la relación 'positiva' de estar bien, divertirse y consumir. Por ello, la búsqueda de ayuda no suele hacerse entre los amigos con quienes se consume y en la mayoría de ocasiones ni siquiera se les comenta el problema. Para el consumidor estar en un contexto de tratamiento es humillante, el signo de no haber sabido mantenerse al otro lado de la línea, donde están los fuertes, en el lado donde se consume con control. Los consumidores que buscan ayuda se convierten en fracasados, en pobres desgraciados que causan pena pero que es mejor mantenerlos alejados porque su caída es definida como debilidad. Los siguientes comentarios hacen referencia a los amigos que se dejan atrás cuando se inicia el tratamiento.

"Con los amigos se habla del riesgo de engancharse pero se suele decir: -a mi no me va a pasar, yo soy más fuerte. (....) Ha habido solidaridad cuando he decidido dejar la cocaína por parte de mi novia, mis

padres, mis hermanos, mi jefe... pero con los amigos, no lo sé, porque no he hablado con ninguno. Sé que me dirían: -me alegro de que estés en el programa. Pero yo creo que es falso. Si yo les hubiese comentado de ir a un tratamiento la respuesta habrían sido: ve tu que estás enganchado, a mí déjame en paz que yo lo controlo...' Es la típica frase. (consumidor, 36 años).

En el proceso de reconstrucción global de sus vidas, amistades, vida familiar y pasado el significado de la cocaína también es reelaborado. Para los consumidores que han asumido que el consumo es un problema y que quieren alejarse de su estilo de vida anterior la cocaína es una especie de enemigo externo, casi omnipotente, con capacidad de atrapar a alguien en cuerpo y alma. La cocaína se convierte en un ente terrorífico que atrae porque da un placer con consecuencias perversas. La vida del ex-consumidor queda restringida a espacios donde el consumo no sea evidente. Los consumidores relacionan la cocaína con el alcohol, los amigos y ciertos locales. Es ahí donde aparece de nuevo el deseo irresistible y son los vínculos a romper para mantenerse fuera de la tentación. Todos ellos mantienen la incertidumbre de sucumbir a la tentación si en algún momento se les presenta la oportunidad y ese es el handicap que deben asumir como una condición de su futuro.

"A mí me entran ganas de consumir cuando bebo alcohol, pero previo a esto, cuando veo a personas que han consumido conmigo. Cuando estamos en comidas, con gente... sé que voy allí para consumir" (consumidor, 29 años).

La cocaína pasa a significar para los consumidores que han entrado en tratamiento una trampa con consecuencias a muy largo plazo. La abstinencia absoluta parece que está resultando ser el mejor aliado para superar la dependencia (Galindo 2000). En muchos centros esa premisa es básica. Los consumidores deben realizar un giro radical en sus vidas. En ese sentido los centros y los terapeutas actúan como agentes redentores, ayudando a comprender y superar el problema de la adicción. Nuestra sociedad tiene un espacio reconocido para los adictos que equiparados a los pecadores deben seguir un camino (laico) de reconocimiento de la falta, arrepentimiento, aceptación de la sanción y redención (Jamoulle 2000).

Para ellos el mundo social del ex-consumidor queda dividido en dos bandos, los que consumen y los que no consumen. Uno de los objetivos en su proceso de separación de la droga es elaborar nuevas metas, nuevas intuiciones y posibilidades vitales. Los años de consumo los consideran perdidos, malgastados y el señuelo de una trampa; para ellos el consumo es una especie de estafa que les ha deparado el destino; han experimentado lo que es la necesidad de satisfacer un deseo tirano e intransigente que se convierte en insaciable, en un deseo negativo que les ha llevado a un consumo adictivo del cual les va a resultar muy difícil librarse, o por lo menos controlar.

Desde el punto de vista de la prevención es un límite el hecho de que la experiencia de los consumidores con problemas no traspase ni influya (o muy poco) en el colectivo de consumidores en activo. El nuevo significado que se otorga a la cocaína desde los que están en tratamiento, la mirada crítica a los valores que han motivado el consumo, es una información que queda limitada al grupo de consumidores en tratamiento y a los no consumidores que se convierten en sus nuevos colegas. Esa barrera entre los distintos tipos de consumidores reafirma los elementos básicos de la cultura que gira alrededor del consumo de esa sustancia, vinculada al éxito y a superar limitaciones físicas en la experiencia del placer y la diversión, todo ello en un plano muy individual y en relación de competencia con los otros. La cocaína contribuye a una discriminación entre los considerados 'fuertes' e 'inteligentes' y los 'fracasados' que no merecen estar en el colectivo de los que sí consumen ya que no saben controlar. Por ello, cuando algún consumidor pasa a tener problemas y busca ayuda simplemente queda

excluido y su experiencia como adicto queda asumida como parte de la 'selección natural' en la relación con la sustancia.

CONCLUSIONES

Los efectos neurofisiológicos de la sustancia ayudan a explicar el éxito de la cocaína entre los usuarios, pero además estos efectos enlazan muy bien con ideales, valores y objetivos en relación con el éxito, prestigio, placer, diversión,.... definidos todos ellos a partir de logros individuales. La cocaína es un estimulante muy poderoso, una droga muy seductora y 'golosa' como afirman algunos consumidores. Los consumidores no son personas a las que simplemente les engaña una ficción, una idea abstracta e ideal que luego no existe. No necesita de una campaña publicitaria, como ocurre con muchos productos, para convencer de algunas de sus cualidades mágicas. Subrayando la idea de Sissa (2000) la cocaína no necesita de ninguna publicidad, se vende por si sola porque sus efectos son poderosos. Por eso es una droga.

La cocaína se ha insertado en la dinámica recreativa y en menor medida, pero también, en el mundo laboral, dos espacios donde se gestionan las posiciones sociales y relaciones de poder. La cocaína ha sido adoptada por miembros de clase media-alta quienes han contribuido a definirla como una droga controlable e instrumental. En los últimos años se ha ido extendiendo a otros grupos sociales, especialmente a jóvenes que la utilizan en la vida recreativa, pero también a grupos más marginales de ex-heroinómanos.

Los estudios sociales sobre el consumo de drogas habían mostrado hace años una relación entre ese consumo con problemas sociales estructurales como son la pobreza, el paro, las desigualdades, la falta de oportunidades de los jóvenes, etc. Sin embargo, la aparición de las llamadas drogas recreativas está requiriendo un nuevo enfoque, una nueva aproximación social distinta a ese modelo de 'respuesta perversa' a problemas sociales. El nuevo modelo debe analizarse como una 'respuesta perversa' al logro de ideales positivos. Ello supone una aproximación interpretativa distinta y más atrevida. La cocaína responde a ideales positivos (placer, diversión, éxito, prestigio), se ajusta a mecanismos muy valorados (inmediatez, eficacia, magia) y se ha vinculado a personas de posición social alta quienes construyen su significado y lo transfieren a otros grupos. Por todo ello es más complejo describir el lado perverso del consumo, porque la cocaína disfruta de una protección cultural elaborada entre quienes participan en su consumo y su distribución.

La cocaína es la sustancia "reina" y lo es porque como sustancia tiene efectos más poderosos que otras sustancias en el logro de objetivos socialmente muy preciados. Los medios de comunicación de masas tienen una gran responsabilidad en la socialización de los jóvenes y en la transmisión de estrategias y valores. Es a través de ellos que se está gestando la idea de una sociedad del bienestar definida por el hedonismo vinculado al consumo, la supremacía del individuo junto con la invisibilidad de las influencias sociales, el poder omnipotente de la tecnología capaz de lograr milagros superando los límites impuestos por la naturaleza, en especial los límites del cuerpo humano (Featherstone 2000); La seducción de lo nuevo frente a la banalización de la tradición, dinámica muy arraigada en la cultura norteamericana y con consecuencias patológicas en términos de ansiedad y aislamiento (May 1992). Las nuevas pautas culturales transmitidas a través de los medios de comunicación de masas se complementan muy bien con el consumo de drogas (Becoña 2000) y muy especialmente con la cocaína.

Se ha indagado en los significados que contribuyen a otorgar una entidad social a la cocaína. Ello se ha realizado desde la experiencia de personas que conviven con la sustancia, algunas están en el lado problemático, en centros de tratamiento y otros en el lado positivo, son consumidores que controlan el consumo y consideran que la cocaína no les causa problemas en sus vidas. En los centros

de tratamiento se ha entrevistado tanto a profesionales como a consumidores. Se trata de una análisis que surge de una información cualitativa y subjetiva con la que se ha pretendido describir una cultura, definir significados y dar luz a vínculos simbólicos que emparientan el consumo con ideales sociales.

Aunque es cierto que el consumo de cocaína puede delimitarse en términos sociales, también lo es la diversidad de colectivos que participan de su consumo. Hay jóvenes de todas las edades, aunque predominan los jóvenes más adultos, mayores de 20 años, pero con tendencia a bajar la edad de inicio en el consumo. Consumen hombres y mujeres, aunque ellos (un poco) más. Hay consumidores con estilos muy distintos en relación al estilo de vida y de ocio de cada uno. Participar de la vida nocturna es sinónimo de estar cerca o dentro del consumo. El consumo de cocaína en España tiene mucha presencia en el ámbito recreativo, pero ese ámbito es muy diverso y puede decirse que la cocaína está en muchos de sus espacios, en las macrodicotecas de *bakalao*, en los pubs, conciertos, festivales, en fiestas privadas o en cenas íntimas entre amigos. La delimitación viene dada por ser el espacio recreativo el privilegiado y entre aquellos grupo implicados con el ascenso social, con necesidad de éxito y prestigio.

Se han descrito *tres arquetipos de consumidores* que conforman la población mayoritaria consumidora de cocaína y son parte de la población socialmente 'integrada' e incluso bien posicionada a nivel económico, laboral y relacional. Las etiquetas son un tanto metafóricas pero indicativas del significado que adquiere la cocaína en cada colectivo. Están los consumidores 'aristocráticos', los 'recreativos' y los 'atrapados'. Se diferencian entre ellos por el estilo de consumo y por el lugar que ocupa la cocaína en sus vidas. Los 'aristocráticos' consumen de forma más sibarita, en ciertas ocasiones especiales y la cocaína es una fuente de placer más entre otros que forman parte de sus vidas. Los 'recreativos' hacen un uso de la cocaína en el espacio de la diversión y junto con otras drogas recreativas. La cocaína ocupa un lugar importante en las relaciones y en la fiesta. Algunos de este colectivo tiende a un consumo más compulsivo y queda atrapado en la adicción, son quienes experimentan con más crudeza las consecuencias económicas, familiares y patológicas del consumo. La cocaína les invade la vida y se convierte en el centro de sus actividades.

La *imagen positiva del consumidor de cocaína* se crea por oposición a la del consumidor de heroína. Quienes consumen cocaína son personas integradas, que buscan el éxito social, obtener mayor prestigio y son consumidores de los elementos dominantes de nuestra sociedad. La imagen que desarrollan del heroinómano es lo opuesto, son los perdedores y fracasados. Ello les lleva a una actitud casi xenófoba con respecto a los grupos marginales, lo que trasciende a su propio colectivo en aquellos que necesitan entrar en tratamiento.

El consumo de cocaína es muy instrumental y se relaciona con el logro de objetivos individuales: divertirse, obtener placer, mayor aguante físico, mejorar la posición de prestigio en el grupo, etc., sin embargo, el ritual del consumo es más colectivo, se establecen *relaciones de solidaridad entre los consumidores* para disfrazar el consumo ante los no consumidores, para comprar la sustancia, para esconderse en un lavabo y esnifar. La cultura del grupo es importante en la gestión del consumo. La solidaridad entre los miembros del grupo está muy en relación al consumo y se rompe con aquellos que entran en una fase problemática; estos pasan a ser vistos como fracasados que no han logrado ganar el pulso a la sustancia, mantenerla controlada y no saben mantenerse en las relaciones de poder. El éxito está en consumir sin traspasar la línea del abuso, o por lo menos que la adicción no adopte signos visibles.

La gestión de la economía personal es clave en la cultura de la cocaína, Los consumidores ejercen una gestión racional que les permita incorporar el consumo a sus gastos, eligen proveedor y eligen los mecanismos para abastecerse. La racionalidad es distinta en cada uno de los colectivos, según sea la

relación que tengan con la sustancia. Quienes ejercen un consumo 'aristocrático' tienen sus propios vendedores de confianza que les sirven a domicilio, saben cuanto dinero pueden destinar para comprar cocaína sin que sus economías se vean afectadas. Los consumidores 'recreativos' conocen una diversidad de formas de proveerse, están más cercanos a los 'camellos' y compran en grupo. Los consumidores 'atrapados' son quienes han perdido el control de la economía, algunos roban a miembros de sus familias o en el trabajo, otros entran en el 'trapicheo' como forma de pagarse su propio consumo, otros se endeudan con los vendedores y entran en una situación conflictiva en que se ve envuelta toda la familia. Es interesante comprobar que la dedicación al 'trapicheo' no implica marginalidad ni desprestigio dentro del contexto de los usuarios de cocaína.

La cocaína se complementa con el alcohol. Ese vínculo transfiere a la cocaína parte de sus valores positivos en el espacio ritual de tal forma que las dos sustancias se fortalecen mutuamente. La cocaína permite mayor consumo de alcohol y, a cambio, el alcohol transfiere a la cocaína parte de su simbolismo como sustancia totémica de la fiesta, la diversión y las relaciones.

La cocaína afecta de forma muy distinta a los usuarios, *hay consumidores que consiguen funcionar sin excesivos problemas,* sin desarrollar una adicción hacía la sustancia y saben gestionar el consumo (Decorte 2000). Para otros es distinto, otros entran en un entramado de problemas de distinta índole. Por tanto, resulta una sustancia peligrosa o perversa para algunos, pero no para todos. Ese hecho fortalece la idea de que 'el problema' está en los individuos que la consumen, unos son fuertes y otros 'fracasan', versión muy pertinente en esa dinámica individualista y neoliberal que se acopla tan bien al consumo de cocaína.

Los consumidores 'atrapados' que entran en tratamiento elaboran otro significado de la cocaína, pasa a ser vista como sustancia maligna y seductora, una especie de sirena que con sus cantos atrae al marinero para devorarlo. Este grupo ha de crear estrategias que los inmunicen contra el consumo, para ello necesitan reelaborar valores, plantearse nuevos estilos de vidas, establecer un nuevo pacto familiar y asumir su 'debilidad' frente a la sustancia. Los centros de tratamiento plantean su estrategia en orientar hacía ese cambio de objetivos vitales, en ese sentido los terapeutas se convierten en guías mesiánicos, en educadores y en jueces del bien y el mal.

La cultura de la cocaína crea en su propia lógica los elementos que dificultan que la experiencia de aquellos afectados por la adicción y el tratamiento influya en los consumidores. La relación queda limitada al plano del consumo 'positivo' y se rompe cuando alguno entra en tratamiento. Para los consumidores que gestionan el consumo de forma controlada los afectados son individuos con incapacidades y carencias que no saben estar a la altura que exige la sustancia**.** *Los consumidores 'exitosos' legitiman así los valores simbólicamente vinculados a la cocaína: el ascenso social, la etiqueta, el buen gusto, el prestigio, la competitividad, la búsqueda de placer y bienestar, y todo ello definido como satisfacciones individuales y a las cuales no todos tienen acceso.*

La promoción informal que se hace de las drogas debe tenerse muy en cuenta para comprender la extensión de su consumo. En el caso de la cocaína esa promoción procede de un grupo social influyente, por ser de clase media alta, quienes etiquetan la sustancia con valores altamente positivos, haciendo caso omiso e invisibilizando las consecuencias negativas en 'los otros'. Es una situación de narcisismo de un grupo que se sabe dominante, que es profundamente egocéntrico e incapaz de comprender al 'otro' si las necesidades de ese otro no concuerdan con sus intereses y por ello profundamente insolidario. Sin embargo, es un grupo con una gran capacidad de disimular su estrategia egocéntrica implicando en sus intereses a toda la sociedad, convenciendo a los otros de que compartan sus intereses y los defiendan como propios. Por ello y *atendiendo a las*

necesidades de la salud pública las diferencias entre colectivos sociales y las relaciones de poder se deben seguir de cerca. En especial porque hay grupos con mayor capacidad que otros en definir necesidades, estrategias sociales, valores, mercado, etc. esos colectivos actúan en función de sus propias necesidades y menos desde una mirada social, sensible a las diferencias y con un proyecto de sociedad.

La importancia que está adquiriendo el consumo de drogas en el espacio de la diversión, y muy en especial la cocaína, abre la necesidad muy urgente de nuevos discursos y espacios en que la diversión no esté subordinada al consumo. La orientación del deseo es lo que Sissa propone como la clave para repensar las drogas. "desear es interesarse por alguna cosa. Pero la elección del tipo de deseo orienta una vida ..." (2000: 179). Según la autora la filosofía ofrece un remedio contra ese deseo insaciable: el pensamiento, la conveniencia de adquirir un compromiso con un régimen diferente de preocupación. Desde el psicoanálisis se propone otro camino para alcanzar el placer: el esfuerzo. Todo aquello que se desea lograr debe hacerse por el camino del esfuerzo (Sissa 2000: 181). Las dos propuestas, la filosófica y la psicoanalítica, junto con otras sociológicas que se están elaborando en la dimensión de la 'fiesta saludable' o *club health* deberían contribuir a una reordenación de la vida recreativa.

Finalmente subrayar que las drogas pueden llegar a convertirse en una plaga en nuestra sociedad, y no por las sustancias en sí, sino por el uso adictivo que se hace de ellas (favorecido por los componentes químicos de las sustancias). La promoción social de las drogas es la clave, puede ser una promoción directa o indirecta, como ocurre con la cocaína, de cualquier forma se crea un discurso legitimador que explica la aceptación social de la sustancia y el incremento de su consumo. Para hacer frente al uso abusivo de las drogas es necesario influir en la definición de los espacios culturales y sociales –especialmente los que tienen que ver con la diversión-, elaborando nuevos mitos y utopías.

AGRADECIMIENTOS

1. Esta investigación ha sido subvencionada por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
2. En esta investigación han colaborado como profesionales: Patricia Llambies, Jordi Bernabeu, Sergio Castelló, Udiárraga García, Ana López, Rubén Montesinos, Ángel Pérez y Ana Sainz.

BIBLIOGRAFIA

Ajuntament de Barcelona (2000) *La cocaína*. Barcelona. Ajuntament de Barcelona. Pla Municipal d'Acció sobre Drogodependències.

Alcazar del Castillo, F. (1998) "Problemática de la coca y la cocaína". *Adicciones* 10, 3-5.

Alternan, A., Droba, M., McLellan. A.T. (1996) "Respuesta al tratamiento de día de los pacientes con dependencia a la cocaína y al alcohol", *RET, Revista de Toxicomanías* 8, 5-8.

Barrio Anta,G., Rodríguez Arenas MªA., De la Fuente de Hoz,L., Royuela Morales, L., y Grupo de Trabajo para el estudio de Urgencias por Psicoestimulantes (1997) *Urgencias en consumidores de cocaína en varios hospitales españoles: primeras evidencias de complicaciones agudas por consumo de crack,* Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Barrio, G., De la Fuente, L., Royuela, L., Díaz, A., Rodríguez-Artalejo, F. y Spanish Group for the Study on the Route of Administration of Drugs (1998) "Cocaine use among heroin users in Spain: the diffusion of crack and cocaine smoking". *Epidemiol Community Health* 172-180.

Barrio, G., Rodríguez, M.A., De la Fuente, L. and Royuela, L. (1998b) "Urgencias en consumidores de cocaína en varios hospitales españoles: primeras evidencias de complicaciones agudas por consumo de crack." *Medicina Clínica* 111, 15-21.

Becoña, E, (2000) "Los adolescentes y el consumo de drogas" *Papeles del psicólogo* 77: 25-32.

Bieleman, B., Díaz, A., Merlo, P., Kaplan, C.D. (1993) *Lines across Europe. Nature and extent of Cocaine use in Barcelona, Rotterdam and Turin*, Amsterdam: Swets and Zeitlinger.

Boyd, C., Hill, E., Holmes, C. and Purnell, R. (1998) Putting Drug Use in Context. Life-Lines of African American Women Who Smoke Crack. *Journal of Substance Abuse Treatment* 15, 235-249.

Calafat, A., Bohrn, K., Juan M, Kokkevi A, Maalsté, N. and et al (1999) *Night life in Europe and recreative drug use. Sonar 98.*, Palma de Mallorca: IREFREA.

Calafat, A., Juan M, Becoña, E. et al (2000) *Salir de marcha y consumo de drogas*, Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

Calafat, A., Juan, M. Becoña, E., Fernández C, Gil E et al., (2000) "estrategias y organización de la cultura pro-cannabis" in *Adicciones 12 supl. 2 Monográfico cannabis*. 231-274

Calafat, A., Juan, M. Becoña E., Fernández C, Gil E. et al. (2000) *Salir de Marcha y consumo de drogas*, Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

Calafat, A., Stocco, P., Mendes, F., Simon, J., van de Wijngaart, G., Sureda,P. et al., (1998) *Characteristics and Social Representation of Ecstasy in Europe.*, Palma de Mallorca: IREFREA and European Commision.

Calafat, A., C. Fernandez, M. Juan, et al. (2001) *Risk and control in the recreational drug culture*. Palma de Mallorca IREFREA

Carlson, B.R.; Edwards, W.H.(1987). Human Values and Cocaine Use. Journal of Drug *Education* (17) 3: 183-195.

Castaño, G. (2000) "Cocaínas fumables en Latinoamérica" *Adicciones* 12 (4): 541-550

Caulkins, J.P. (1997) "Is crack cheaper than (powder) cocaine?" *Addiction* 92, 1437-1443.

Cohen, E. (1999) "An Exploratory Attempt to Distinguish Subgroups among Crack-Abusing African-American Women". *Journal of Addictive Diseases* 18, 41-55.

Cohen, P. (2000) "Crack in the Netherlands. Effective Social Policy is Effective Drug Policy". En ... 215-224.

Colegio Oficial de Psicólogos. Papeles del Psicólogo. Drogodependencias (2000), 77 Madrid.

Conde, F. (1999) Los hijos de la des-regulación. Jóvenes, usos y abuso en los consumos de drogas. Madrid: Fundación CREFAT

Decorte, T. (2000) *The Taming of Cocaine*, Bruselas: VUB University Press.

Díaz, A. (1998) *Hoja, pasta, polvo y roca. El consumo de los derivados de la coca*, Barcelona: Publicacions d'Antropologia Cultural.Universitat Autònoma de Barcelona.

Díaz, A., Barruti, M., Doncel, C. (1992) *Les línees de l'èxit?. Estudi sobre la naturalesa i extensió del consum de cocaïna a Barcelona.*, Ajuntament Barcelona: Lab. Sociologia. ICESB.

Ditton, J. y Hammersley, R. (1994). The Typical Cocaine User. *Druglink* 9, (6): 11 – 14.

Dudish, S.A. y Hatsukami, D.K. (1996) Gender differences in crack users who are research volunteers. *Drug and Alcohol Dependence* 55-63.

Equipo de Investigación Sociológica, EDIS (2000) *El consumo de alcohol y otras drogas en el colectivo femenino*. Madrid: Instituto de la Mujer

Equipo Terapéutico del Programa Cocaína Proyecto Hombre-Madrid (2000) Programa Cocainómanos. Proyecto Hombre Madrid. *Proyecto Hombre* 33, 20-21.

Featherstone, M. (2000) Cyberspace, cuberbodies, cyberpunks. Cultures of technological embodiement. Londres: Sage Publication

Freud, S. (1980) *Escritos sobre la cocaína*, Barcelona: Editorial Anagrama.

Galindo, A. (2000) "Manejo del paciente con dependencia a la cocaína". *Trastornos Adictivos* 2, 122-132.

Gallego, A. (1992) "Revistas femeninas, el paraíso de las multinacionales". (No publicado)

Gamella, J.F, Alvarez, A. (1997) *Drogas de síntesis en España. Patrones y tendencias de adquisición y consumo*, Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

García, N. (2000) Consumos de cocaína en usuarios en tratamiento con metadona. *Proyecto Hombre* 35, 9-11.

Green, A., Pickering, H., Foster, R., Power, R. Stimson, G.V. (1994). Who Uses Cocaine?. Social Profiles of Cocaine Users. *Addiction Research* 2 (1) 1: 141 – 154.

Hartman, D.M. Golub, A. (1999) The Social Construction of the Crack Epidemic in the Print Media. *Journal of Psychoactive drugs* 31, 423-433.

Inciardi, J.A. Lockwood, D., Pottieger (1993) *women and crack cocaine*. New York: Mcmillan Publishing Company

Ingold, R, Toussirt, M. (2000) El crack en París. *Interdependencias* 8-8.

Jamoulle, P. (2000) Drogues de rue. Récits et stile de vie. Bruxeles: De Boeck Université

Jessor, R. (1991) Risk behaviour in adolescence: a psychological framework for understanding and action" in *Journal of adolescent Health* 12: 597-605.

Kaplan, C.D., Husch, J.A. and Bieleman, B. (1994) The prevention of stimulant misuse. *Addiction* 89.

L. de la Fuente (1999) "La evolución del consumo de cocaína en España" en Anales de psiquiatría. 4º Congreso de la Sociedad Española de Epidemiología Psiquiátrica.

Laespada y Salazar (1999) "Las actividades no formalizadas de los jóvenes" en Elzo et al., *Jóvenes españoles 99.* Madrid: Fundación Santa Maria

Logan, T.K., Leukefeld, C. (2000) Sexual and drug use behaviours among female crack users: a multi-site sample. *Drug and Alcohol Dependence* 58, 237-245.

Mañas, J.A. (2000) *Historias del Kronen*. Barcelona: destino

May, R. (1992) La necesidad del mito. La influencia de los modelos culturales en el mundo contemporáneo. Barcelona: Paídos

Megías E, Comas D, Elzo J, Navarro J, Vega A (1999) *Los docentes españoles y la prevención del consumo de drogas*, Madrid: FAD.

Megías, E., Comas, D., Elzo, J., Navarro, J. Romaní, O. (2000) *La percepción social de los problemas de drogas en España*, Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.

Morel, A (2000) Prévenir les toxicomanies. Paris: Dunot

Musto, D (1973) *The American disease: origin of Narcotic control*. NY. Oxford University Press.

Nabben, T., Korf, D.J. (1999) Cocaine and crack in Amsterdam: Divering Subcultures. *Journal of Drug Issues* 3, 627-652.

Navarro, M. y Rodríguez, F. (2000) Nuevas estrategias en el tratamiento de la cocaína. *Proyecto Hombre* 5-9.

Observatorio Español sobre Drogas (2000) *Informe nº 3*, Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

Observatorio Español sobre Drogas (2001) *Informe IV*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas

Ochoa, E. (2000) Cocaína y comorbilidad psiquiátrica. *Zaguán* 14.

Ochoa, E.(2000) Cocaína, la gran desconocida. *Zaguán*, 14.

Organización Mundial de la Salud (1994) Iniciativa de la Organización Mundial de la Salud sobre la Cocaína. *Interdependencias* 22-26.

Palmer,C.,Horowitz,M (1982) Mujeres Chamán, Damas Iniciáticas. Escritos de mujeres en la experiencia con drogas (Castellar de la Frontera), Castellarte-Edición Multicultural.

Powis, B., Griffiths, P., Gossop, B.A., Strang, G. (1996) "The differences between male and female drug users: community samples of heroin and cocaine users compared". *Substance Use and Misuse* 5, 529-543.

Roig-Llavería, J., Guerrero, M., Faure, E., Sedó, C., Jokin, Guerrero, J.J. (2000) "Consumo de cocaína en usuarios de metadona" *Revista Española de Drogodependencias* 25, 182-198.

Rouault, T. (1996) *Dossier cocaïne*. Toxi Base: Réseau national de documentation sur les pharmacodépendances. Lyon

Santos, M. (2000) Crack. La cultura del "Boliche" en Las Palmas de Gran Canaria. *Policía Judicial* 49-52.

shields, D., Carol, J., Balbach, E. (1999) Hollywood on tobacco: how the entertainment industry understand tobacco portray. *Tobacco Control* 378-386.

Sissa, G. (2000) *El placer y el mal. Filosofía de la droga*, Península.

Sterk C.E., Dolan, K. Y Hatch, S. (1999) "Epidemiological Indicators and Ethnographic Realities of Female Cocaine Use" en Substance Use & misuse 34 (14): 2057-2072

Sterk-Elifson, C. (1997) ¿Solo para divertirse?: Uso de la cocaína en mujeres de clase media. *RET. Revista de Toxicomanía* 10.

Stocco, P., Llopis, J.J., DeFazio, L., et al. (2000) Women drug abuse in Europe: gender identity (Venezia: IREFREA, European Commission)

Takanishi, R. (1993) The opportunities of adolescence Research, interventions and policy: Introduction to the special issue. *American Psychologist* 48: 85-87

Tylor, A. (1993) *Women drug users: An ethnography of a female injecting community*. Oxford: Clarendon Press

Van Meerten, R. and De Bie, E. (1997) ¿Locos por la coca?. Cocaína: Efectos, Problemas y Tratamiento. *Adicciones* 9, 617-642.

Van Meerten, R. and De Bie, E. (1997) *Cracked by coke*, INTRAVAL/NeVIV.

Vielva, I. (2000) "Extensión y características del consumo de drogas ilegales" en Elzo et, al, *La cultura de las drogas en los jóvenes, ritos y fiestas*. Vitoria: Gobierno Vasco: 81-138

Weissmann, P. (2000) Discursos asociados al uso de drogas (1955-1980). *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina* 46, 33-40.

Westermeyer, J. (1996) "Cultural Factors in the control prevention, and treatment of illicit drug use: The earthling' psychoactive trek" En W.K. Bicker y J. R. Degrandpre (ed) Drug Police and Human Nature. Psychological perspective on the prevention, management, and treatment of illicit drug abuse. New York: Plenum Press: 99-124.

Uso recreativo de cocaína por los jóvenes de la Comunidad Valenciana*

Torres Hernández, M.A.

Jefe Clínico. Unidad de Alcoholismo y Toxicomanías de Torrent (Valencia)
Trabajo financiado por el INID y forma parte del Proyecto SONAR.

RESUMEN

Hemos estudiado a 169 consumidores frecuentes de cocaína, hallados en una muestra de 736 jóvenes entrevistados en las puertas de los lugares de diversión de la Comunidad Valenciana durante los fines de semana de 1999. En comparación con los no consumidores de cocaína de la misma muestra nos encontramos que se trata normalmente de policonsumidores de drogas, con edades de inicio más tempranas en drogas como tabaco, alcohol y cannabis, que salen con mucha más fines de semana al mes y más noches cada fin de semana, también salen más entre semana y cuando sales lo hacen durante más horas.

También en comparación con los otros jóvenes que salen los fines de semana se consideran peores estudiantes, hay menos universitarios y los hay más que trabajan, con menor dependencia familiar. Los consumidores de cocaína gastan por fin de semana en drogas ilegales 33 € (los no consumidores de cocaína 7,8 €) y en alcohol 24 € (los no consumidores 12 €).

Consideran que la cocaína es una sustancia difícil de abandonar así como el alcohol. Suelen embriagarse con más frecuencia y tienen más problemas a la hora de conducir. Son en conjunto por tanto una población de elevado riesgo.

Palabras clave: *cocaína, vida recreativa, fin de semana, Policonsumo, consumo de drogas, jóvenes.*

ABSTRACT

We studied 169 frequent cocaine users, in a sample of 736 young people, interviewed at the door to recreational venues in Communidad Valenciana during the weekends in 1999. In comparison with non-users of cocaine in the same sample, we found that they are normally multiusers of drugs with earlier ages of initiation into such drugs as tobacco, alcohol and cannabis, that they go out more weekends per month and more nights each weekend. They also go out more midweek, and when they do go they stay out for longer.

In addition, in comparison with the other young people who go out at weekends, they consider themselves to be poor students, there are fewer at university and more who are working with less dependence on their family. Cocaine users spend 33 € per weekend on illegal drugs (non-cocaine users 7.8 €) and 24 € on alcohol (non-users 12 €).

They consider that cocaine is a difficult substance to give up as is alcohol.

They generally get drunk with a higher frequency and have more driving-related problems. They are, therefore, taken as a whole, a high risk population.

Key words: cocaine, recreational life, weekend, multiuse, drug use, young people.

INTRODUCCIÓN

Todos sabemos que la cocaína es una sustancia de uso cada vez más frecuente entre los jóvenes y los menos jóvenes como acompañante de la vida recreativa nocturna. En este estudio deseamos abordar uno de los espacios donde el consumo de drogas puede ser más frecuente, que es el de la vida recreativa y lúdica. La cocaína, como sustancia psicoestimulante, puede, además ser un instrumento para animarse, para pasar la noche despierto y ejercer unas funciones de refuerzo psicológico muy apetecible para algunas personas.

El presente trabajo, forma parte de un estudio multicéntrico en la Comunidad Valenciana, en el contexto de los lugares de ocio y diversión a lo largo de los fines de semana, durante 1999. Hemos investigado sobre el consumo de esta sustancia, en las diversas formas, ambientes y situaciones en la que la usan los jóvenes valencianos

* Trabajo financiado por el INID (Valencia)

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Tras los estudios realizados en el ámbito europeo y español por la organización IREFREA (red europea dedicada al estudio de prevención y los problemas de la juventud en Europa), sobre el uso recreativo de drogas entre los jóvenes en sus salidas nocturnas, nos planteamos conocer la vida recreativa nocturna en la Comunidad Valenciana (Alicante, Castellón y Valencia). El objetivo principal era investigar como se consumen las sustancias que pueden crear dependencia en los ambientes habituales de diversión, especialmente por las noches del fin de semana. En este trabajo nos concentraremos en los datos sobre la cocaína. El incremento de consumo de cocaína en los últimos tiempos es preocupante en la Comunidad Valenciana según los datos tanto del Plan Nacional sobre Drogas (1999, 2001) como los diversos estudios de IREFREA

Empleamos un instrumento y la metodología que ha sido común para los diversos estudios sobre vida recreativa nocturna propuestos en los estudios de Irefrea (CALAFAT et al, 1999). El cuestionario empleado sirve para recoger información sobre tipo de lugares frecuentados, como van, cuanto gastan, qué motivos tienen para ir, así como el tipo de música y ambiente preferidos, las características sociodemográficas de los grupos de jóvenes y los tipos de consumos que se vienen realizando por ellos y algunas características conductuales de desviación social y de evaluación del riesgo y conductas que implicaban riesgo para ellos y para los demás, así como de búsqueda de sensaciones.

Para realizar la recogida de datos participaron una serie de profesionales entrenados en sondeos y encuestas conocedores de los espacios de la vida recreativa nocturna de las tres ciudades de la Comunidad. Los sondeos se realizaron en zonas específicas de ocio y recreo, que abundan en nuestra comunidad.

Se encuestaron un total de 736 jóvenes de las tres provincias valencianas en las puertas de los lugares de ocio donde acudían representando a diferentes zonas de diversión de las tres capitales, buscando una variedad de ambientes. Las edades de los encuestados oscilaban entre los 15 y los 24 años. También se eligieron diferentes tipos de lugares de esparcimiento. Se han elegido para este estudio a los que manifestaron que consumían cocaína con frecuencia, lo cual supone un grupo de 169 jóvenes y 736 no consumidores o que la habían probado en escasas ocasiones. Definimos el consumo de cocaína frecuente a efectos de este estudio a aquellos consumidores de cocaína de varias veces al mes, una vez por semana, varias veces por semana o consumidores diarios. Los encuestados no han sido elegidos de forma aleatoria, sino que se trata de una población que aceptó la participación voluntaria con los encuestadores a las puertas de los lugares de ocio, es decir, en principio un estudio descriptivo. Cuando hemos deseado comparar las respuestas de los consumidores con las de los que no lo han hecho, los hemos sometido a la prueba de χ^2, aceptando como buena la diferencia de $p<0,05$.

RESULTADOS

La proporción de consumidores de cocaína cambia en esta muestra según las ciudades (Valencia: 18%, Alicante: 24,6% y Castellón: 26,8%) sin que ello tenga que interpretarse como una cuestión que tenga relevancia respecto al reparto de consumidores en la población general de dichas ciudades pues no se trata de un muestreo aleatorio.

La edad media de los encuestados era de unos 22 años, distribuidos en un 14,7% entre 14 y 17 años, 56,3% de 18 a 24 y 29% de 25 o más. La moda de edad son los 18 años. Por grupos de edad los consumos de cocaína son los siguientes: grupo de jóvenes, consumen el 6,5%, no consumen el 17,1%; desde 18 a 24 años, consumen el 57,4%, no consumen el 55,9%. Los de 25 o más son consumidores el 36,1%, no consumen el 26,9%. Es decir, el grupo de 18 a 24 son los más consumidores de cocaína y, a su vez, el grupo de edad que menos consume.

Por grupos de jóvenes nos encontramos las siguientes distribuciones: adolescentes: consumidores de cocaína 15,1%, no consumidores de ese grupo el 84,9%; jóvenes 'normalizados': consumidores 7,7%, resto de normalizados no consumidores 92,3%; 'frecuentadores de after hours', consumidores el 48,2%, no consumidores del grupo 51,8%; 'alternativos': consumidores el 28%, no consumidores el 72% de ese grupo. Por lo que consideramos que los after hours son los más consumidores de cocaína, seguidos de los alternativos y de los adolescentes (p=0,000).

Como características generales importantes podemos considerar que la mitad de los entrevistados los podemos considerar como habituales de los after hours, mientras que una cuarta parte (26%) pertenece a jóvenes interesados o pertenecientes a movidas alternativas. Alrededor de un 12% tienen como característica principal ser muy jóvenes y otra proporción igual los podemos considerar como jóvenes más normativos (es decir que no presentan características sociológicas acentuadas como las presentadas anteriormente).

Por sexo una mayoría (75,1%) son varones, comparado con un 55% de varones entre los que consumen escasísimamente o no consumen (p=0,000) y una mayoría importante de encuestados son solteros, (82,2%), lo mismo que los escasamente consumidores y no consumidores (87%). Y es que, como era de esperar para ese grupo de edades, el resto de estados civiles apenas estaban representados. Además, se da la extraña circunstancia que eran más los divorciados o separados que los que habitualmente viven en pareja.

Ante los hechos señalados, es fácilmente comprensible que en el 66,3% de los casos, las personas objeto de estudio vivieran con sus padres, igual que los no consumidores aunque estos en una mayor cuantía (77%, p= 0,000). Aún así, como ellos mismos confesaron, el control que ejerce la familia sobre sus salidas nocturnas es más bien escaso en el 42%, por un 4,1% que declararon que era excesivo, entre los no consumidores se produce la misma situación, junto con un control familiar excesivo en un (7%, p=0,000).

No es fácil, tampoco, clasificar a estos jóvenes consumidores de cocaína por su nivel cultural o de estudios o por cómo se consideran ellos preparados. Este es un baremo poco definitorio ya que las respuestas obtenidas fueron tan diversas como las preguntas realizadas. Hay de todo en este grupo. Desde los que son titulados superiores y se consideran buenos estudiantes, hasta los que no tienen ni la educación primaria y se definen a sí mismos como muy malos estudiantes. Podemos decir que la formación es bastante aceptable en cuanto a nivel de estudios, por lo que los consumidores creemos que no deben estar muy faltos de información. La situación es algo mejor entre los no consumidores de cocaína, por grupos vemos que los universitarios no consumidores de cocaína son un 45% frente a un 24% de consumidores frecuentes, los que poseían educación secundaria fueron un 40%, frente a un 34% de consumidores y, los que habían hecho estudios primarios eran un 15%, frente a un 43% (p=0,000). Un 49% de los no consumidores se consideraron buenos o muy buenos estudiantes, frente a un 28% de los consumidores, por lo que parece ser que ese nivel de cumplimiento académico se ve favorecido entre los no consumidores (p=0,000).

Y claro, si el nivel cultural es diverso, sus ocupaciones, por fuerza, también deben serlo. Entre la muestra de consumidores de cocaína más de un tercio tenían trabajo fijo, una cuarta parte sólo lo tenían temporal y el resto, o estudiaban y trabajaban a la vez, o sólo estudiaban. Se da la extraña circunstancia -quizás no tan extraña si se piensa que para consumir drogas se necesita un alto poder adquisitivo- de que sólo el 7,7% estaban en el paro. Comparados con los no consumidores, vemos que: menos de una cuarta parte tienen trabajo fijo, un 12% trabajo temporal, un 20%, estudian y trabajan y un 41% estudiaban y un 20% estudian y trabajan, es decir, son más los que se dedican a estudiar

entre los no consumidores que entre los consumidores. Fundamentalmente estaban trabajando y tenían un cierto poder adquisitivo un 60% de los encuestados (consumidores de cocaína), por lo que las posibilidades de comprar cocaína son importantes. Además de que el nivel socioeconómico familiar es medio o medio alto en ambos grupos (p=0,000), por lo que el disponer de algún poder adquisitivo facilita dicho consumo (Calafat, et al. 2000)

De todos los datos de la **tabla 1**, no cabe duda, que lo más significativo es la ingente cantidad de usuarios frecuentes de cocaína que consumen diariamente tabaco, alcohol y, sobre todo, cannabis, frente a los no usuarios de cocaína que se mantiene en consumos muy discretos o muy escasos de las diversas sustancias, lo que indica que los consumos de drogas suelen ser diversos y favorecedores unos de otros. Y es que, las personas que asocian el consumo de esta sustancia con otras drogas, sean legales o no, lo hacen en su gran mayoría de forma habitual. No es frecuente el usuario único de cocaína.

Tabla1. CONSUMOS DE OTRAS DROGAS ENTRE LOS CONSUMIDORES DE COCAÍNA RESPECTO A LOS NO CONSUMIDORES DE COCAÍNA.

DROGA	VARIAS VECES AL MES*	UNA VEZ A LA SEMANA	VARIAS VECES A LA SEMANA	DIARIO*
ALCOHOL P=0,000	**3,6%** 10,9%	**15,4%** 27,2%	**47,3%** 42%	**27,2%** 6%
CANNABIS P=0,000	**7,1%** 6,3%	**3,6%** 2,3%	**28,4%** 13,4%	**47,3%** 12,3%
TRANQUILIZANTES P=0,000	**2,4%** 0,7%			**0,6%** 0,3%
HIPNÓTICOS P=0,000	**5,3%** 0,5%			**0,6%** 0,1%
ANFETAMINAS P=0,000	**4,7%** 1,9%	**3%** 0,5%	**0,6%** 0	**1,2%** 0
ÉXTASIS P=0,000	**14,2%** 2,4%	**4,1%** 0,3%	**1,8%** 0,7%	**0,6%** 0
LSD P=0,000	**4,1%** 0,8%	**1,2%** 0,3%	**1,8%** 0	**0,6%** 0
HEROÍNA P=0,000	**1,2%** 0		**0,6%** 0	**1,2%** 0
TABACO P=0,000	**0,6%** 1,9%		**3%** 4,2%	**85,2%** 49%

*** En negrita los resultados correspondientes a los consumidores de cocaína**.

A medida que avanza la tabla en las frecuencias, las drogas legales mantienen su porcentaje de consumo pero aparecen otras menos generalizadas entre la población como el éxtasis, los hipnóticos, el LSD etc...

La edad media más frecuente de iniciación al consumo de cocaína (ver **tabla 2**) es la de 18,5 años, con oscilaciones entre más o menos 5 años (13-23 años). Siempre la edad de inicio temprana ha sido un tema preocupante en todos los estudios relacionados con la drogadicción por su relación con futuros abusos. En la tabla 2 no es de extrañar que sean el alcohol, el tabaco y el cannabis (por ese orden) las primeras sustancias que tomaron dichas personas, incluso antes de contar con 10 años de edad. El alcohol y el tabaco se sitúan sobre los 14 años, el cannabis a los 16 y las anfetaminas o el éxtasis a los 17 años. Es preocupante ver como en el período comprendido entre los 11-15 años hay un 9,5% de los casos que se inician con la cocaína. Los no consumidores de cocaína o escasos consumidores presentan unas edades relativamente mayores, a excepción de heroína y hongos alucinógenos (p=0,000)

Tabla 2.EDADES DE INICIACIÓN AL CONSUMO DE LAS DROGAS EN LOS USUARIOS DE COCAÍNA EN COMPARACIÓN CON LOS NO CONSUMIDORES DE COCAÍNA.

DROGA	HASTA 10	11-15	16 O MÁS	MEDIA*
ALCOHOL	6%	70,2%	23,8%	**14±2** 15±1,7
CANNABIS	1,2%	61,9%	38,1%	**15±1,78** 16±1,8
TRANQUILIZANTES	—	20,5%	79,5%	**18±3,9** 18±6
HIPNÓTICOS		10,2%	89,8%	**18,8±3,7** 19±2,9
ANFETAMINAS		23,5%	76,5%	**17±2** 17±2
ÉXTASIS		18,8%	81,2%	**17±2** 17±2
LSD		20%	80%	**17±1,8** 17±1,6
COCAÍNA		9,5%	90,5%	**18±5** 19±1
HONGOS ALUCINÓGENOS		37,5%	62,5%	**16,5±2,2** 16±1,4
HEROÍNA		6,3%	93,7%	**18,4±2,13** 16±0,01
TABACO	2,5%	74,7%	25,3%	**14,2±1,8** 15,5±1,9

*** En negrita la edad media de los consumidores de cocaína.**

A la hora de valorar (ver **tabla 3**) donde se producen las salidas de estos jóvenes nos encontramos que tanto a menudo como muy a menudo acuden por este orden: discotecas, bares, cafeterías, after hours, clubes y fiestas privadas. Los no consumidores, suelen ir con menos frecuencia a bares, púbs, clubes, after hours, parties y otros, y un poco más frecuentemente a cafeterías. Es decir a lugares de menor riesgo de consumo (p=0,000).

Tabla 3. VIDA RECREATIVA NOCTURNA DE LOS CONSUMIDORES DE COCAÍNA					
	LUGARES A LOS QUE SUELEN IR				
LUGARES	**NUNCA***	**A VECES***	**A MENUDO***	**MUY A MENUDO***	**MEDIA***
BARES	**3,6%**	**34,9%**	**32,5%**	**29%**	**2,8±0,8**
	6,5%	40%	31,2%	22,3%	
DISCOTECAS	**5,9%**	**37,9%**	**25,4%**	**30,8%**	**2,8±0,9**
	17,3%	45,3%	22,5%	14,9%	
PUBS	**3%**	**18,3%**	**30,2%**	**48,5%**	**3,2±0,8**
	2,7%	22,3%	35,5%	39,5%	
CAFETERÍAS	**29,6%**	**44,4%**	**15,4%**	**10,7%**	**2±0,9**
	24,7%	35,6%	26,3%	13,3%	
CLUBS	**65,1%**	**23,7%**	**3%**	**7,1%**	**1,5±0,8**
	80,7%	9,8%	6,4%	3%	
AFTER HOURS	**30,2%**	**43,2%**	**17,8%**	**8,9%**	**2±0,9**
	75,3%	18,1%	3,2%	3,4%	
PARTY	**71%**	**20,1%**	**3%**	**5,9%**	**1,4±0,8**
	86%	11,1%	1,4%	1,4%	
OTROS	**65,4%**	**16%**	**7,4%**	**10,5%**	**1,6±1**
	66,6%	18,8%	7,1%	7,5%	

*** En negrita los valores de los consumidores de cocaína.**

En una muestra más amplia de jóvenes que salen de marcha reclutados de la misma forma pero correspondientes al territorio nacional hay algunas diferencias pues prefieren primero los bares, seguidos de los púbs (Calafat et al, 2000). Por tanto cabe pensar que es en discotecas donde se produce con mayor frecuencia el consumo de cocaína.

Tipos de música preferidos.

Seleccionar un único tipo de música es difícil, por eso, las personas preguntadas dieron una relación compuesta por tres opciones. De entre todas hay que destacar por el número de preferencias al house, líder en la primera opción. Por detrás, se encontraría el pop y, ya más rezagados, a varios puntos de distancia, otros como el hardcore, la salsa o el rock.

Los no consumidores de cocaína dieron el siguiente orden de preferencia del tipo de música: Pop, house, rock, salsa y hardcore.

Por lo que respecta al ambiente en que se mueven y el tipo de música preferido, hemos señalado el house, pop y el rock, un poco diferente a los encuestados españoles en los trabajos de Calafat (2000) donde cambian el orden por: rock/heavy metal, pop/melódica y house en tercer lugar. Sin embargo, los europeos entrevistados para el primer trabajo SONAR (Calafat, 1999) hicieron la misma selección musical que los jóvenes valencianos.

Frecuencia de salida los fines de semana.

Otro baremo no menos importante para analizar los hábitos de salida es el tiempo que dedican a salir. Las respuestas indican que la mayoría de los consumidores de cocaína sale tres o cuatro fines de semana al mes, mientras que los no consumidores o escasamente consumidores lo hacen dos fines de semana o uno. En cada fin de semana los consumidores de cocaína normalmente salen dos noches en la mitad de los casos y hasta tres, una tercera parte. Hablamos aquí de noches en general, pero por acortarlo, la noche media siempre es superior a cinco horas de marcha, llegando a extenderse a 15 ó 20 en

algunos casos. Es decir, salir más noches y más horas es factor asociado con el consumo frecuente de cocaína.

El número más frecuente de bares, clubes, etc. que visitan los consumidores de cocaína es el de 3 a 5 lugares, mientras que los no consumidores el número que suelen visitar es el de 3 ó 4 (p=0,000).

Entre los encuestados para la muestra SONAR española, y los europeos, lo habitual también es salir esos 3 ó 4 fines de semana al mes, a modo de globalización de la forma de salir y divertirse.

Salidas durante la semana (lunes a jueves).

Más de la mitad del grupo anterior de jóvenes salen de fiesta, además, entre semana. Y aunque hay otra mitad que no sale, los primeros cumplen con creces de lunes a jueves. Entre los consumidores de cocaína la frecuencia de salida durante la semana es de un 30% (p=0,000). De entre estos jóvenes consumidores de cocaína que salen entre semana, hay casi un 27% que salen todos y cada uno de los días. Otros (un 33%) lo hacen sólo una noche, el resto se reparte entre dos y tres ocasiones. Entre los no consumidores, lo más frecuente ha sido salir una noche el 14% y los que han salido todas las noches han representado un 4%. Es decir, nos encontramos que a mayor número de salidas a lo largo de la semana, hay mayor vinculación con el consumo frecuente de cocaína (p=0,000).

Tabla 4. RAZONES PARA SALIR DE MARCHA

RAZONES	NADA IMPORTANTE*	POCO IMPORTANTE*	IMPORTANTE*	MUY IMPORTANTE*
BAILAR	**13%**	**31,4%**	**34,3%**	**20,7%**
P=0,000	13,2%	22,8%	39,6%	23,7%
REUNIÓN CON AMIGOS	**1,2%**	**6,5%**	**36,7%**	**55,6%**
P=0,000	1%	1,4%	25,4%	71,5%
BUSCAR SEXO	**23,7%**	**21,9%**	**19,5%**	**34,9%**
P=0,000	39,4%	25,3%	16,6%	18,2%
BUSCAR PAREJA	**40,2%**	**30,8%**	**13,6%**	**14,2%**
P=0,005	37,5%	30,2%	18,4%	13%
DESCONECTAR DE LA RUTINA DIARIA	**1,8%**	**7,7%**	**34,9%**	**53,8%**
P=0,0004	4,6%	7,2%	38,9%	48,3%
CONSUMIR DROGAS	**10,7%**	**23,7%**	**36,1%**	**29,6%**
P=0,000	67%	18%	7,7%	6,7%
OÍR MÚSICA	**5,3%**	**25,4%**	**34,3%**	**34,9%**
P=0,000	6,1%	15,2%	50,2%	27,4%

*** En negrita los valores de los consumidores de cocaína.**

La **tabla 4** muestra como las razones más frecuentes en general para toda la muestra para salir de marcha son reunirse con amigos, desconectar de la rutina diaria, oír música, buscar sexo o bailar. Si ya exploramos separadamente los datos vemos que para los consumidores de cocaína un 65,7% consideran 'importante' o 'muy importante' para salir de marcha el consumo de drogas, mientras que sólo un 14,4% de los no consumidores lo ven importante. Los no consumidores destacan además por valorar más reunirse con los amigos. Otros aspectos indican algunas diferencias pero no son tan estridentes.

Entre las razones para elegir un lugar de diversión (**tabla 5**) el grupo de los encuestados apenas se diferencia del resto de jóvenes españoles, cuando eligen un lugar de marcha buscan la afinidad con sus gustos, con el tipo de gente, con el tipo de música, etc... Entre las razones para elegir los lugares de diversión entre los que habían consumido cocaína, son consideradas importantes o muy importantes: el tipo de música, el ambiente, el tipo de gente que va a los sitios, el tipo de drogas que se pueden obtener, los precios, la posibilidad de ligar, etc. Algo diferente se manifestaron otros grupos españoles encuestados, en los que el ambiente predominaba sobre el tipo de música, como en el caso anterior

Tabla 5. RAZONES PARA ELEGIR UN LUGAR DE DIVERSIÓN

RAZÓN	NADA IMPORTANTE*	NO MUY IMPORTANTE*	IMPORTANTE*	MUY IMPORTANTE*
TIPO DE GENTE	**10,7%**	**23,1%**	**36,1%**	**30,2%**
P=0,000	1,7%	9,2%	41,9%	46%
PRECIOS	**14,2%**	**32%**	**36,1%**	**17,8%**
P=0,000	5,6%	22,1%	45,1%	26,5%
DROGAS	**16%**	**28,4%**	**34,3%**	**21,3%**
P=0,000	62,1%	20%	10%	7,2%
DISTANCIA DESDE CASA	**27,2%**	**51,5%**	**13%**	**8,3%**
P=0,000	21,2%	40,3%	29,9%	7,4%
POSIBILIDAD DE LIGAR	**26%**	**20,7%**	**29%**	**24,3%**
P=0,000	30,2%	26,7%	26,1%	16,2%
TIPO DE MÚSICA	**5,3%**	**12,4%**	**49,1%**	**33,1%**
P=0,000	1,2%	4,7%	49,5%	43,8%
AMBIENTE	**3,6%**	**7,1%**	**34,9%**	**54,4%**
P=0,000	0,5%	1,4%	34,6%	76,9%

*** En negrita los datos correspondientes a consumidores de cocaína.**

Para los no consumidores, ha sido más importante el elegir los lugares por el tipo de gente, los precios, el tipo de música y el ambiente, mientras que no ha sido nada importante el consumo de drogas o la posibilidad de ligar (p=0,000)

Como sabemos es importante la influencia del grupo de amigos sobre los hábitos de consumo y estilos de vida. Quizá por eso, se entienda que la tercera parte de los encuestados afirmen que "todos" sus amigos suelen salir con ellos de fiesta, y que un 36,1% digan que la mitad de ellos. Como vemos son la mayoría de los amigos los que salen de marcha, muy a menudo formando parte del ambiente del consumidor y usuario de vida recreativa nocturna y que consume cocaína. Ocurre una situación parecida entre los no consumidores de cocaína, aunque ellos afirman más bien que son muchos de ellos los que salen, seguidos de todos ellos y la mitad de ellos (p=0,000).

La mitad de los usuarios, (un 51%) recorren largas distancias para ir a los lugares de marcha, mientras que la otra mitad no lo hacen. Junto con eso, una vez que salen, la mayoría visita cuatro lugares de diversión distintos (un 61,7%), mientras que el resto aún alargan más el trayecto. Los no consumidores recorren largas distancias en un 23%, mientras que no lo hacen en un 77%, es decir, entre los consumidores hay mayores desplazamientos para buscar más vida recreativa (p=0,000)

La **tabla 6** además, no deja lugar a dudas de los medios de locomoción seleccionados para ir de fiesta: el coche, ya sea propio o de un amigo, y la moto, copan las primeras posiciones. Siempre hay un vehículo y eso es un factor de riesgo para sus vidas y las de los demás, eso entre los consumidores frecuentes de cocaína. Los no consumidores usan menos el coche propio, más el transporte público, el taxi, la bicicleta y otros medios.

Tabla 6. MEDIO DE TRANSPORTE UTILIZADO

MEDIO EMPLEADO	SÍ*	NO*
MI COCHE	**49,7%**	**50,3%**
P=0,000	44,2%	55,3%
COCHE DE MIS AMIGOS	**69,8%**	**29,6%**
N.S.	62,8%	36,8%
TRANSPORTE PÚBLICO	**7,7%**	**91,7%**
P=0,000	15,2%	84,4%
TAXI	**9,5%**	**89,9%**
P=0,000	19,6%	80%
MOTO	**26,6%**	**72,8%**
N.S.	21,7%	77,6%
BICICLETA	**1,8%**	**97,6%**
N.S.	3,7%	95,9%
OTROS	**16,6%**	**81,1%**
P=0,000	34,1%	62,4%

*** En negrita los resultados correspondientes a los consumidores de cocaína.**

Tabla 7. PROCEDENCIA DEL DINERO PARA GASTAR LOS FINES DE SEMANA

PROCEDENCIA (p=0,000)	CONSUMIDORES COCAÍNA	NO CONSUMIDORES
DE LA FAMILIA	**27,2%**	52,9%
TRABAJO FIJO	**36,7%**	24,7%
TRABAJO TEMPORAL	**26,6%**	18,5%
BECA ESCOLAR	**1,2%**	0,7%
PENSIÓN SEGURIDAD SOCIAL	**1,2%**	0,1%
OTROS RECURSOS (INCLUIDO TRAPICHEO)	**7,1%**	2,8%

Como era de esperar, la familia es la abastecedora de fondos para ambos grupos, más en los no consumidores, mientras que en estos, es más frecuente el trabajo fijo o el trabajo temporal.

Tabla 8. DINERO QUE GASTAN COMO MEDIA EN SALIR DURANTE LA SEMANA		
CONCEPTO	**MEDIANA***	**MEDIA***
COMIDAS	**1000**	**1927±2552**
	1000	1595±1789
TRANSPORTE	474	**401±1347**
		474±970
ENTRADAS	**1000**	**1468±1844**
	500	762,66±884,42
ALCOHOL	**4000**	**4646±3328**
	2000	2246,64±1837,7
TABACO	**2000**	**2115±1358**
	650	1038±1166
DROGAS ILEGALES	**5500**	**8811±7608**
	1300	1387±3015

*** En negrita los valores correspondientes a los consumidores frecuentes de cocaína.**

Delimitado el tiempo y la forma en la que los jóvenes salen de marcha, habría que acotar de dónde sacan el dinero para gastárselo en esas salidas. Así, la mayoría (**tabla 7**) reciben sus recursos de su propio trabajo (sea fijo o temporal), o de la familia. Sólo un pequeño porcentaje (el 7%) señalan "otras" fuentes de financiación entre las que está incluido el "trapicheo".

La distribución del gasto (**tabla 8**) es claro. La mayor cantidad de dinero es para las drogas ilegales, alcohol y tabaco (por ese orden). De lado quedan las necesidades más básicas como el transporte o la comida. Los no consumidores, lógicamente gastan mucho menos en drogas, alcohol, tabaco y entradas en clubes y otros espectáculos, es decir, no consumir drogas, implica menos gasto de dinero.

El dinero que suelen gastar en las noches de marcha, incluidos sus consumos, procede, en primera opción, de su trabajo fijo, su familia, trabajo temporal, otros recursos. La media de gasto en salir durante la semana es, en primer lugar, en drogas ilegales 5500 Ptas., alcohol 4000 Ptas., tabaco 2000 Ptas., comidas 1000 Ptas., entradas a lugares 1000 Ptas. Estas cifras se merecen una consideración seria ya que parte de ese dinero sale de las asignaciones familiares o de los trabajos que desempeñan estos jóvenes que lo usan para divertirse o pasarlo bien. En el caso de los no consumidores la asignación, como decíamos, sale fundamentalmente de las familias, por lo que, como hemos dicho anteriormente, el consumo de drogas es favorecido por un mayor poder adquisitivo del joven que sale de marcha y dispone de más cantidad de fondos.

En los otros resultados de las investigaciones realizadas desde Irefrea con muestras similares (Calafat, 1999, 2000), nos encontramos que las cantidades gastadas en las salidas nocturnas, también eran cuantiosas, aunque son superiores las obtenidas en nuestro trabajo, y se aproximan más a las de ciudades como Madrid o Palma de Mallorca.

Los consumidores, lógicamente, consideran el alcohol y el cannabis como las sustancias que más enganchan y que, por tanto sería más difícil de dejar. A distancia, como se puede observar en la tabla nº 9, queda la cocaína. Esto indica que después del alcohol y el tabaco, es ésta sustancia la más complicada de abandonar.

Tabla 9. DE TODAS LAS DROGAS CONSUMIDAS ¿CUÁLES SERÍAN LAS MÁS DIFÍCILES DE ABANDONAR?		
DROGA	**CONUMIDORES COCAÍNA (n=162)**	**NO CONSUMIDORES COCAÍNA (n=386)**
ALCOHOL	38,,9%	42,7%
CANNABIS	21,6%	10,1%
TRANQUILIZANTES	0,6%	0,5%
HIPNÓTICOS	0,6%	0,2%
ANFETAMINAS/SPEED	1,2%	0,2%
ÉXTASIS	0,6%	
LSD	0,6%	1%
CRAK (BASE)	3,1%	1%
COCAÍNA	9,3%	0,2%
HONGOS ALUCINÓGENOS	0,6%	
HEROÍNA/OPIÁCEOS	0,6%	
TABACO	13%	22,7%

A la hora de preguntarles cuales serían las drogas que más les costaría abandonar (**tabla 9**), nos respondieron, en primera opción con el siguiente orden: alcohol, cannabis, tabaco, cocaína, crack y anfetaminas. Por el contrario, los no consumidores, con menos conocimiento de causa, nos dan el siguiente orden: alcohol, tabaco, cannabis, LSD y crack, estos dos últimos muy alejados. Es decir, informan de las que son más corrientes o más accesibles (p=0,000). El alcohol y el cannabis, también suelen ser las drogas que les resultarían más difíciles dejar de consumir, como suele ocurrir entre los encuestados europeos y españoles, así como los consumidores más específicos de cannabis (Calafat, Fernández et al 2000). Es importante señalar que continúan consumiendo una droga a pesar de haber tenido problemas con ella el 58,6%.

Se preguntó si habían consumido drogas tras haber tenido problemas con ellas, entre los consumidores de cocaína y los no consumidores o escasamente consumidores y nos encontramos lo siguiente: Los consumidores de cocaína nos respondieron afirmativamente en un 56,9%, mientras que los no consumidores nos informaron que lo habían hecho en un 33,2% (p=0,000). Es curioso y llamativo que a pesar de conocer algún problema, se sigan consumiendo sustancias. Esto nos indica una persistencia en el mismo, a pesar de que en algún momento puedan no producir las situaciones tan placenteras que se buscan.

En la **tabla 10** podemos ver cuales son las drogas que les han podido ocasionar algún problema. Podemos observar que entre los consumidores de cocaína el alcohol, el cannabis, la cocaína, éxtasis, LSD y anfetaminas, mientras que los no consumidores de cocaína, nos dan el siguiente orden de frecuencias: alcohol, tabaco, cannabis, etc., drogas aparentemente más accesibles a los jóvenes en su vida recreativa (p=0,000).

Tabla 10. CONTINÚAN CONSUMIENDO DROGAS A PESAR DE HABER TENIDO PROBLEMAS POR CONSUMIRLAS		
DROGAS CONSUMIDAS A PESAR DE HABER TENIDO PROBLEMAS CON ELLAS	**CONSUMIDORES COCAÍNA (N=95)**	**NO CONSUMIDORES (N=198)**
ALCOHOL	53,7%	76,7%
CANNABIS	12,6%	6%
TRANQUILIZANTES	1,1%	
ANFETAMINAS	3,2%	
ÉXTASIS	7,4%	1%
LSD	7,4%	2,5%
CRACK (BASE)	1,1%	
COCAÍNA	8,4%	3%
HEROÍNA/OPIÁCEOS	3,2%	3%
TABACO	2,1%	6,5%

Normalmente consumen más de una sustancia en una misma noche (alcohol, cannabis, etc.) el 95,9% es decir la inmensa mayoría, cosa que no ocurre entre los no consumidores. Por tanto, un elevado porcentaje asocia tomar además alguna droga distinta de la cocaína: alcohol, cannabis, éxtasis, LSD, heroína, etc. Como sabemos el nivel de riesgos asumidos por el individuo aumenta con el número de sustancias que se consumen simultáneamente.

Tabla 11. DROGAS MÁS DE MODA EN SUS AMBIENTES		
DROGAS MÁS DE MODA EN SU AMBIENTE (P=0,000)	**CONSUMIDORES FRECUENTES DE COCAÍNA (N=165)**	**NO CONSUMIDORES DE COCAÍNA (N=511)**
ALCOHOL	15,2%	42,6%
CANNABIS	12,7%	34,8%
ANFETAMINAS	0,6%	0,7%
ÉXTASIS	7,9%	4,8%
LSD	0,6%	1,1%
CRACK (BASE)		0,1%
COCAÍNA	58,8%	12,9%
HEROÍNA/OPIÁCEOS	2,4%	0,3%
TABACO		0,7%
SPEED	0,6%	1,1%
TODAS ELLAS	0,6%	

Las drogas que ellos consideran más de moda en sus ambientes son: la cocaína, el alcohol, el cannabis y el éxtasis. Para los no consumidores de cocaína, el orden de frecuencia de las drogas más de moda en su ambiente es el siguiente: alcohol, cannabis, cocaína y éxtasis. La diferencia fundamental está en la cocaína, que para los primeros es su droga favorita y por la que les hemos considerado como grupo de consumidores. (**Tabla 11**)

Se repite la misma situación que se producía en los estudios de las ciudades europeas y el de las ciudades españolas del estudio Irefrea, en las que se prefería el alcohol, el cannabis, el tabaco, seguidos de la cocaína (nuestro estudio está basado en consumidores de cocaína). Similares resultados se han encontrado entre los consumidores de cannabis, realizado por Calafat et al (2000)

CONSUMO DE ALCOHOL

Por ser una de las sustancias tradicionalmente más consumidas, y en este caso, en el grupo de consumidores de cocaína, además de ser una de las que más aparece en las respuestas, merece un análisis aparte ese consumo de alcohol en los usuarios frecuentes de cocaína.

Tabla 12. EMBRIAGUECES EN EL ÚLTIMO MES

(P=0,000)	CONSUMIDORES DE COCAÍNA (N=169)	NO CONSUMIDORES (N=563)
A DIARIO	3%	0,8%
ALGUNAS VECES A LA SEMANA	20,7%	7,6%
UNA VEZ A LA SEMANA	13%	10,4%
ALGUNAS VECES AL MES	27,2%	24,8%
UNA VEZ	14,8%	16,6%
NINGUNA	21,3%	39,4%

La frecuencia de embriagueces en los consumidores es la de algunas veces al mes, seguidos de algunas veces a la semana y una vez al mes y una vez a la semana. Entre los no consumidores frecuentes de cocaína las diferencias en porcentajes y frecuencias son muy notorias. Como vemos son porcentajes extraordinariamente preocupantes, es decir, el consumo frecuente de cocaína, suele ir acompañado, en muchas ocasiones de consumos de alcohol que conducen a la embriaguez, una cuestión nada saludable y sí muy preocupante.

Esto nos pone en evidencia que, comparados con los estudios sobre jóvenes europeos y españoles, hemos encontrado mayores frecuencias en nuestra muestra, es decir, se emborrachan más a menudo, lo que asociado al consumo de cocaína, nos hace pensar que los riesgos son altos.

En este sentido, por ser una plasmación directa de los problemas que se derivan del consumo abusivo de bebidas alcohólicas, era obligado comprobar si habían conducido bajo los efectos de alcohol, hemos encontrado casi un 80% que sí lo han hecho, mientras que sí lo habían hecho un 51% de los que no habían abusado de cocaína (notable diferencia en contra de los consumidores frecuentes de cocaína) (p=0,000).

Tabla 13. CONSECUENCIAS POR BEBER Y CONDUCIR

(P=0,000)	CONSUMIDORES DE COCAÍNA (N=165)	NO CONSUMIDORES (N=552)
SER MULTADO	15,7%	3,4%
SER DETENIDO	6,7%	1,9%
ACCIDENTE DE TRÁFICO	24,2%	7,4%

Los consumidores frecuentes de cocaína han tenido muchos más problemas con el tráfico que los que no la consumen (accidentes, multas y detenciones) lo que nos indica que el consumo frecuente de cocaína entre nuestros jóvenes encuestados comporta consumo de alcohol y consecuencias negativas en cuanto a la seguridad vial. Vemos que nuestros encuestados han sido multados en más ocasiones que los europeos y españoles, han

sido detenidos, más o menos en la misma frecuencia que los europeos y más que los españoles, por la laxitud, según nuestro criterio, a la hora de observar y hacerse cumplir las normativas de tráfico.

Sin embargo, han sufrido menos accidentes de tráfico, los del estudio de la Comunidad Valenciana, para lo que no tenemos explicación lógica.

PERCEPCIÓN DEL RIESGO.

El consumir alcohol, tabaco y cannabis entre los consumidores frecuentes de cocaína (ver tabla 14) son consideradas como conductas de menor riesgo, mientras que el uso de otras drogas es considerado de mayor peligro, pero no por ello se deja de practicar su consumo. Destaca especialmente entre todas ellas la escasísima percepción de peligro en relación con el cannabis donde la inmensa mayoría no ve ningún o casi ningún peligro, lo cual está en consonancia con la situación actual reflejada a través de los medios de comunicación. Cuando comparamos una a una las percepciones de riesgo entre los consumidores frecuentes y los no frecuentes, nos encontramos lo siguiente, fumar cigarrillos es un poco peligrosa para los consumidores, mientras que para los no consumidores es considerado como muy peligrosa tal conducta. Fumar marihuana con regularidad se considera no peligrosa por los consumidores de cocaína, mientras que es considerada muy peligrosa por los no consumidores. Con el consumo de éxtasis cada fin de semana son coincidentes ambos grupos en considerarlo muy peligroso, igual que sucede con el consumo de LSD una vez al mes, ambos lo consideran muy peligroso. Por lo que respecta a la conducta alcohólica nos encontramos con grandes diferencias entre un grupo y otro: tomar 2 bebidas alcohólicas al día es no peligrosa para los consumidores de cocaína y un poco peligrosa para los no consumidores. Tomar 4 bebidas alcohólicas en una ocasión, es no peligrosa para los consumidores frecuentes y un peligro moderado entre los no usuarios de cocaína.

Tabla 14. CONSIDERACIÓN DE CONDUCTAS PELIGROSAS

	NO PELIGROSA*	UN POCO PELIGROSA*	PELIGRO MODERADO*	MUY PELIGROSA*
FUMAR UN PAQUETE DE CIGARRILLOS AL DÍA	**19,5%** 9,5%	**31,4%** 21,9%	**29,6%** 33,8%	**18,9%** 34,6%
FUMAR MARIHUANA REGULARMENTE	**49,1%** 16,6%	**31,4%** 26,9%	**13,6%** 27,8%	**5,3%** 28,5%
CONSUMIR ÉXTASIS CADA FIN DE SEMANA	**14,8%** 1,7%	**21,3%** 7%	**20,7%** 14,5%	**42,6%** 76,6%
TOMAR LSD UNA VEZ AL MES	**17,8%** 2,6%	**17,8%** 9,7%	**23,7%** 21%	**40,2%** 66,4%
TOMAR 2 BEBIDAS ALCOHÓLICAS AL DÍA	**50,9%** 21%	**23,7%** 32,6%	**16%** 23,9%	**8,9%** 22,3%
TOMAR 4 BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN UNA SOLA OCASIÓN	**37,3%** 21%	**29%** 24,7%	**19,5%** 31,1%	**13,6%** 23%

*** En negrita los valores correspondientes a los consumidores de cocaína.**

Creemos que los consumidores frecuentes de cocaína no tienen muy claro que es lo más arriesgado en sus vidas, por ello son reiterativos en los mismos y hay una distorsión de sus creencias en cuanto a los riesgos. Los encuestados tanto en España como en otros países europeos han presentado frecuencias similares en cuanto a la percepción de ries-

gos con ciertas conductas y vemos que el tomar éxtasis cada semana, consumir LSD una vez al mes, fumar un paquete de cigarrillos al día, fumar marihuana con regularidad, dos bebidas alcohólicas por día y cuatro bebidas alcohólicas en cada ocasión son sus percepciones de riesgo. Ello nos hace plantear que entre los usuarios de cocaína, ya ha habido alguna señal de alarma con respecto al éxtasis y el LSD, por las posibles experiencias negativas que hayan podido producir estas sustancias en ellos o las hayan percibido entre sus compañeros.

Necesariamente también, para continuar con el tema de la conducción, debemos ver si manifiestan haber conducido bajo los efectos de otras drogas.Tres cuartas partes (75,6%) admiten haberlo hecho, mientras que lo habían hecho un 32,7% de los no consumidores (p=0,000). No es difícil observar que la situación de riesgo es muy alta para estos jóvenes encuestados cuando tienen un volante entre las manos, especialmente cuando además consumen cocaína, también los que no la consumen, aunque en menor frecuencia.

Los porcentajes han sido notablemente superiores a los manifestados por los jóvenes europeos y españoles, dando una señal de alarma de uso de sustancias y vehículos a motor que resultan "amistades peligrosas

Como sabemos los consumidores de drogas puntúan alto en escalas de búsqueda de sensaciones. Interesa ahora explorar (ver **tabla 15**) si la submuestra representada por los consumidores de cocaína recreativos puntúan más alto todavía que el resto de la muestra. Nos encontramos que el hacer lo que les da la gana, entre los consumidores de cocaína es de una vez a la semana y entre los no consumidores es de no hacerlo nunca. El hacer cosas peligrosas, porque alguien les desafía ha sido de haberlo hecho aunque no en el último año, mientras que entre los no consumidores es el no haberlo hecho nunca. Hacer cosas locas aunque sean un poco peligrosas se produce entre los consumidores frecuentes es el de haberlo hecho aunque no en el último año, mientras que entre los no consumidores no se produce nunca

Tabla 15. CONSIDERACIÓN DE CONDUCTAS PELIGROSAS

	NUNCA*	LO HE HECHO, PERO NO EN EL ÚLTIMO AÑO*	NENOS DE DE UNA VEZ AL MES*	APROX. UNA UNA VEZ AL MES*	2ó3 VECES AL MES*	UNA VEZ A LA SEMANA O MÁS*
LO QUE ME DA LA GANA, NO IMPORTA EL QUÉ	**13,6%** 37%	**20,1%** 21,6%	**16,6%** 14.7%	**10,7%** 7,6%	**14,8%** 6,9%	**23,7%** 12%
ALGO PELIGROSO PORQUE ALGUIEN ME DESAFIÓ A HACERLO	**27,2%** 59%	**43,8%** 28,5%	**15,4%** 6,7%	**4,1%** 1,5%	**3%** 1,5%	**5,9%** 2,4%
COSAS LOCAS INCLUSO AUNQUE SEAN UN POCO PELIGROSAS	**17,8%** 42,4%	**29,6%** 32,2%	**24,9%** 12,3%	**9,5%** 5,1%	**4,7%** 2,6%	**13%** 5,1%

*** En negrita los valores corespondientes a los consumidores de cocaína.**

Las respuestas dejan bien claro que las conductas de riesgo y antisociales son comunes en este tipo de consumidores. De hecho el 23,7% reconocen hacerlo una vez a la semana o más. El escaso respeto por normas sociales es diáfano.

En el caso de las conductas peligrosas, con el desafío como chispa que enciende la mecha, vemos que es poco frecuente una respuesta peligrosa aunque con una frecuencia relativa menor que en el caso de la pregunta anterior. Por último, las cosas poco

reflexivas, clasificadas como "locas" en la tabla, y de sometimiento al riesgo, también son escasas -relativamente- en frecuencia, pero existentes.

Al analizar sus conductas de riesgo o antisociales, especialmente entre los usuarios de cocaína, vemos que las conductas frecuentes (2 ó 3 veces al mes) o una vez a la semana o más, vemos que hacen lo qué les da la gana, no importa lo que sea, en más de un tercio de los encuestados, es decir una conducta antisocial derivada de su manera de pensar y sus consumos. En segundo lugar, el hacer cosas locas incluso aunque sean un poco peligrosas, en un 17%, seguidos de los que han hecho algo peligroso, porque alguien les desafió a hacerlo. Vemos que hay una actitud de poco respeto hacia las normas, en una cantidad relativamente importante y, que si lo consideramos junto con el consumo de cocaína y otras sustancias, podría derivarse en una conducta no aceptable socialmente.

Con respecto a las cosas que se han hecho de tipo arriesgado o actitudes antisociales, bien desde los 15 años o en los últimos 12 meses, vemos que el conducir sin permiso, se ha dado más desde los 15 años. El hacer daño a los bienes públicos, ha sido más en el último año, los robos en tiendas, grandes almacenes, se dio más entre los que lo hacían desde los 15 años, seguidos de los del último año, el entrar en peleas, se daba más entre los que lo hicieron desde los 15 años, seguidos de los que lo hacen en el último año. Las conductas antisociales más frecuentes entre este grupo de consumidores han sido los robos en tiendas y grandes almacenes, seguidos de las peleas. Es difícil atribuir dichas conductas al uso de cocaína, pero lo que sí sabemos es que se da entre consumidores de cocaína, de estos jóvenes encuestados (**ver tabla 16**).

Tabla 16. CONDUCTAS ANTISOCIALES.

	DESDE LOS 15 AÑOS*	EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES*	NUNCA*
HABER CONDUCIDO COCHE SIN PERMISO DE CONDUCIR	**16,1%** 7,8%	**10,1%** 7%	**73,8%** 85,1%
HABER DAÑADO BIENES PÚBLICOS	**31%** 13,3%	**9,5%** 6,5%	**59,5%** 80,1%
LLEVARSE COSAS SIN PAGAR EN LAS TIENDAS O ALMACENES	**46,4%** 25%	**12,5%** 14,1%	**41,1%** 60,8%
HABER PARTICIPADO EN PELEAS	**36,9%** 18,4%	**22,6%** 13,3%	**40,5%** 68,2%

*** En negrita los valores corespondientes a los consumidores de cocaína.**

Los no consumidores, han realizado menos conductas antisociales, en general y menos que los consumidores frecuentes, se implican menos en esos tipos de conflictos, es decir, consumir drogas, puede haber sido precedido de alguna conducta no aceptable socialmente y al mismo tiempo, en los últimos 12 meses, en que ya tenemos referencia de consumos, se pueden asociar dichas conductas, ya más relacionadas con el consu-

mo de sustancias ¿es posible creer que hay antecedentes de conductas antisociales en los consumidores? ¿Podemos afirmar que las conductas antisociales van ligadas al consumo?.

CONCLUSIONES

Vemos que los consumidores de cocaína se implican en diversos procesos, en los cuales se producen tanto conductas como consumos de riesgo que plantean que la sociedad joven valenciana está asumiendo situaciones arriesgadas por lo que respecta al consumo, que requiere que nos planteemos modificar nuestras políticas de prevención y la enseñanza del disfrute de la vida recreativa sin consumo de sustancias como la cocaína.

Los varones, solteros, de unos 22 años, que viven con sus padres y que se ejerce poco control, además de que su nivel académico es de grado medio y se consideran estudiantes regulares, son los que consumen cocaína con mayor frecuencia.

Los que tienen trabajo fijo o temporal con poder adquisitivo propio, son a su vez consumidores de cocaína, inician su consumo con edades más jóvenes que los no consumidores.

Los consumidores de cocaína van más a bares, discotecas, clubes, after hours y parties, que los no consumidores. La música que prefieren los que hacen uso frecuente de cocaína es el house, pop y hardcore, frente a pop, house y rock de los no consumidores y éstos van más a púbs y cafeterías. Es decir sus hábitos de música y recreo son más en lugares en que se cierra más tarde y probablemente se consuman más sustancias.

Los consumidores salen más fines de semana y más horas que los no consumidores, lo que facilita, a nuestro entender el consumo. Sus razones para salir son más proclives hacia el consumo: desconectar de la rutina diaria, buscar pareja, buscar sexo, consumir drogas y oír música, ya que los no consumidores es la de bailar y reunirse con amigos, oír música. El sitio elegido por los consumidores se debe al tipo de gente, consumo de drogas, distancia desde su casa y la posibilidad de ligar, es decir actividades que pueden relacionarse con uso de sustancias, ya que lo no consumidores eligen el tipo de música, el ambiente, la gente, los precios, etc. Para ir a esos lugares los que consumen van con el coche de sus amigos o el propio, mientras que los no consumidores han superado en taxi, transporte público o bicicleta, actividades con menos riesgo.

Gastan más dinero que los no consumidores en drogas ilegales, alcohol y entradas a los locales, mientras que los no consumidores gastan mucho menos en todos los aspectos. Insistimos, gastar más dinero en salir, supone mayor facilidad para el consumo de drogas, además de que consideramos que las cantidades gastadas en drogas o alcohol son elevadas.

En cuanto a las drogas que consideran más difíciles de abandonar cuando se consumen son el alcohol, cannabis, tabaco y cocaína o crack, igual que los no consumidores, pero con unos porcentajes muy superiores. La contradicción es, saben lo difícil de su abandono, pero se insiste en él. Cuando añadimos un criterio personal, qué drogas son las que siguen consumiendo a pesar de haber tenido problemas con ellas, han sido el alcohol, el cannabis, cocaína, crack, éxtasis y LSD, anfetaminas y heroína. Los no consumidores dicen lo mismo, pero con unos porcentajes netamente inferiores. Lo que indica que sí que estas sustancias son problemáticas para los consumidores de cocaína que, además las asocian en su vida de recreo.

Tras haber visto el concepto que tenían sobre los riesgos de esas drogas, nos dicen que son las sustancias de moda en sus ambientes, entre los consumidores están: cocaína, alcohol, cannabis, éxtasis, heroína y en el ambiente de los no consumidores el alcohol, el cannabis, la cocaína, éxtasis y LSD ¿quién no las conoce? Creemos que por su extensión se facilita el consumo.

El alcohol que se consume es amplio entre los consumidores de cocaína, con embria-

gueces frecuentes, con las consecuencias negativas con accidentes, multas y detenciones, en mucha mayor frecuencia que los que no consumen cocaína, que se embriagan con mucha menos frecuencia. ¿Consumir cocaína, facilita las conductas de embriaguez, o embriagarse conduce a consumir cocaína? Este binomio, por desgracia es demasiado frecuente en la sociedad española, con el peligro que comporta. Otro aspecto es que el consumo de cocaína lleva implícito en un 75% el conducir bajo los efectos de alguna sustancia diferente al alcohol, mientras que los no consumidores de cocaína, solo lo han manifestado en 32%.

Preguntados los jóvenes sobre su posibilidad de valorar conductas peligrosas y la posible aplicación a su manera de pensar o actuar, vemos que los consumidores manifiestan no peligrosas, todas las conductas propuestas, esto nos indica un nivel de riesgo importante, ya que no se percibe el peligro indicativo de tales actividades. Aunque consideran peligrosas el consumo de éxtasis cada fin de semana y el consumo de LSD una vez al mes, mientras que los no consumidores las consideran como muy peligrosas y peligrosas, todas las mencionadas.

Los consumidores de cocaína gustan de sensaciones como hacer lo que les da la gana, algo peligroso cuando les desafían y cosas locas aunque comporten riesgo, con mayores frecuencias que los no consumidores que manifiestan mucho menos tendencia a esas actividades.

También, las conductas antisociales son mucho más frecuentes entre los consumidores de cocaína, frente a los no consumidores, lo que nos indicaría que el consumir esa sustancia comporta mayor facilidad de paso a la acción y de actuaciones no apropiadas o antisociales, como por ejemplo conducir sin carné, dañar bienes públicos, peleas, mientras que los no consumidores, solo han superado en porcentaje en el aspecto de los robos en tiendas o llevarse cosas sin pagar.

Como conclusión podemos decir que el consumo de cocaína tiene una cierta extensión, ya detectada por estudios diversos y además de que hay una asociación de consumo de alcohol y otras drogas que pueden facilitar situaciones de cierto riesgo, además de indicar que hay un gasto importante en sustancias capaces de crear adicción, así como no entender que las salidas nocturnas no son divertidas ni festivas si no van acompañadas de consumos de sustancias que, como en este caso se trata de un psicoestimulante para favorecer, en algunas ocasiones el poder estar despierto durante esas horas, divertirse más y ser más extrovertido o facilitar el paso a la acción en diversas situaciones.

BIBLIOGRAFÍA

CALAFAT, A, BECOÑA, E, FERNÁNDEZ ,C, GIL,E et al (1999) "Policonsumo recreativo en 13 ciudades europeas y españolas: nueva forma de abuso". Adicciones, vol 11, suplemento 1. pp 9-10.

CALAFAT A, BOHRN K, JUAN, M, KOKKEVI, A. et al (1999) Nightlife in Europe and recreative drug use. Irefrea. Palma de Mallorca.

CALAFAT A, JUAN M, BECOÑA E, et al (2000) Salir de marcha y consumo de drogas. Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid

CALAFAT A, FERNÁNDEZ C, BECOÑA E, GIL E, JUAN M, TORRES MA (2000) "Consumo y consumidores de cannabis en la vida recreativa' en Monografía cannabis. Adicciones, Vol. 12 supl. 2. Pp 197-230

CALAFAT, A. et al. Risk and control in the recreational drug culture. SONAR Project. IREFREA & European Commission. Palma de Mallorca (2001).

PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. Observatorio español sobre drogas. Informe nº 2. Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid (1999)

PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. Informe nº 4. Observatorio español sobre drogas. Marzo 2001. Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid, 2001.

Uso recreativo de cocaína y asunción de riesgos: resultados convergentes en cuatro muestras

Calafat, A.; Fernández, C.; Juan, M.

Irefrea. (Instituto Europeo para el estudio de los Factores de Riesgo en la Infancia y la Adolescencia).

Enviar correspondencia: Amador Calafat (Irefrea) Rambla, 15, 2º, 3ª. 07003 Palma de Mallorca. irefrea@irefrea.org.

RESUMEN

El presente estudio muestra una descripción de los consumidores de cocaína hallados en cuatro muestras de estudios recientes. Dos de estas muestras fueron entrevistadas por Irefrea en entornos recreativos durante los años 1998 y 1999 (N = 1341 y N = 806 respectivamente) y dos forman parte de los estudios con muestras representativas sobre población escolar y domiciliaria realizadas por el PNsD en estos dos años. Los resultados muestran una clara asociación positiva entre la implicación en la vida recreativa nocturna y el consumo de cocaína. Los consumidores de esta sustancia tienden a valorar positivamente el consumo de drogas, a aceptar el consumo de drogas en sus amigos y pareja, son policonsumidores de drogas legales e ilegales con mayor inclinación por estas últimas y tienen mayor probabilidad de implicarse en el uso problemático y abuso de drogas ilegales que los no consumidores de cocaína. El consumo de cocaína también muestra una fuerte asociación positiva con el consumo de drogas entre los familiares y amigos. Los consumidores de cocaína muestran también una menor percepción del riesgo asociado al consumo de drogas legales e ilegales, una actitud más favorable hacia comportamientos de riesgo asociadas a la conducción de vehículos y una mayor frecuencia de estas conductas de riesgo que los no consumidores. Determinados entornos sociales, recreativos y culturales pueden estar facilitando y manteniendo el consumo de cocaína como un elemento sustancial, dentro de un estilo de vida orientado hacia la diversión, el policonsumo de drogas y otras conductas de riesgo.

Palabras clave: *Cocaína, consumidores, descripción, policonsumo, consumo recreativo, estilos de vida., población general, España.*

SUMMARY

The present study provides a description of cocaine users in four Spanish samples in recent surveys. Two of the samples were interviewed by IREFREA in recreational environments during 1998 and 1999 (N =1341 and N = 806 respectively) and the other two form part of a study with representative samples of the population at school and at home carried out by PNSD in the same two years. The results show a clear positive association between involvement in recreational night life and cocaine use. Users of this substance tend to positively evaluate drug use, to accept drug use by their friends and partner, are multiusers of legal and illegal drugs with a higher leaning towards the latter and have a higher probability of being involved in the problematic use and abuse of illegal drugs than non- cocaine users. Cocaine use also shows a strong positive association with drug use among family members and friends. Cocaine users also show a lower risk perception associated with legal and illegal drugs, a more favourable attitude to risk behaviours associated with driving vehicles and a greater frequency of these behaviours than non-consumers. Determined social environments, both recreational and cultural, are facilitating and maintaining cocaine use as a substantial element within a style of life orientated towards fun, poly druguse and other risk behaviours

Key words: *Cocaine users, description, poly druguse, recreational use, life styles, general population, Spain.*

INTRODUCCIÓN

El consumo de cocaína es un tema de estudio de interés creciente en nuestro país. Su visibilidad en los medios de comunicación va en aumento, a menudo asociada a noticias que apuntan a un aumento de la oferta. En la literatura científica en general (y en la Americana en particular) hace ya 20 años que se ha anunciado un aumento importante de los problemas asociados al consumo de cocaína (Tribuna Médica, 1989) y se ha puesto de manifiesto que la cocaína no es la sustancia relativamente inocua (Tribuna Médica, 1987) que se había considerado inicialmente y diversos estudios han documentado las características farmacológicas y los efectos adversos del consumo de cocaína (Nahas, 1990; San, 1996; Barrio et al., 1998, Van Meerten y De Bie, 1997).

Los estudios epidemiológicos sobre el consumo de cocaína en nuestro país muestran resultados diferentes según sea el tipo de muestras estudiadas. Existe suficiente evidencia de que el abuso de cocaína ha alcanzado una prevalencia muy elevada entre los consumidores de opiáceos en tratamiento (Torrens, San, Peri et al., 1990; Boliches, Cervera, Valderrama et al., 1994; Barrio, De La Fuente, Royuela et al.; 1998; Barrio, Sánchez y De La fuente, 1990; Roig-Llavería, Guerrero, Faure et al., 2000). Los estudios sobre población general encontraron un probable aumento sustancial en la prevalencia del consumo de cocaína entre los años 1984 – 1992 (Barrio, Sánchez y De La Fuente, 1990; Barrio, Orta y Bravo et al., 1993). Los informes más recientes encuentran una estabilización de la prevalencia en población general durante el periodo 1995 – 1999 (Observatorio Español sobre Drogas, 2000), aunque si se observa un aumento entre las mujeres y entre los jóvenes de edades comprendidas entre los 20 – 24 años.

Los estudios descriptivos sobre los consumidores de cocaína son relativamente poco frecuentes en la literatura, (muy escasos en nuestro país) y sus hallazgos y conclusiones también varían sustancialmente según se trate de muestras de sujetos en tratamiento o de consumidores procedentes de muestras comunitarias. Los estudios descriptivos de pacientes dependientes a opiáceos en tratamiento que abusan de la cocaína suelen señalar que éstos presentan más problemas psicopatológicos y toxicológicos que los adictos a opiáceos que no abusan de la cocaína. Los estudios descriptivos de consumidores de cocaína en tratamiento tienden a poner de manifiesto las consecuencias negativas del consumo asociadas al consumo compulsivo y descontrolado en estos sujetos (Smith, Schwartz y Martin, 1989; Hickey, Brown, Chung et al., 1991; Van Merten y De Bie, 1997). Estos estudios tienden a ofrecer una imagen del consumidor de cocaína caracterizada por una alta frecuencia de trastornos por uso de sustancias, afectivos y de personalidad (Boyd, 1993; Kilbey, Breslay y Andreski, 1992; Johnson, Tobin y Celluti, 1992; Yates, 1995) y una menor adaptación social (Havassy, Waserman y Hall, 1995).

Algunos estudios descriptivos de consumidores de cocaína en muestras comunitarias desafían los estereotipos de los consumidores de cocaína que surgen de estudios sobre consumidores de cocaína en tratamiento o con problemas judiciales. Según estos estudios los problemas derivados del abuso de cocaína suelen ser relativamente infrecuentes, y aunque casi ningún consumidor escapa a la ocurrencia de algún efecto negativo del consumo estos son frecuentemente controlados mediante una variedad de estrategias. Muchos de los consumidores de cocaína están bien integrados socialmente y laboralmente, y esa integración ejerce un control sobre el consumo de esta sustancia. Aunque se identifican frecuentemente consecuencias adversas para la salud, empleo y relaciones sociales, estas suelen estar asociadas a la implicación intensa en el consumo más que a características personales de los consumidores (salvo en un pequeño grupo de sujetos consumidores de otras sustancias, desempleados y con menores recursos personales y económicos) (Cohen y Sas, 1994; Erickson y Weber, 1994; Hammersley y Ditton, 1994; Harrison, 1994; Mugford, 1994a y 1994b).

Otros estudios descriptivos de consumidores de cocaína en muestras comunitarias intentan establecer una tipología de consumidores, como un primer paso para elaborar posteriores modelos explicativos del consumo de cocaína en estos subgrupos (Green, Pickering, Foster et al. 1994; Ditton y Hammersley, 1994; Martí, 1996). Salvando algunas diferencias, estos autores podrían coincidir en señalar la existencia de tres tipos de consumidor de cocaína: 1) El consumidor elitista, que se desenvuelve en el mundo de los negocios, arte, diseño, etc. y hace un uso instrumental de la cocaína; 2) El consumidor recreativo, para el cual el consumo es relativamente periférico en su vida; 3) El policonsumidor que consume cocaína y cuya vida gira en torno a las drogas, incluyendo subgrupos como los consumidores de opiáceos y jóvenes policonsumidores con antecedentes de problemas legales y baja adaptación social. Los grupos 1 y 3 serían relativamente minoritarios mientras que el patrón más generalizado del consumo de cocaína estaría representado en el segundo grupo.

Así pues, diversos autores que han estudiado el consumo de cocaína en muestras comunitarias sugieren que el patrón de consumo más frecuente consiste en consumir cocaína con propósitos recreativos. Este consumo sería un elemento utilizado instrumentalmente para la fiesta y entretenimiento, especialmente durante el ocio y el mundo de la noche del fin de semana y generalmente en el grupo de amigos. En este patrón mayoritario de consumo el uso de cocaína no tendría porqué ir asociado comúnmente a "problemas de drogas" y formaría parte de un estilo de vida en que los "ritmos" determinan el consumo de cocaína y no viceversa. Este estilo de vida se plasmaría particularmente en unos entornos asociados a la vida recreativa donde algunos ritmos de la "modernidad" y la "post – modernidad" se ajustan peculiarmente bien al consumo de drogas (Calafat, Juan, Becoña et al, 2000).

Sin embargo, hasta la fecha no se han desarrollado estudios que analicen los entornos recreativos en que se desarrolla este consumo de cocaína con el objetivo de esclarecer la función del consumo de cocaína en tales entornos. Tampoco encontramos estudios en nuestro entorno que exploren si el consumo recreativo de cocaína va asociado o no a consecuencias indeseables (conductas de riesgo, consumo de drogas, etc.).

Objetivos del estudio

El objetivo general del estudio es comprobar la posible asociación entre consumo de cocaína y participación en la vida recreativa nocturna e identificar las características que definen a los consumidores de cocaína en estos entornos recreativos. Para ello se pretende describir la prevalencia y patrones del consumo de cocaína en muestras de usuarios de la vida recreativa nocturna, analizar su asociación con las características individuales y patrones de implicación en el "salir de marcha" y comparar estas muestras con otras extraídas de la población general.

Los objetivos específicos del estudio son:

1. Describir a los consumidores de cocaína que son usuarios de la vida recreativa nocturna, atendiendo a las siguientes variables:
   a) Características sociodemográficas.
   b) Consumo de otras drogas.
   c) Consumo de drogas en la Familia y los Pares.
   d) Participación en la vida recreativa.
   e) Riesgos: percepción de riesgos y conductas de riesgo.
2. *Comparar* los *consumidores de cocaína* localizados en los entornos recreativos *con los consumidores de cocaína* incluidos en *las muestras nacionales* entrevistadas por el PNSD *en las variables mencionadas.*

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño

El diseño del estudio es de tipo transversal, descriptivo, e incluye dos momentos de

medida de dos muestras independientes entrevistadas en entornos recreativos de cinco ciudades españolas por Irefrea durante los años 1998 y 1999.

La disponibilidad de datos procedentes de muestras representativas a escala nacional estudiadas por el Plan Nacional sobre Drogas en la encuesta escolar del año 1998 y en la encuesta domiciliaria del año 1999 permite la comparación de las muestras recolectadas por Irefrea con las muestras obtenidas en el ámbito nacional.

Además, el hecho de disponer de las muestras nacionales escolar y domiciliaria nos permite estudiar algunos factores asociados al uso de cocaína en dos sectores de las muestras recreativas:

1. En adolescentes en edad escolar (entre 15 y 18 años) entrevistados en los años 98 y 99 en comparación con la muestra escolar Española del mismo rango de edades, y
2. En adolescentes y adultos jóvenes entrevistados en los años 98 y 99, en comparación con una población Española de referencia (encuesta domiciliaria del año 1999).

Muestra

En este informe se estudia la relación entre el consumo de cocaína y las variables mencionadas en el apartado anterior en seis muestras dos de Irefrea y cuatro del PNSD:

1. Los entrevistados por Irefrea en el estudio sobre salir de marcha y consumo de drogas en el año 1998 (N = 1341).
2. Los entrevistados por Irefrea en el estudio sobre salir de marcha y gestión del consumo en el año 1999 (N = 806).
3. De la población evaluada por la entrevista domiciliaria del PNSD en el año 1999 se han extraído dos muestras equivalentes a las dos muestras anteriores en las variables sexo y edad:
   a) Una muestra equivalente a la muestra entrevistada por Irefrea en el año 1998 (N = 3.383).
   b) Una segunda muestra equivalente a la muestra entrevistada por Irefrea en el año 1999 (N = 1.674).
4. De la población evaluada por la entrevista escolar del PNSD en el año 1998 se han extraído dos muestras equivalentes en las variables sexo y edad a las muestras de jóvenes en edad escolar estudiadas por Irefrea en los años 1998 y 1999:
   a) Una muestra equivalente en sexo y edad a los jóvenes en edad escolar evaluados por Irefrea en el estudio del año 1998 (N = 3.133).
   b) Una muestra equivalente en sexo y edad a los jóvenes en edad escolar evaluados por Irefrea en el estudio del año 1999 (N = 3.922).

Las muestras entrevistadas por Irefrea durante los años 1998 y 1999 no son equivalentes, ya que en estos dos estudios se utilizaron diferentes procedimientos para la captación de sujetos:

1. En el año 1998 el estudio se realizó en 5 ciudades (Bilbao, Madrid, Palma de Mallorca, Valencia y Vigo), mientras que el estudio del año 1999 se realizó en cuatro ciudades (Bilbao, Madrid, Palma de Mallorca y Vigo).
2. En el año 1998, el procedimiento para seleccionar sujetos era su pertenencia a una de las cuatro "culturas" recreativas en cada ciudad: Adolescentes, Jóvenes, "Alternativos" y personas que eran usuarios de los locales "After Hour". En el estudio del año 1999, en cada ciudad se entrevistaron 200 sujetos clasificados en grupos de igual tamaño según *género* (mitad hombres y mitad mujeres), *edad* (mitad de edad igual o menor de 18 años y el resto de edades superiores a 18 años), y consumo de sustancias (la mitad consumían algún tipo de droga ilegal y el resto no consumían ninguna droga ilegal y consumían como máximo muy moderadamente alcohol y tabaco).

Procedimiento

En los estudios de Irefrea, el instrumento utilizado para la recogida de datos fue una entrevista estructurada aplicada a los jóvenes en lugares recreativos. En los estudios del PNSD los datos fueron obtenidos a través de entrevistas domiciliarias y cuestionarios aplicados en centros escolares.

Las variables utilizadas para el presente estudio fueron:

a. Características sociodemográficas.
b. Consumo de otras drogas.
c. Consumo de drogas en la Familia y los Pares.
d. Participación en la vida recreativa.
e. Riesgos: percepción de riesgos y conductas de riesgo.

Todas estas variables no son estudiadas del mismo modo en los estudios de Irefrea y en los del PNSD, lo cual limita la posibilidad de comparar las muestras en algunos casos.

Los análisis estadísticos fueron realizados con el paquete estadístico SPSS, v. 7.5. Se utilizaron los estadísticos descriptivos, las tablas de frecuencia y porcentajes para la distribución de variables. La comparación de las variables individuales entre los diferentes grupos definidos según el consumo de cocaína se realizó utilizando los estadísticos de la Chi cuadrado basados en las tablas de contingencia y la prueba t de Student para la comparación de medias.

RESULTADOS

Características sociodemográficas de la muestra.

Las muestras estudiadas por Irefrea están formadas por 1341 jóvenes en el estudio del año 1998 y por 806 jóvenes en el estudio del año 1999. La tabla siguiente resume las características sociodemográficas de estas dos muestras.

Se observan algunas diferencias entre las dos muestras, debido a los diversos procedimientos aplicados para la captación de los participantes en ambos estudios sobre la vida recreativa. Los entrevistados en el año 1999 son más jóvenes porque la mitad de la muestra eran jóvenes de 18 años o menores. Consecuentemente, el nivel de estudios es algo más bajo que en el año anterior y trabajan con menor probabilidad porque en su mayor parte están estudiando. También por razones de muestreo la proporción de géneros está equilibrada en el año 1999. En ambos casos los sujetos son casi siempre solteros que viven con sus familias.

Tabla nº 1: Características sociodemográficas de la muestra.

VARIABLE	CATEGORÍA	%1998	%1999
SEXO	HOMBRES	61	50,5
	MUJERES	39	49,5
ESTADO CIVIL	SOLTERO / A	92	92,1
	CASADO / PAREJA	6	5,8
	OTRO	2	2,1
ESTUDIOS	PRIMARIOS	13,4	11,3
	SECUNDARIOS	43,2	64,5
	UNIVERSITARIOS	43,4	35,5
OCUPACIÓN	ESTUDIA	41	73
	ESTUDIA Y TRABAJA	19	
	TRABAJA	34,5	36,1
CONVIVENCIA	FAMILIA	76,7	84,7
	PAREJA	6,5	5,7
	CON AMIGOS, SOLO, OTRO LUGAR	16,8	7,5
VARIABLE		1998	1999
EDAD (Media)		22,6	20,2
TOTAL (N)		**1341**	**806**

CONSUMO DE COCAÍNA

El gráfico siguiente muestra los porcentajes de sujetos en el estudio de Irefrea sobre el salir de marcha y consumo de drogas en el año 1998 que han llegado a probar la cocaína, que han consumido pero se declaran no consumidores y que consumen cocaína (al menos esporádicamente).

Gráfico 1. Consumo de cocaína entre los jóvenes que salen de marcha año 1998 (%)

Entre los entrevistados en la vida recreativa nocturna en 1998, casi la mitad han llegado a probar la cocaína y casi uno de cada tres consumía al menos esporádicamente esta sustancia.

El primer resultado relevante de nuestros estudios sobre el consumo de cocaína consiste en mostrar la asociación entre la participación en la vida recreativa y el consumo de cocaína. Esta asociación se valora a través de la comparación entre nuestras muestras recreativas y las muestras equivalentes en edad y género extraídas de los estudios del PNSD sobre la población general y la población escolar.

Los estudios de encuestas del PNSD valoran la frecuencia del consumo de drogas durante el último mes y los últimos 12 meses. Los estudios de Irefrea valoran el consumo de la sustancia sin referirse a un periodo temporal concreto, y el sujeto especifica si en la actualidad consume ocasionalmente, mensualmente, semanal o diariamente cada sustancia.

La tabla siguiente muestra los porcentajes de sujetos que son consumidores de cocaína en nuestros estudios, en comparación con muestras equivalentes en edad y género a escala nacional. Estas tasas de consumo están presentadas distinguiendo dos grupos de edades (adolescentes de 18 años o menores y el grupo total), lo cual nos permite la comparación de los resultados hallados en la vida recreativa del año 1998 con las muestras extraídas de la población escolar y general respectivamente.

La tabla incluye resultados sobre dos tipos de prevalencia en el consumo de cocaína: la prevalencia del consumo en los últimos 12 meses y el consumo de cocaína mensual (cada mes).

Los resultados observables en la tabla indican que:

1. La probabilidad de ser consumidor de cocaína entre los adolescentes entre 15 y 18 años entrevistados por Irefrea en el año 1998 es el doble de la probabilidad

Tabla nº 2: Consumo de cocaína en la muestra recreativa de Irefrea en el año 1998 y en las muestras del PNSD en los años 1998 (escolar) y 1999 (domiciliaria).				
PREVALENCIA DEL CONSUMO DE COCAINA *(EN PORCENTAJES)*				
GRUPOS DE EDAD	**JÓVENES (hasta 18 años)**		**MUESTRA TOTAL**	
	12 meses	***Último mes***	***12 meses***	***Último mes***
Irefrea, 1998	12,8	9,6	30	17
Escolar, PNSD 1998	6,2	1,6	-	-
Domiciliaria, PNSD 1999	1,8	0,8	4	1,5

de haber consumido cocaína en los últimos 12 meses entre los adolescentes Españoles escolarizados de la misma edad y género. La proporción asciende hasta una prevalencia seis veces superior si nos referimos al consumo mensual de cocaína.

a) Si comparamos el consumo de cocaína en la muestra más joven de Irefrea en el 1998 con la observada en el grupo de jóvenes de hasta 18 años en la encuesta domiciliaria, la prevalencia es siete veces superior en cuanto al consumo "anual" y 12 veces superior en el consumo mensual de cocaína en el estudio de Irefrea sobre los entornos recreativos.

2. Las diferencias observadas en el total de la muestra de Irefrea en comparación con la muestra Nacional (encuesta domiciliaria) son aún más llamativas. La probabilidad de ser consumidor de cocaína entre los usuarios de la vida recreativa en 1998 es 7 veces mayor que la probabilidad de haber consumido cocaína en el año anterior en población general de la misma edad y género y 11 veces superior en el consumo mensual de cocaína.

Estos resultados muestran que el consumo de cocaína está asociado positivamente a la participación en las actividades que se desarrollan en los entornos más representativos de la vida recreativa nocturna en nuestras ciudades. Los apartados siguientes mostrarán cómo este consumo de cocaína también está asociado a los patrones de participación en la vida nocturna, además de otra variables individuales y micro-ambientales (familiares y sociales).

Edad de inicio en el consumo de cocaína.

La tabla nº 3 indica las edades promedio en el inicio del consumo de cocaína, tanto en las muestras de Irefrea como en las del PNSD.

Los resultados expuestos en la tabla indican que:

1. Los consumidores de cocaína contactados por las noches en los lugares recreativos se inician en este consumo a edades más tempranas (18,8 años) que los que han llegado a consumir en la población general equivalente en edad y género (19,3 años).
2. Los adolescentes contactados en esos mismos lugares también se inician en edades más tempranas (15,9 años) que los adolescentes de sus mismas características en edad y género (16,3 años).

Tabla nº 3: Edades promedio de inicio en el consumo de cocaína en diferentes muestras de Irefrea y PNSD en los años 1998 y 1999.	
MUESTRA	**Edad promedio de inicio del consumo**
Irefrea 1998	18,8 (a)
PNSD – Domiciliaria 1999	19,3
Irefrea 1998 - Adolescentes	15,9 (b)
PNSD – Escolar 1998	16,3

(a) La prueba t muestra que este valor promedio es significativamente más bajo que el observado en una muestra equivalente en edad y género extraída de la población Domiciliaria del PNSD 1999 (p bilateral = 0,05).

(b) La prueba t muestra que este valor promedio es significativamente más bajo que el observado en una muestra equivalente en edad y género extraída de la población Escolar del PNSD 1998 (p bilateral = 0,001).

En resumen, el estudio sobre la vida recreativa de Irefrea en el año 1998 sugiere que los jóvenes que salen de marcha no solamente consumen cocaína con mayor probabilidad que sujetos de la misma edad y género hallados en la población general, sino que los que llegan a consumir cocaína también se inician antes en ese consumo.

VARIABLES ASOCIADAS AL CONSUMO DE COCAÍNA ENTRE LOS USUARIOS DE LA VIDA RECREATIVA NOCTURNA.

Variables sociodemográficas

Según los estadísticos de contraste basados en la tabla de contingencias (Chi cuadrado y Odds Ratio), se observan las siguientes asociaciones entre el consumo de cocaína y las variables sociodemográficas estudiadas:

1. **Género**: Se observa una asociación significativa entre el consumo de cocaína y el género en todas las muestras estudiadas, salvo en la muestra de Irefrea de 1999 (debido a criterios de selección balanceados por género y consumo):
   a. La probabilidad de ser consumidor de cocaína es significativamente mayor para los hombres que para las mujeres entrevistados por Irefrea en 1998, tanto para los adolescentes como para el total de la muestra.
   b. Del mismo modo, el consumo de cocaína en los últimos 12 meses también es significativamente más frecuente entre los hombres que entre las mujeres de las muestras equivalentes de los dos estudios del PNSD (población escolar y población general).
2. El **nivel de estudios** también está asociado al consumo de cocaína:
   a) El consumo de cocaína es significativamente más frecuente entre los entrevistados por Irefrea en el año 1998 que han cursado estudios primarios (40%) que entre los que han cursado estudios secundarios (29%) o universitarios 26%). (Chi cuadrado = 21,5; 2 g.l., p = 0,000). En la muestra del año 1999 también el consumo de cocaína es más frecuente entre los de nivel de estudios más bajo (18%) que entre los de nivel intermedio (13%) o superior (12%), aunque las diferencias no son significativas.
   b) En cambio, entre la muestra equivalente extraída de la población general participante en la entrevista domiciliaria del 1999 ocurre lo contrario, aunque las diferencias no sean estadísticamente significativas (p = 0,103). El consumo de cocaína en los últimos 12 meses es ligeramente más frecuente entre los de nivel superior (4,7%), seguidos de los de nivel intermedio (4,2%) que entre los de estudios primarios (3,2%).
   c) Si tomamos en consideración algunos indicadores de adaptación escolar, hallamos que el consumo de cocaína está asociado a un peor rendimiento y adaptación escolar:

      i) En la muestra de Irefrea de 1998, el consumo de cocaína es significativamente más probable entre los que se autocalifican como malos estudiantes (40%) que entre los que autocalifican como regulares (29%) o buenos (25%) (Chi cuadrado = 18,5; 2 g.l., p = 0,000). El mismo efecto se observa en la muestra del Irefrea del año 1999 (Chi cuadrado = 39,2; 2 g.l., p = 0,000): solo el 6% de los buenos y el

15% de los regulares consumen cocaína, por el 27% de los malos estudiantes.

ii) Entre los adolescentes de la población escolar Española de las misma edad y género que las muestras de Irefrea, el número de cursos escolares repetidos (uno, dos o tres cursos) está asociado lineal y significativamente con la probabilidad de haber consumido cocaína en los últimos 12 meses (Chi cuadrado = 92,8; 2 g.l., p = 0,000).

3. La **ocupación** también está asociada significativamente al consumo de cocaína, especialmente entre los adolescentes de 18 años o menores:

   a) El consumo de cocaína entre los adolescentes de 18 años o menores de ambas muestras de Irefrea es significativamente más frecuente entre los que desarrollan actividad laboral, bien sea aisladamente o combinada con los estudios.

   b) También en la muestra equivalente en edad escolar del PNSD se observa que la actividad laboral en los adolescentes de 18 años o menores está significativa y positivamente asociada con el consumo de cocaína en los últimos 12 meses (Chi cuadrado = 37,6; 1 g.l., p = 0,000).

4. **Edad**: Lógicamente, y según sugieren los resultados de la tabla nº 2 y 3, el consumo de cocaína es más frecuente a edades superiores a los 18 años.

5. **Estatus socioeconómico familiar**: Se encuentra una asociación entre el consumo de cocaína y el nivel socioeconómico en el estudio de Irefrea en el 1998, con una fuerte tendencia (p = 0,053) que indica que los que proceden de familias de nivel medio – bajo o bajo consumen cocaína con mayor probabilidad que los que proceden de familias con nivel medio – alto o alto o de familias con nivel medio. En el estudio del año siguiente (1999) se observa que los que proceden de familias de nivel medio – bajo o bajo tienen mayor probabilidad de consumir cocaína (un 19,7%) que los de nivel medio (14%) o medio – alto o alto (8,8%) (p = 0,024).

En resumen, el consumo de cocaína en las muestras recreativas de Irefrea es relativamente más frecuente entre varones mayores de 19 años con niveles de estudios más bajos y peor adaptación escolar, y entre los adolescentes de 18 años o menores con estas mismas características que además tienen actividad laboral. En cambio, entre la población general no se observa esta asociación entre consumo de cocaína y un nivel de estudios más bajo, aunque si se observa la misma asociación con las variables de edad, género, adaptación escolar y actividad laboral. Finalmente, los estudios de Irefrea indican que, entre los jóvenes que frecuentan los lugares de "salir de marcha", el consumo de cocaína tiende a ser más frecuente entre los que proceden de sectores sociales de nivel socioeconómico inferior a la media.

CONSUMO DE COCAÍNA Y CONSUMO DE OTRAS DROGAS

El consumo de cocaína también está asociado en todas las muestras descritas en este informe al uso abusivo de alcohol y al consumo de otras drogas legales e ilegales. Esto ocurre tanto en los consumidores de cocaína más jóvenes como en los adultos. Las tablas siguientes muestran los porcentajes de sujetos que fuman, consumen alcohol, se embriagaron durante el mes anterior y / o consumen alguna droga ilegal (cannabis, éxtasis, anfetaminas o LSD) entre las dos muestras de Irefrea y las dos muestras equivalentes en edad y género de ámbito nacional. La tabla nº 4 ilustra estos porcentajes entre los más jóvenes (de 18 años o menores), y la tabla nº 4bis muestra los porcentajes relativos a las muestras totales.

Como era de esperar, la probabilidad de esos consumos de tabaco, alcohol (incluyen-

Tabla nº 4: Policonsumo entre los consumidores de cocaína de 18 años o menores hallados en muestras recreativas y nacionales 1998 – 1999.			
SUSTANCIA	**Irefrea 1998 (< 19 años)**	**Irefrea 1999 (< 19 años)**	**Escolar**
ALCOHOL	92,3	100	97,7
EMBRIAGUEZ (último mes)	71,8	91,6	87,4
TABACO	92,3	94	72,5
CANNABIS	95	97	91,4
ÉXTASIS	69	44	39,5
LSD	66,6	34,4	46,4
ANFETAMINAS	23	9,4	51

do la embriaguez), cannabis, éxtasis, LSD y anfetaminas es significativamente superior entre los que consumen cocaína de todas las muestras que entre los que no lo hacen, según el estadístico del Chi cuadrado (p = 0,000 en todos los casos).

Tabla nº 4bis: Policonsumo entre los consumidores de cocaína hallados en muestras recreativas y nacionales 1998 – 1999.			
SUSTANCIA	**Irefrea 1998**	**Irefrea 1999**	**Domiciliaria**
ALCOHOL	97,5	98	100
EMBRIAGUEZ (último mes)	77,5	85,3	35,5
TABACO	88,3	89	81
CANNABIS	87,8	87	86,3
ÉXTASIS	59,1	46	33,5
LSD	38,6	31	36,1
ANFETAMINAS	24,6	15,3	44

Como en la tabla anterior, la probabilidad de consumir tabaco, alcohol (incluyendo la embriaguez), cannabis, éxtasis, LSD y anfetaminas es significativamente superior entre los que consumen cocaína de todas las muestras que entre los que no lo hacen, según el estadístico del Chi cuadrado (p = 0,000 en todos los casos).

Resumiendo, los resultados mostrados en las tablas 4 y 4bis indican que:

1. En realidad, hablar de consumo de cocaína (sea en muestras recreativas de varias ciudades, jóvenes escolarizados de todo el Estado o población general española equivalente en edad y género a las muestras de Irefrea) implica hablar de policonsumo de sustancias legales e ilegales. Nuestros resultados indican que casi todas las personas que se declaran consumidoras de cocaína o que han consumido esta sustancia en el último año también beben alcohol (incluso abusivamente, especialmente entre muestras recreativas o escolares), fuman tabaco y consumen cannabis (al menos ocasionalmente). Entre uno de cada tres y algo más de la mitad de estos consumidores de cocaína consumen también éxtasis y / o LSD o anfetaminas.

2. Los resultados observados en las muestras recreativas estudiadas por Irefrea en los años 1998 y 1999 son muy similares a lo observado en los consumidores de cocaína en la población domiciliaria en lo relativo al consumo de alcohol, tabaco, LSD y cannabis. Las muestras de Irefrea consumidoras de cocaína muestran mayor frecuencia que la población de referencia del PNSD en otros patrones de consumo asociados a la vida recreativa como son el abuso de alcohol y el consumo de éxtasis. Inversamente, las muestras de sujetos que salen de marcha y consumen cocaína parecen consumir anfetaminas con menos frecuencia que la población nacional de referencia.
3. Los escolares que consumen cocaína son también policonsumidores de tabaco, alcohol hasta la embriaguez y cannabis. Cerca de la mitad de estos adolescentes de 18 años o menores que consumen cocaína consumen también éxtasis y LSD.

Motivos aducidos para el consumo de drogas y factores que pueden mantener dicho consumo.

La tabla siguiente resume las razones que estos consumidores de cocaína consideran que motivan el consumo de drogas. Esta variable solo está disponible en la muestra de Irefrea en el año 1999.

Tabla nº 5: Razones o motivos aducidos entre los consumidores de cocaína para el consumo de drogas en la muestra recreativa de Irefrea – año 1999.

MOTIVOS	PORCENTAJE
Las drogas ayudan a divertirse más	93,1%
Ayudan a estar con los amigos	63,4%
Ayudan a evadirse	81,2%
El consumo puede resultar placentero	93,1%
Permiten estar mejor con uno mismo	63%
Se liga más	32%
Se experimenta más intensamente el baile y la música	83%
Ayudan a mejorar las relaciones sexuales	40%
Ayudan a tener una experiencia vital más completa	62,4%

En resumen, casi todos estos consumidores de cocaína consideran que el consumo de drogas en la vida recreativa tiene una serie de ventajas para mejorar el disfrute en una serie de actividades recreativas durante los fines de semana y consideran ese consumo de drogas como potencialmente placentero en si mismo. Además, más de la mitad consideran que el consumo de drogas es útil para alcanzar necesidades personales más básicas, tales como mejorar la experiencia vital y favorecer la integración personal.

Los consumidores de cocaína están mucho más de acuerdo con todos los ítems señalados en la tabla anterior que los que no consumen cocaína, (salvo el relativo a que las drogas facilitan las tareas de ligar). Las diferencias son significativas en todos ellos al nivel p = 0,001 salvo el relativo a la evasión donde son algo más ligeras (p = 0,01).

Preferencia por drogas legales e ilegales e indicadores de uso problemático y abuso de drogas.

En la muestra recreativa del Irefrea en el año 1998 se exploraban otras características del patrón de consumo de drogas:

1. Indicadores de la preferencia por una determinada sustancia y sustancia más popular en el entorno social del sujeto.
2. Indicadores de problemas asociados con el uso de drogas: consumo problemático, avisos recibidos de familiares y amigos por abuso de sustancias y dificultades para dejar el consumo de drogas.

Se observan unas diferencias muy llamativas en los indicadores de afinidad por las diferentes sustancias entre los que consumen cocaína y los que no lo hacen, y las diferencias son siempre significativas al máximo nivel (p = 0,001 para el Chi cuadrado). Incluso las diferencias se observan entre los que consumen cocaína de un modo esporádico y frecuente (al menos mensualmente):

1. La mayoría de los que no consumen cocaína señalan que su sustancia preferida en una droga legal (65%), seguida del cannabis (23%) y otra droga ilegal (12%). Esos porcentajes cambian para los que consumen cocaína esporádicamente (19%, 20% y 61% respectivamente), y más aún para los que consumen frecuentemente cocaína (4%, 15% y 82% respectivamente).
2. Los que no consumen cocaína informan de que la sustancia más de moda en su entorno recreativo es el cannabis (39%), seguido de cerca por el alcohol (34%) y en menor medida otras drogas ilegales (27%). Esos porcentajes son muy diferentes para los que consumen cocaína esporádicamente (25%, 13% y 63% respectivamente) y aún más diferentes para los que consumen cocaína frecuentemente (10%, 0% y 90% respectivamente).
3. Las sustancias que parece más difícil dejar de consumir son las drogas legales, tanto los que consumen cocaína (61%) como para los que no la consumen (84%). Sin embargo, las diferencias son significativas (p = 0,001), señalando que los primeros tienden a señalar que su mayor dificultad es dejar de consumir cannabis (22%) u otra droga ilegal (18%) con mayor probabilidad que los que no consumen cocaína.

Se observa asimismo que los que consumen cocaína tienen una probabilidad mucho mayor de haber experimentado problemas con el consumo de sustancias que los que no lo hacen, y esos problemas están mucho más a menudo asociados al consumo de drogas ilegales. Las diferencias son siempre significativas al máximo nivel (p = 0,001 para el Chi cuadrado).

1. Casi la mitad de los consumidores de cocaína (46%) informan de que mantienen un consumo de sustancias tras haber tenido problemas con esas sustancias, mientras es menos frecuente entre los que no consumen cocaína (27%). Además, mientras que la mayoría de los no consumidores de cocaína señalan en su mayoría que esos problemas se asocian al consumo de drogas legales (73%), la mayoría de los consumidores de cocaína informan de que esos problemas se asocian al consumo de cannabis u otras drogas ilegales (56%).
2. De modo similar, la mayoría de los consumidores de cocaína (55%) informan de que sus familiares y amigos les han "avisado" de que están abusando de alguna droga, mientras que esto es mucho menos frecuente entre los que no consumen cocaína (29%). Además, de nuevo los avisos por abuso de sustancias están asociadas en su mayoría a las drogas legales entre los que no consumen cocaína (65%), mientras que están asociados al consumo de otras drogas ilegales (57%) o cannabis (18%) entre los consumidores de cocaína.

En resumen:

1. Los consumidores de cocaína en la muestra recreativa del año 1998 prefieren drogas ilegales y se desenvuelven en entornos sociales recreativos donde las drogas ilegales diferentes del cannabis (cocaína, éxtasis, anfetaminas o LSD) son las más populares. Los no con-

sumidores se inclinan por las drogas legales y se desenvuelven en entornos recreativos inclinados por el cannabis y las drogas legales.

2. Casi la mitad de los consumidores de cocaína mantienen algún consumo problemático de sustancias que además suelen ser ilegales. En cambio, ese consumo problemático de sustancias es mucho menos frecuente entre los no consumidores de cocaína y casi siempre está asociado al alcohol.
3. Más de la mitad de los consumidores de cocaína está probablemente abusando de drogas ilegales, mientras que los pocos que abusan entre los que no consumen cocaína lo hacen de drogas legales.

CONSUMO DE COCAÍNA Y CONSUMO DE DROGAS EN FAMILIARES Y EN EL GRUPO DE AMIGOS.

El estudio de Irefrea en 1999 y la encuesta Escolar del PNSD recogen información sobre el consumo de drogas entre familiares y amigos, con mayor detalle en el primer estudio. En ambos estudios se observa una asociación positiva y significativa entre el consumo de cocaína y el consumo de drogas en familiares y amigos.

La tabla nº 6 muestra los porcentajes de familiares y amigos de los consumidores de cocaína que consumen tabaco, alcohol (incluyendo la embriaguez con frecuencia), cannabis y otras drogas ilegales.

Tabla nº 6: Consumo de drogas legales e ilegales entre familiares y amigos de los consumidores de cocaína (%)

SUSTANCIA	Irefrea 1999 (18 años o menores)			Encuesta Escolar PNSD 1998		
	Padres	*Hermano*	*Amigos*	*Padre*	*Hermano*	*Amigos*
ALCOHOL	75	63	100	76,4	-	89
EMBRIAGUEZ (último mes)	-	-	100	-	-	53
TABACO	65	56	100	38	29	90
CANNABIS	5	38	100	-	-	26
ÉXTASIS	-	-	46	-	-	15
COCAÍNA	-	-	42	-	-	6
OTRAS ILEGALES	5	25	36	-	-	-

En el estudio de Irefrea, los porcentajes que se indican en la columna relativa a los amigos en la tabla nº 6 responden al porcentaje de consumidores de cocaína que responden que al menos la mitad de sus amigos consumen tales sustancias. Así pues, todos los consumidores de cocaína del estudio de Irefrea en el año 1999 de 18 años o menores indican que al menos la mitad de sus amigos consumen alcohol, tabaco, se han emborrachado en el último mes y consumen cannabis. Casi la mitad afirman que al menos la mitad de sus amigos consumen cocaína (42%) y éxtasis (46%), y al menos uno de cada tres indica que la mitad o más de sus amigos consumen otras drogas ilegales.

En el estudio del PNSD sobre población escolar, los porcentajes en la columna de los amigos (en la última columna) se refieren al porcentaje de consumidores de cocaína que informan que la mayoría de sus amigos consumieron esas sustancias durante el último mes.

En resumen:

1. Más de la mitad de los consumidores de cocaína menores de 19 años que salen de marcha en el estudio de Irefrea en

1999 tienen familiares que consumen alcohol y tabaco, y más de uno de cada tres tiene algún hermano que consume cannabis.

2. Todos estos consumidores de cocaína forman parte de redes sociales de amigos donde al menos la mitad de estos amigos consumen tabaco, alcohol (hasta la embriaguez) y cannabis. Entre un tercio y la mitad de estos forman parte de redes de amigos donde la mayoría consumen éxtasis, cocaína y otras drogas ilegales.
3. El consumo de sustancias asociadas al "salir de marcha" (embriaguez, cannabis, éxtasis y cocaína) es mucho más frecuente entre los amigos de estos consumidores de cocaína menores de 19 años que salen de marcha en el estudio de Irefrea que entre los amigos de los consumidores de cocaína de la población escolar del 1998.

Según el estadístico de la Chi cuadrado, existen las siguientes asociaciones significativas entre consumo de cocaína y consumo de drogas en padres y amigos:

1. En el estudio de Irefrea, estos porcentajes de consumo de alcohol y cannabis en los padres y de alcohol, tabaco y cannabis en los hermanos son significativamente más altos entre los que consumen cocaína que entre los que no la consumen ($p = 0.001$). El mismo efecto se observa en el estudio del PNSD sobre la población escolar 1998.
2. Los consumidores de cocaína de este estudio de Irefrea en 1999 tienen también un número mucho mayor de amigos que consumen esas sustancias que los que no consumen cocaína, según el mismo estadístico de contraste ($p = 0.001$). El mismo efecto se observa en el estudio del PNSD sobre la población escolar 1998.

Por tanto, nuestros resultados sugieren una fuerte asociación entre el consumo de cocaína en los jóvenes que salen de marcha y: a) la pertenencia a redes sociales de pares y amigos policonsumidores de drogas legales e ilegales, y b) la procedencia de familias donde se consumen drogas legales (y cannabis en los hermanos).

Actitudes hacia amigos y pareja consumidores de drogas.

Los consumidores de cocaína que salen de marcha muestran una serie de actitudes favorables hacia la integración en grupos de consumidores de drogas. La tabla siguiente muestra algunas actitudes hacia la implicación en relaciones de amistad cercana o relaciones de pareja entre estos sujetos consumidores de cocaína entrevistados en el estudio de Irefrea sobre el salir de marcha en 1999.

Se observan actitudes en cierta medida paradójicas: casi la mitad de los consumidores de cocaína del año 1999 afirma que intentaría hacer cambiar de actitud a un amigo consumidor y algo más de un tercio afirma que se preocuparía por ello. Esta preocupación es mayoritaria en caso de que el amigo cercano se embriagase. Sin embargo, la práctica totalidad se muestra favorable a implicarse con amigos consumidores, aceptarles su consumo de drogas y no romper la relación por ello, indicando una aceptación prácticamente total del consumo de drogas en los pares.

En cuanto al consumo de drogas en la pareja, las actitudes indican una preocupación relativamente mayor que ante el consumo de drogas y abuso de alcohol en los amigos, y una actitud más orientada hacia la presión contraria al consumo, aunque la aceptación es también casi total a pesar de ese consumo.

Según lo esperable, los consumidores de cocaína muestran actitudes mucho más favorables que los no consumidores (con diferencias al nivel $p = 0.001$ según la prueba del Chi cuadrado) hacia la aceptación del consumo en amigos y pareja. Inversamente, éstos últimos muestran una actitud mucho más orientada hacia presionar a su amigo o parejas para que deje de consumir.

Tabla nº 7: Porcentaje de sujetos que mantienen actitudes positivas / negativas hacia el consumo de drogas en amigos íntimos o pareja entre los consumidores de cocaína (Irefrea 1999).		
ACTITUD	**Amigo consumidor**	**Pareja consumidora**
Le aceptaría	100%	91%
Le preocuparía que consumiera drogas ilegales	37%	42,1%
Le preocuparía que su amigo bebiera en exceso	67,3%	77,2%
Intentaría hacerle cambiar de actitud	43,3%	67%
Rompería la relación si siguiera consumiendo	11,1%	25%
No se implicaría con un consumidor	12,2%	17,5%

SALIR DE MARCHA Y CONSUMO DE COCAÍNA

El consumo de cocaína está asociado significativamente a una mayor participación e implicación con el "salir de marcha", tanto en las muestras de Irefrea 1998 y 1999 como en la muestra de la encuesta escolar del PNSD. Los consumidores de cocaína (en comparación con los que no consumen esta sustancia) van con mayor frecuencia a bares, pubs y discotecas, salen mayor número de fines de semana al mes y mayor número de días por fin de semana, salen durante un mayor número de horas, realizan con mayor probabilidad largos desplazamientos durante sus salidas y visitan un mayor número de lugares (bares, etc.).

Las diferentes muestras estudiadas (de Irefrea y PNSD) no valoran del mismo modo los indicadores de implicación con el "salir de marcha". El estudio que analiza con mayor detalle estas variables es el de Irefrea de 1998.

La siguiente tabla resume algunos de estos indicadores en los estudios de Irefrea 1998 y 1999, y en el estudio del PNSD sobre la Encuesta Escolar 1998.

Tabla nº 8: Estilos de "salir de marcha" entre los consumidores de cocaína hallados en diferentes muestras recreativas de Irefrea y en la encuesta escolar del PNSD-1998.			
Indicador de implicación en el salir de marcha	**1998**	**1999**	**Escolar PNSD-1998**
Han salido "de marcha" 3 / 4 fines de semana al mes	75%	75%(***)	
Salen dos o tres noches por fin de semana	74,6% (***)		
Han salido tres o más días con sus amigos / semana			72% (***)
Han salido "de noche" 2 ó más fines de semana / mes			73,6% (***)
Duración promedio de una "sesión de marcha" (horas)	10,7 (***)	8 (***)	
Vuelven a casa más tarde de las 4 de la madrugada			68% (***)
Número promedio de locales visitados por "sesión"	4,5		
Hacen desplazamientos largos al "salir de marcha"	38,2%(***)		
Van a menudo a bares	72,5% (*)		
Van a menudo a discotecas	43% (*)		
Van a menudo a "After Hours"	33% (***)		
Van a bares más de 3 días por semana			23% (***)
Van a discotecas un día o más por semana			65% (***)

(*) = Nivel de significatividad p = 0,05. / (***) = Nivel de significatividad p = 0,001.

Cuando hay diferencias estadísticamente significativas, estas indican mayor implicación con el salir "de marcha" entre los consumidores de cocaína.

En resumen:

1. La mayoría de los consumidores de cocaína del estudio Irefrea 1998 salen de marcha todos los fines de semana del mes y dos o tres noches cada fin de semana. Dedican al "salir de marcha" más de 10 horas cada día que salen, tiempo que dedican a visitar 4 / lugares "de marcha" y en ocasiones a hacer largas rutas "de marcha". Los consumidores del estudio de 1999 salen durante menos horas por sesión, probablemente porque en este segundo estudio están menos representados los consumidores que frecuentan los locales "after hour".
2. Entre los adolescentes de 18 años o menores del estudio del PNSD sobre la población escolar del 1998, también los que consumen cocaína salen más a menudo al mes y a la semana que los que no consumen cocaína, regresan más tarde a casa y van más frecuentemente a bares y discotecas.

Gestión de la economía del fin de semana y consumo de cocaína.

Otro indicador de la implicación con el "salir de marcha" estudiado por Irefrea es el dinero que los adolescentes y jóvenes se gastan durante el fin de semana en estas actividades. La tabla siguiente presenta las cantidades promedio que los consumidores de cocaína de los estudios 1998 y 1999 se gastan cada fin de semana en "salir de marcha".

Tabla nº 9: Gastos promedio de los consumidores de cocaína en salir de marcha (Irefrea, 1998 – 1999).

CONCEPTO	MEDIA 98	MEDIA 99
ALCOHOL	4587 (***)	3325 (***)
COMIDA	2665 (***)	1225 (*)
ENTRADAS A LOCALES	2303 (***)	610
DROGAS ILEGALES	6001 (***)	4453 (***)
CINE / TEATRO	-	300
ESPECTÁCULOS DEPORTIVOS	-	211
LIBROS, REVISTAS, etc.	-	155
BEBIDAS SIN ALCOHOL	-	519
TABACO	1662 (***)	722 (***)
TRANSPORTE	1550 (***)	556 (*)
OTROS GASTOS	-	144
TOTAL	**18768 (***)**	**12220 (***)**

(***) = Nivel de significatividad p = 0,001. (*) = Nivel de significatividad p = 0,05.

Todas las diferencias estadísticamente significativas halladas en ambos estudios indican que los consumidores de cocaína se gastan más dinero en salir de marcha durante los fines de semana que los no consumidores de cocaína.

Cada uno de los consumidores de cocaína del 98 se gasta en promedio 18768 pesetas por fin de semana en salir de marcha, lo que hace unas 60 – 70 mil al mes. La variabilidad entre sujetos es muy grande. De esa cantidad, más del 65% es para tabaco, alcohol y drogas ilegales. Se observan notables diferencias en relación con el estudio de 1999, probablemente debidas a los consumidores de cocaína que frecuentan "after hours".

Cada uno de los consumidores de cocaína del año 99 se gasta aproximadamente unas doce mil pesetas durante las salidas de marcha de fin de semana, lo que equivale casi a unas cincuenta mil pesetas al mes (teniendo en cuenta que suelen salir todos los fines de semana). Sin embargo, como se observa en la desviación típica de esas cantidades mostrada en la tabla siguiente, existe una gran variabilidad en esa cantidad de dinero dedicada a la vida recreativa. De esa cantidad, aproximadamente el 70% es dedicado al consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales. Algo menos de la mitad de la muestra del año 99 (41,2%) se gasta en salir de marcha durante los fines de semana más de la mitad del total de dinero del que dispone.

Motivación para salir de marcha y consumo de cocaína.

Los datos anteriores muestran que el consumo de cocaína va asociado a una mayor implicación en el "salir de marcha". Pero no solamente se observa en ambos estudios de Irefrea que los consumidores de cocaína se implican en mayor medida que los no consumidores en el "salir de marcha", sino que sus motivaciones para salir también parecen ser diferentes a las de los que no consumen cocaína. La tabla siguiente muestra los porcentajes de consumidores de cocaína en los estudios de Irefrea que consideran importantes determinadas razones para "salir de marcha".

Tabla nº 10: Porcentaje de sujetos consumidores de cocaína que considera importantes diversos factores motivadores para salir de marcha (Irefrea 1998 – 1999).

MOTIVO / RAZÓN PARA SALIR DE MARCHA	Irefrea 1998	Irefrea 1999
BAILAR	55	33 (***)
CONOCER GENTE DIFERENTE	-	64
ENCONTRARSE CON LOS AMIGOS	94 (*)	88 (***)
ESCUCHAR MÚSICA	79	74 (***)
BUSCAR SEXO	48 (***)	46 (***)
BUSCAR PAREJA	22	19
ROMPER LA RUTINA DIARIA	80	74 (**)
TOMAR DROGAS	59 (***)	64 (***)

Las diferencias se refieren a la comparación de la importancia de esos factores y motivos para salir de marcha entre los consumidores y los no consumidores de cocaína en las dos muestras.

(***) = Nivel de significatividad p = 0,001.

(**) = Nivel de significatividad p = 0,01.

(*) = Nivel de significatividad p = 0,05.

Para los no consumidores de cocaína es más importante que para los consumidores encontrarse con los amigos, bailar y romper la rutina, mientras que para los consumidores de cocaína son más importantes que para los no consumidores otros factores asociados a la búsqueda de sensaciones (sexo, drogas y la música).

CONSUMO DE COCAÍNA Y RIESGOS: PERCEPCIÓN Y CONDUCTAS DE RIESGO.

En la tabla nº 10 y anteriores se ha puesto de manifiesto que los consumidores de cocaína son también policonsumidores de otras drogas legales e ilegales, que están socializados en grupos de amigos también policonsumidores y que el consumir drogas es un factor importante para salir de marcha. En esta sección se describen las percepciones del riesgo asociado al consumo de drogas y la implicación en conductas de riesgo asociadas al consumo de drogas entre los consumidores de cocaína de las diversas muestras estudiadas.

Consumo de cocaína y percepción del riesgo asociado al consumo de drogas legales e ilegales.

En todas las muestras estudiadas se observa que los consumidores de cocaína consideran que consumir diferentes drogas legales e ilegales es menos peligroso que los sujetos que no consumen esa sustancia. La tabla siguiente pone de manifiesto los porcentajes de sujetos consumidores de cocaína que consideran peligroso o muy peligroso cada uno de los patrones de consumo de drogas legales e ilegales especificados.

Las diferencias estadísticamente significativas puestas de manifiesto van siempre hacia una menor percepción de riesgo entre los consumidores de cocaína que entre los que no consumen, dentro de cada una de las muestras.

Tabla nº 11: Porcentaje de sujetos que consideran peligroso o muy peligroso el consumo de drogas legales e ilegales entre los consumidores de cocaína, en comparación con los no consumidores (Irefrea y PNSD 1998 – 1999).

CONDUCTA DE CONSUMO DE DROGAS	Irefrea 98	Irefrea 99	Escolar	Domiciliaria
Fumar un paquete de cigarrillos diario	61	73,5	55(c)	73 (b)
Fumar marihuana / cannabis regularmente	27 (c)	22,5 (c)	37 (c)	25 (c)
Consumir éxtasis cada fin de semana	77,6 (c)	73,5(c)	83 (c)	87 (c)
Consumir cocaína una vez al mes	-	18,6 (c)	25 (c)	51 (c)
Consumir LSD una vez al mes	70 (c)	44,1 (c)	-	72 (c)
Tomar dos bebidas alcohólicas diarias	32 (c)	43 (b)	-	-
Tomar 4 bebidas alcohólicas en una sola ocasión	29 (c)	17,6 (c)	-	-
Embriagarse una vez al mes	-	9,8 (c)	-	-

(c) = Nivel de significatividad p = 0,001.
(b) = Nivel de significatividad p = 0,01.

Resumiendo:

1. La mayoría de los consumidores de cocaína de las cuatro muestras consideran peligroso fumar un paquete de tabaco diario. Sin embargo, hay una cuarta parte de los consumidores encontrados entre la población general, casi un 40% de los consumidores de cocaína entre las muestras recreativas y la mitad de los consumidores de cocaína entre la población escolar que consideran que fumar un paquete de tabaco diario no es peligroso.
2. El consumo regular de cannabis y el consumo de cocaína ocasional son percibidos como muy poco peligrosos entre los consumidores de cocaína encontrados en todas las muestras, (salvo entre los hallados en la población general, donde la mitad si consideran peligroso el consumo ocasional de cocaína).
3. El consumo de alcohol es percibido como poco o nada peligroso entre los consumidores de cocaína hallados en las cuatro muestras.
4. El consumo de éxtasis y LSD son percibidos como peligrosos por la mayoría de los consumidores de cocaína hallados en todas las muestras, aunque hay variabilidad y un sector de los consumidores de cocaína los perciben como poco peligrosos.

Consumo de cocaína y conductas de riesgo asociadas a la conducción de vehículos.

Más de la mitad de estos consumidores de cocaína en nuestras muestras mantienen acti-

tudes favorables hacia las conductas de riesgo asociadas a la conducción de vehículos y realizan tales conductas de riesgo. La tabla siguiente expone estos porcentajes de sujetos (entre los consumidores y los que no son consumidores de cocaína) que muestran esa predisposición al riesgo y esas conductas de riesgo. Se observa que (salvo en permitir a un amigo conducir bebido, algo que por otra parte parece ocurrir) la mayoría de los consumidores de cocaína muestra una actitud favorable al riesgo asociado a estas conductas. También la mayoría de ellos admiten haber realizado cada una de estas conductas de riesgo.

Tabla nº 12: Porcentajes de sujetos que muestran una predisposición favorable al riesgo y han realizado conductas de riesgo entre los consumidores / No consumidores de cocaína (Irefrea 1998 – 1999).

CONDUCTA DE RIESGO	Irefrea 98		Irefrea 99	
	Consume	No Consume	Consume	No Consume
Conduciría bajo los efectos del alcohol			61 (c)	15
Viajaría en un coche conducido por alguien bebido			78 (c)	27
Viajaría en un coche conducido por alguien que ha consumido drogas			78 (c)	20
Permitiría a un amigo conducir bebido			15	9
Condujo bajo los efectos del alcohol	71,4 (c)	42	64 (c)	17
Ha viajado en un coche conducido por alguien bebido	-		93 (c)	58
Ha conducido bajo los efectos de otras drogas	70,7 (c)	23	-	

(c) = Nivel de significatividad p = 0,001.

Todas las diferencias estadísticamente significativas señaladas en la tabla indican que los consumidores de cocaína muestran con mayor probabilidad las actitudes de riesgo y las conductas de riesgo que los que no consumen cocaína. En el único ítem que no muestra diferencias estadísticamente significativas (permitir a un amigo conducir bebido) también hay una fuerte tendencia en ese sentido (p = 0,057).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El estudio se basa en una explotación de datos procedentes de diversos estudios previos, y la heterogeneidad de estos estudios limita la posibilidad de comparar sus resultados. El estudio desarrollado por Irefrea en 1998 (Calafat et al., 2000) constituye el estimador más aproximado de las características de los consumidores de cocaína hallados en los escenarios más representativos de la vida recreativa nocturna en varias ciudades y nos permite alcanzar varios de estos objetivos en cinco ciudades Españolas (Bilbao, Madrid, Palma de Mallorca, Valencia y Vigo), sin el propósito de generalizar estos resultados al resto de las ciudades de la geografía nacional. El estudio realizado por Irefrea en el año 1999 nos permite describir nuevamente a los consumidores de cocaína en entornos recreativos, y observar si sus características se asemejan a los consumidores hallados en el estudio anterior. En este caso la prevalencia del consumo de cocaína no puede ser interpretada del mismo modo que en el año 1998 por motivos de diseño muestral.

La disponibilidad de datos relativos a muestras equivalentes en sexo y edad procedentes de los estudios más recientes del PNSD sobre la población general y escolar nos permite contrastar si la asociación entre consu-

mo de cocaína y algunas variables individuales identificada en las muestras de Irefrea es generalizable a poblaciones más amplias. En otras palabras, nos permite verificar si algunos aspectos determinados de la descripción hecha de los consumidores de cocaína hallados en las muestras recreativas de Irefrea pueden "validarse" en muestras más amplias equivalentes en edad y género.

El primer resultado relevante de nuestro estudio es la sólida asociación positiva que emerge entre el consumo de cocaína y la implicación en un tipo de vida recreativa nocturna que cobra un significado también específico. Los resultados mostrados en los gráficos 1 y 2 y en la tabla nº 2 relativos a la muestra recreativa de Irefrea en el año 1998 (y en ambos estudios de Irefrea si tenemos en cuenta el rango total de edades) nos demuestran la asociación existente entre salir de marcha y el consumo de cocaína. Además de consumir con mayor frecuencia, los jóvenes que salen de marcha también tienden a iniciarse más temprano en el consumo de esta sustancia, en una nueva muestra de mayor inclinación hacia el uso de cocaína. La falta de estudios sobre el consumo de cocaína en muestras amplias obtenidas en entornos recreativos de nuestro país limita la generalización de estos resultados. Sin embargo, el tamaño muestral del estudio de Irefrea en 1998 y las tasas de prevalencia en el último año y en el último mes del consumo de cocaína en este estudio en comparación con población general sugiere que los entornos recreativos asociados al salir de marcha constituyen un "setting" relativamente específico donde se pueden estar desarrollando y consolidando patrones de consumo de cocaína entre los adolescentes y jóvenes. Diversos estudios sobre el consumo de cocaína realizados en entornos comunitarios demuestran que la cocaína es muy frecuente consumida como una droga recreativa (Mugford, 1994a y 1994b), y que tal vez el grupo más numeroso de consumidores de cocaína sea aquel formado por quienes consumen esta sustancia durante el ocio y el mundo de la noche durante el fin de semana (Martí, 1996). Así pues, el entendimiento de los mecanismos que subyacen a la formación de hábitos de consumo de cocaína en una buena parte de los consumidores puede pasar por el entendimiento de la función del consumo de cocaína en los hábitos de salir de marcha.

Más aún, los resultados relativos a la asociación entre el consumo de cocaína y los diversos indicadores sobre el salir de marcha mostrados en las tablas nº 8 y 9 (frecuencia, intensidad y duración) demuestran que el consumo de cocaína está asociado a una mayor implicación con estas actividades. Este resultado no solo se observa en nuestras muestras recreativas, sino que también resulta cierto cuando se estudian muestras amplias y representativas obtenidas entre los adolescentes Españoles escolarizados. Hay pocos estudios que estudien los estilos de vida en muestras comunitarias amplias de consumidores de cocaína. En uno de ellos (Castro, Newcomb y Cadish, 1987) los autores encontraron que los consumidores mantenían un estilo de vida menos saludable que los no consumidores, con menor planificación y organización diaria y menor frecuencia de actividades relajantes y reductoras del estrés, etc. En otro estudio sobre valores los autores hallaron que los consumidores se caracterizaban por un patrón orientado hacia los valores personales, mientras los no consumidores se orientaban más hacia valores sociales (Carlson y Edwards, 1987). Nuestros resultados sugieren que el consumo de cocaína va asociado a un estilo de vida donde el salir de "marcha" es una actividad más "saliente", dentro de un estilo de vida "dogmático" y orientado hacia un tipo de diversión determinado como una actividad principal en la vida del sujeto.

Finalmente, los resultados mostrados en la tabla nº 10 demuestran que el significado de la diversión nocturna también está construido con elementos diferentes para los consumidores de cocaína hallados en los entornos recreativos. A los componentes habituales de la diversión (socialización, entretenimiento y fiesta) se les añaden en el consumidor de cocaína otros elementos asociados a la esti-

mulación sensorial intensa y a la búsqueda de sensaciones (sexo y música) en mayor medida que a los no consumidores y emerge con fuerza el propio consumo de drogas como elemento esencial de la "marcha". Así pues, no solamente el entorno recreativo puede facilitar el consumo de cocaína, sino que el estilo de vida orientado hacia la vida recreativa nocturna y el modo de codificación de sus significados parecen ser variables individuales que facilitan y mantienen ese consumo.

El segundo grupo de resultados que parece más relevante en nuestro estudio es la sólida relación que hallamos entre el consumo de cocaína y el policonsumo de sustancias legales e ilegales. Los resultados mostrados en la tabla nº 4 nos llevan a confirmar la idea de que el consumidor de cocaína no es un consumidor "puro" de esta sustancia y drogas legales, al menos en muestras comunitarias obtenidas en entornos recreativos. Estos sujetos son también consumidores abusivos de alcohol, fuman y consumen cannabis, y la mitad o más de ellos también consumen otras drogas ilegales. Este policonsumo de drogas legales e ilegales es especialmente cierto entre los menores de 19 años que consumen cocaína, resultado que se observa en todas las muestras (de Irefrea y del PNSD). La única diferencia apreciable entre las muestras de Irefrea y las del PNSD parece ser que las primeras (especialmente la del 1998) superan a las últimas en el uso de éxtasis y LSD, al contrario de lo que ocurre con el consumo de anfetaminas.

Un aspecto también destacable de los consumidores de cocaína de las muestras recreativas es su inclinación por las drogas ilegales frente a las legales, tanto en ellos como en su entorno social y recreativo. Ese consumo de drogas ilegales llega frecuentemente a niveles de abuso y a un uso problemático. Así pues, nuestros consumidores de cocaína en muestras recreativas y una buena parte de la población en edad escolar y población general que consumen esta sustancia se caracterizan también por el abuso frecuente de alcohol y el policonsumo de sustancias. En otros estudios comunitarios Europeos y Americanos también se señala que los consumidores de cocaína, o al menos una buena parte de ellos, también suelen ser consumidores de otras drogas legales e ilegales (Castro et al., 1994; Hammersley y Ditton, 1994; Mugford, 1994; Ditton y Hammersley, 1994; Martí, 1996). Más aún, los resultados mostrados en la tabla nº 5 indican que estos consumidores de cocaína de las muestras recreativas no solamente destacan aspectos favorables en el consumo de drogas relacionados con la diversión, la evasión y la experiencia sensorial de la música y el baile. También valoran positivamente el propio efecto de la sustancia y resaltan aspectos positivos para la socialización y la integración de la experiencia personal. Estos resultados sobre el consumo de drogas en su conjunto indican que los consumidores de cocaína en las muestras recreativas presentan un estilo de vida donde el policonsumo de drogas legales e ilegales ocupa un lugar muy significativo, junto con la implicación en la vida recreativa nocturna. Nuestros resultados sugieren que el consumo de drogas (y en ocasiones el abuso y uso problemático de las mismas) no es una conducta tan periférica en la vida del consumidor de cocaína, a diferencia de lo señalado por otros autores que han descrito a los consumidores de cocaína en muestras comunitarias en los primeros años de la década de los 90.

Este estilo de vida que incluye el consumo de drogas como un componente significativo no se desarrolla aisladamente del entorno del sujeto, sino que está integrado en el entorno recreativo, social y también, aunque en menor medida, en el entorno familiar. El uso de tabaco, alcohol y drogas en los padres y hermanos (principalmente cannabis) es uno de los factores de riesgo para el uso de drogas ilegales más comúnmente señalado en la literatura, sugiriendo que esos factores pueden favorecer la iniciación en el uso de drogas y la escalada hacia el uso de drogas ilegales (Calafat, Fernández, Juan et al., 2001; Rhodes, Lilly, Fernández et al., en prensa). Nuestros resultados muestran una mayor prevalencia en el consumo de tabaco entre

los familiares de los consumidores en las muestra recreativa de Irefrea que entre los consumidores de la muestra escolar. Resulta especialmente relevante la prevalencia del uso de cannabis y drogas ilegales hallada entre los hermanos de los consumidores de cocaína, indicando que estos sujetos proceden de familias donde el consumo de drogas ilegales está ampliamente difundido. En general estos resultados sugieren que los consumidores de cocaína hallados en los entornos recreativos proceden de familias donde el consumo de drogas es permitido y en muchos casos incluso modelado.

También es frecuente que el consumo de drogas entre los pares sea mencionado como uno de los predictores más fuertes del uso de drogas ilegales. Como ejemplo en nuestro entorno, los autores de un estudio reciente sobre el consumo de éxtasis hallaron que consumo de éxtasis entre los pares resultó ser el mejor predictor del consumo de esta sustancia (Palmer, Montaño y Calafat, 2000). Diversos autores mencionados anteriormente están de acuerdo en que el consumo de drogas en el mundo de la noche y el salir de marcha se produce muy frecuentemente en un grupo de pares donde es plenamente aceptado. Los resultados hallados demuestran claramente que el uso de drogas legales y cannabis y el abuso de alcohol son una norma generalizada entre los amigos de los consumidores de cocaína más jóvenes hallados en los lugares de salir de marcha. Nuestros resultados también indican claramente que los hábitos de consumo de drogas legales e ilegales están sustancialmente más generalizados entre los amigos de consumidores de cocaína más jóvenes que salen de marcha que entre los amigos de los consumidores de cocaína adolescentes en edad escolar. El salir de marcha para estos adolescentes consumidores de cocaína parece así desarrollarse no solamente en asociación con el consumo de drogas legales e ilegales, sino también en un entorno social donde casi todas las personas de referencia hacen lo propio.

Nuestros resultados también indican que ese consumo de cocaína y otras drogas constituye frecuentemente en estas personas un elemento de identificación e integración social, aun reconociendo que ese consumo de drogas en ocasiones es problemático y llegue a causar preocupación. Los consumidores de cocaína que salen de marcha aceptan casi plenamente el consumo de drogas en sus amigos íntimos e incluso en sus parejas, mientras que los no consumidores no lo hacen casi nunca. Estos resultados relativos a los factores microambientales del sujeto consumidor de cocaína ponen de relieve la necesidad de comprender las dinámicas de socialización y selección de pares que integran el consumo de drogas ilegales incluyendo la cocaína. Si el consumo de drogas en general y cocaína en particular se produce y es ampliamente aceptado en el grupo de referencia, probablemente tenderá a mantenerse y generalizarse.

La integración del consumo de drogas en general y de cocaína en particular en un estilo de vida donde se obvian o minimizan los riesgos de diversas conductas también queda bien patente en las dos muestras de Irefrea, y este resultado es de nuevo validado en muestras de ámbito nacional. Los consumidores de cocaína minimizan los riesgos derivados del consumo de alcohol, cannabis y cocaína. Más aún, una mayoría clara de estos consumidores de cocaína que salen de marcha muestran actitudes favorables al desarrollo de conductas de riesgo asociadas a la conducción de vehículos y se implican en este tipo de conductas de riesgo para si mismos y para otras personas. Estos resultados relativos a las conductas de riesgo en la conducción de vehículos, junto con los indicadores de abuso y uso problemático de drogas comentados anteriormente sugieren una imagen de estos consumidores que no se ajusta al estereotipo de persona que previene y controla los riesgos asociados al consumo de drogas, sino más bien lo contrario.

Finalmente, las asociaciones entre consumo de cocaína y variables sociodemográficas muestran que el consumo de esta sustancia no es propio de individuos con estatus más favorecidos. Ese consumo se encuentra en

todos los niveles sociales, y tiende a ser más probable entre los individuos varones hallados en entornos recreativos y con niveles educativos y socioeconómicos más bajos. Con la progresiva generalización del consumo de cocaína, éste parece generalizarse progresivamente a los sectores sociales que tradicionalmente se han visto más afectados por el consumo de otras drogas ilegales y que tienden a manifestar con mayor probabilidad sus consecuencias negativas.

Los resultados de este estudio demuestran las asociaciones entre el consumo de cocaína y una serie de factores intraindividuales y microambientales que pueden sustentar el consumo de drogas en general y de cocaína en particular entre los jóvenes que salen de marcha por las noches de nuestras ciudades y probablemente de grupos más extensos de consumidores. En general nuestros resultados sugieren un prototipo del consumidor de cocaína que se encuentra en los entornos recreativos con un estilo de vida orientado a la diversión, cuya vida integra el consumo de drogas legales e ilegales, que está integrado en grupos sociales donde el consumo de drogas legales e ilegales es normativo, que tiende a mostrar actitudes favorables conductas de riesgo para la salud y que se implica en conductas de riesgo. Determinados entornos sociales y culturales asociados a la vida recreativa nocturna parecen estar proporcionando un medio donde sujetos con mayor afinidad por el consumo de cocaína y otras drogas desarrollan, consolidan, refuerzan, mantienen y modelan el consumo de cocaína.

Necesitamos conocer la interacción entre estos factores familiares, sociales, grupales y cómo se integran en la cultura recreativa para diseñar y aplicar estrategias educativas y preventivas orientadas a desarrollar estilos de gestión de la diversión de un modo saludable. Estas estrategias deberán basarse en un conocimiento de las dinámicas de socialización dentro de las familias y en los grupos de pares que promueven un estilo de vida orientado a la diversión y a la minimización y asunción de riesgos, donde el policonsumo de drogas en general y de cocaína en particular podría ser uno de los elementos que proporcionan un sentido a este estilo de vida.

AGRADECIMIENTOS

Este artículo ha sido realizado gracias a una subvención de la Delegación del Gobierno del Plan Nacional sobre Drogas

BIBLIOGRAFÍA

BARRIO, G.; SÁNCHEZ, J.; DE LA FUENTE, L.; (1990). Cocaína en España, 1984 – 89. Indicadores de Oferta y Consumo. **Comunidad y Drogas,** Nº 15, 9-36.

BARRIO, G.; ORTA, J.V.; BRAVO, M.J.; DE LA FUENTE, L.; (1993). The Epidemiology of Cocaine Use in Spain. **Drug and Alcohol Dependence,** Vol. 34, Nº 1, 45 – 57.

BARRIO, G.; DE LA FUENTE, L.; ROYUELA, L.; DÍAZ, A.; RODRÍGUEZ-ARTALEJO, F.; (1998). Urgencias en Consumidores de Cocaína en Varios Hospitales Españoles: Evidencias de Complicaciones Agudas por Consumo de Crack. **Medicina Clínica,** Nº 111, 49-55.

BARRIO, G.; DE LA FUENTE, L.; ROYUELA, L.; DÍAZ, A.; RODRÍGUEZ-ARTALEJO, F.; (1998b). Cocaine Use among Heroin Users in Spain: the Diffusion of Crack and Cocaine Smoking. **Journal of Epidemiology and Community Health,** Vol. 52, 172-180.

BOLINCHES, F.; CERVERA, G.; VALDERRAMA, J.C.; MARTÍNEZ, J.; ROJO, L.; DOMÍNGUEZ, A.; (1994). Características Clínicas de una Subpoblación de Adictos a Opiáceos: Los heroinómanos Dependientes de Cocaína. **Adicciones,** Vol. 6, Nº 2, 171-178.

BOYD, C.J.; (1993). The Antecedents of Women's Crack Cocaine Abuse: Family Substance Abuse, Sexual Abuse, Depression and Illicit Drug Use. **Journal of Substance Abuse Treatment,** Vol. 10, Nº 5, 433 – 438.

CALAFAT, A.; JUAN, A.; BECOÑA, E.; FERNÁNDEZ. C.; GIL, E.; PALMER, A.; SUREDA, P.; TORRES, M.A.; (2000). Salir de Marcha y Consumo de Drogas. **Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.** Publicación disponible en http://irefrea.org.

COHEN, P.; SAS, A.; (1994). Cocaine Use in Amsterdam in Non – Deviant Subcultures. **Addiction Research,** Vol. 2, Nº 1, 71 – 94.

CALAFAT, A.; FERNÁNDEZ, C.; JUAN, M.; BELLIS, M.; BOHRN, K.; HAKKARAINEN, P.; KILFOYLE, M.; KOKKEVI, A.; MAALSTÉ, N.; MENDES, F.; SIAMOU, I.; SIMON, J.; STOCCO, P.; ZAVATTI, P.; (2001). Risk and Control in the Recreational Drug Culture. SONAR PROJECT. Irefrea & European Commission.

DITTON, J.; HAMMERSLEY, R.; (1994). The Typical Cocaine User. **Druglink,** Vol. 9, Nº 6, 11 – 14.

ERICKSON, P.G.; WEBER, T.R.; (1994). Cocaine Careers, Control and Consequences: Results from a Canadian Study. **Addiction Research,** Vol. 2, Nº 1, 37 – 50.

GREEN, A.; PICKERING, H.; FOSTER, R.; POWER, R.; STIMSON, G.V.; (1994). Who Uses Cocaine?. Social Profiles of Cocaine Users. **Addiction Research,** Vol. 2, Nº 1, 141 – 154.

HAMMERSLEY, R.; DITTON, J., (1994). Cocaine Careers in a Sample of Scottish Users. **Addiction Research,** Vol. 2, Nº 1, 51 – 69.

HARRISON, L.D.; (1994). Cocaine Use Careers in Perspective. **Addiction Research,** Vol. 2, Nº 1, 1 – 20.

HAVASSY, B.E.; WASSERMAN, D.A.; HALL, S.; (1995). Social Relationships and Abstinence from Cocaine in an American Treatment Sample. **Addiction,** Vol. 90, Nº 5, 699 – 710.

HICKEY, J.E.; BROWN, B.S.; CHUNG, A.S.; KOLAR, A.F.; MICHAELSON, B.S.; (1991). Perceived Risk and Sources of Information Regarding Cocaine. **International Journal of The Addictions,** Vol. 26, Nº 7, 757 – 767.

JONHSON, R.S.; TOBIN, J.W.; CELLUTI, T.; (1992). Personality Characteristics of Cocaine and Alcohol Abusers: More Alike than Different. **Addictive Behaviors,** Vol. 17, Nº 2, 159 – 166.

KILBEY, M.M.; BRESLAU, N.; ANDRESKI, P.; (1992). Cocaine Use and Dependence in Young Adults: Associated Psychiatric Disorders and Personality Traits. **Drug and Alcohol Dependence,** Vol. 29, Nº 3, 283 – 290.

MUGFORD, S.K.; (1994a). Recreational Cocaine Use in Three Australian Cities. **Addiction Research,** Vol. 2, Nº 1, 95 – 108.

MUGFORD, S.K.; (1994b). Studies in The Natural History of Cocaine Use – Theoretical Afterword. **Addiction Research,** Vol. 2, Nº 1, 127 – 133.

NAHAS, G.G.; (1990). El Empleo con Fines Experimentales de la Cocaína en Sujetos Humanos. **Boletín de Estupefacientes.** Vol. XLII, Nº 1, 63-68.

OBSERVATORIO ESPAÑOL SOBRE DROGAS. (2000). Informe Nº 4. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

PALMER, A.; MONTAÑO, J.J.; CALAFAT, A.; (2000). Predicción del Consumo de Éxtasis a partir de Redes Neuronales Artificiales. **Adicciones,** Vol. 12, 1, 29-42.

RHODES, T.; LILLY, R.; FERNÁNDEZ, C.; GEORGINO, E.; ET AL., (En prensa). Risk Factors Associated with Drug Use: the Importance of Risk Environment.

ROIG-LLAVERIA, J.; GUERRERO, M.; FAURE, E.; SEDÓ, C.; GOYBURU, J.; GUERRERO, J.J.; (2000). Consumo de Cocaína en Usuarios de Metadona. **Revista Española de Drogodependencias,** Vol. 25, Nº 2, 182 – 198.

SAN, L.; (1996). Dependencia de la Cocaína. En: Becoña, E.; Rodríguez, A.; Salazar, I.; : **Drogodependencias III: Drogas Ilegales.** Universidade de Santiago de Compostela.

SMITH, D.E.; SCHWARTZ, R.H.; MARTÍN, D.M.; (1989). Abuso de Cocaina en AdolesIcentes. **Pediatrics,** Vol. 27, Nº 4, 189 – 192.

TORRENS, M.; SAN, L., PERI, J.M.; OLLE, J.M.; (1991). Cocaine Abuse among Heroin Addicts in Spain. **Drug and Alcohol Dependence, Vol. 27, Nº 1, 29-34.**

TRIBUNA MÉDICA. (1987). Efectos Perniciosos del Abuso de Cocaína. Nº 1138, p. 19.

TRIBUNA MÉDICA. (1989). La Cocaína se convertirá en un Problema tan Grave como la Heroína. Nº 1256, p. 9.

VAN MEERTEN, R.; DE BIE, E.; (1997). ¿Locos por la Coca?. Cocaína: Efectos, Problemas y Tratamiento. **Adicciones,** Vol. 9, Nº 4, 617 – 642.

YATES, W.R.; (1995). Factores de Riesgo de la Personalidad en el Consumo de Cocaína. **Revista de Toxicomanías,** Nº 3, 3 – 5.

Dependencia, intoxicación aguda y síndrome de abstinencia por cocaína

Llopis Llácer, J.J.

Doctor en psiquiatría. Médico coordinador UCA Castelló. Profesor asociado Universitat Jaume I.

Enviar correspondencia: Juan José Llopis Llacer. jllopis@pulso.com

RESUMEN

En el presente texto se realiza un análisis de varias de las facetas más controvertidas en relación al consumo de Cocaína. La discusión sobre la existencia o no de dependencia entre los consumidores de Cocaína así como la aparición de un verdadero síndrome de abstinencia por cocaína viene desarrollándose durante años entre la comunidad científica.

En este capitulo se analizan las características especiales de la adicción cocaínica al mismo tiempo que se describen las peculiaridades del síndrome de abstinencia. Se analizan los criterios diagnósticos internacionales revisando la escasa operatividad de los mismos y se recomiendan criterios clínicos más prácticos, así como un diagnóstico dinámico del proceso que permita entender la adicción y planificar la terapéutica. Finalmente se revisa el concepto de intoxicación aguda por cocaína distinguiendo entre la intoxicación por la propia sustancia y las intoxicaciones que obedecen más a los contaminantes, al ambiente y la vía de consumo, añadiendo mayor gravedad a las reacciones tóxicas agudas por consumo de cocaína.

Palabras clave: *Cocaína, abuso y dependencia de cocaína, síndrome de abstinencia por cocaína, Intoxicación aguda.*

ABSTRACT

In the present text, we make an analysis of several more controverted topics related to the cocaine use. The discussion about the evidence or not of dependence among cocaine users, as the appearance of the withdrawal syndrome due to cocaine, that is developping during years by the scientific community.

In this chapter we analyze the special characteristics of the cocaine addiction, ath the same time are described the peculiarities of the whitdrawl of cocaine.

Are analyzed the international diagnostic criteria, revising the scarce operativity of them, and we recomend clinical criteria more practics, and also a dynamic diagnostic of the processs that permits to understand the addiction and to planning the approaches.

Finally, we revise the concepts of acute intoxication due to cocaine, distinguishing between intoxication by the own substance, and the intoxications due to contaminant factors, atmosphere and the way of administration, that add a high severity of the acute toxic reactions for cocaine use.

Key words: *Cocaine, abuse and dependence of cocaine, withdrawl for cocaine, acute intoxication for cocaine.*

INTRODUCCIÓN

En el campo del uso de drogas existen algunas sustancias de difícil conceptualización dentro de los modelos clásicos de sustancias adictivas debido a las peculiaridades de su adicción. Algunos autores defienden que toda sustancia que induce modificaciones en el ámbito psicológico lo hace también a nivel molecular en la actividad cerebral, por lo que, en consecuencia, todas las drogas que actúan sobre el estado de

ánimo son adictivas físicamente aunque la privación brusca de ellas no produzca síndrome de abstinencia (Washton 95). Tomando estas afirmaciones como premisas deberíamos suponer que todas las sustancias que actúan a nivel del sistema nervioso central serian drogas adictivas, incluyendo todo tipo de fármacos como los antidepresivos, neurolépticos o los mismos nootropos Premisa que, con los conocimientos actuales en investigación psicobiológica, queda muy lejos de ser demostrada.

En ese terreno fronterizo entre la adicción y el abuso sin dependencia se ha movido, durante muchos años, la cocaína, creando diferentes corrientes de opinión científica que poco a poco han ido comprobando, lamentablemente para los consumidores, la intensa capacidad adictiva del alcaloide principal de las hojas de coca.

SOBRE LA DEPENDENCIA DE COCAÍNA

La historia nos muestra como grandes defensores de las bondades de la cocaína, como es el caso de S. Freud, con el tiempo fueron cambiando su opinión respecto de la sustancia, llegando a admitir cierto poder adictivo a la cocaína *"... pero solo en aquellos casos que previamente presentaban morfinismo y sobre todo cuando era utilizada por vía subcutánea"*.

Más llamativa resulta la descripción, publicada a principios de los 80, de lo que entendían como dependencia Van Dick y el que fuera recopilador de los textos de Freud sobre la cocaína, Robert Bick, en la que textualmente dicen: "... *la dependencia a cocaína intranasal se manifiesta por un patrón de uso continuado cuando existe droga a disposición, y en una abstinencia simple cuando no existe. El patrón de conducta es comparable a la de muchas personas respecto de, por ejemplo, los cacahuetes o las patatas chips. Este patrón puede interferir con otras actividades del individuo pero también puede considerarse como una forma de entretenimiento*." (Van Dick y Bick 1982).

Hasta hace pocos años se persiste en la idea de la inocuidad y falta de capacidad adictiva de la sustancia y no solo en opinión de personas más o menos entusiastas de ella, sino también en tratados de psiquiatría tan reputados como el Kaplan, en cuya edición de 1980 se puede leer que la cocaína no causaría ningún trastorno si no se utilizara más de 2 ó 3 veces a la semana, lo que equivale a restarle importancia al potencial como droga de abuso de la sustancia y cargar el peso de su mayor o menor uso a la "voluntad" de la persona.

No es hasta la aparición del DSM III-R que se conceptualiza el diagnóstico de dependencia a cocaína. Hasta entonces los criterios diagnósticos sólo aceptaban para la cocaína el Síndrome de Abuso excluyendo la dependencia, para ello se basaban en que no tenían evidencia de inducción de dependencia física, entendida ésta como la aparición de un cuadro de tolerancia tras el consumo continuado, ni de síndrome de abstinencia al interrumpir el consumo.

Aunque la definición de Abuso de sustancias del DSM III era lo bastante amplia como para abarcar diferentes casos de consumidores crónicos de cocaína, la discusión se planteaba ante la presencia de un auténtico síndrome de abstinencia siguiendo el modelo de deprivación que provocaban los depresores, condición, en teoría, ineludible para calificar a una sustancia como adictiva. También polémica es la potencial adictividad de la cocaína en relación con la aparición o no de tolerancia, definida como la necesidad de ir incrementando paulatinamente las dosis de la sustancia para sentir los mismos efectos que en las dosis iniciales.

La existencia de un cuadro de abstinencia clásico no sólo es controvertida sino que claramente no se observa. El Síndrome de Abstinencia por cocaína aparece pero tiene una presentación, evolución y características específicas que, como veremos más adelante, lo diferencian del síndrome de abstinencia clásico por alcohol u opiáceos. En cuanto a la

tolerancia inducida por cocaína tampoco muestra el patrón habitual. Desde las primeras descripciones de su uso crónico se ha hablado de la inducción de Taquifilaxia como característica del consumo de cocaína y que se corresponde con un incremento en la frecuencia de la administración pero no de la cantidad de cocaína de cada dosis, lo que estaría más relacionado con una conducta compulsiva que con la tolerancia clásicamente entendida. A nivel experimental se ha demostrado que si a los animales de laboratorio se les da acceso libre a la cocaína se produce un deterioro progresivo de la salud continuando con la autoadministración hasta fallecer (Geary 1990).

El consumo crónico de cocaína induce la aparición de tolerancia inversa posiblemente como resultado de la depleción y agotamiento de neurotransmisores, con lo que el efecto en usuarios crónicos sería el antagónico al que experimentaban inicialmente. Por ello los nuevos consumos de cocaína no provocarían estimulación, euforia, locuacidad... sino disforia, rumiación, inhibición conductual y paranoias.

Con el tiempo, la evidencia de un síndrome específico con alteraciones fisiológicas y psicológicas, que aparecen al interrumpir el consumo de cocaína tras un periodo de abuso, y el conocimiento de las bases neurobiológicas del efecto de la sustancia, han eliminado la tendencia a calificar la adicción a cocaína como exclusivamente dependencia psicológica. Actualmente se ha pasado a tener en cuenta todo el proceso de neuroadaptación y los cambios conductuales y fisiológicos como expresión de una modificación del funcionamiento cerebral inducida por la droga incluyendo, por ello, el criterio de dependencia fisiológica ya en el DSM III-R y posteriormente en el DSM IV. Aunque en un principio esta inclusión fue mediatizada por presiones sociales y económicas, más tarde se ha sustentado en la experiencia clínica y en los hallazgos psicobiológicos de su mecanismo de acción.

La OMS, previamente a la edición de la CIE 10 (OMS 92), define la dependencia a cocaína como un estado resultante de la administración repetida de cocaína en el que sólo tiene en cuenta la dependencia psicológica y el abuso e indica, explícitamente, la ausencia de tolerancia, dependencia física y síndrome de abstinencia, señalando que la abstinencia se presenta como un trastorno psíquico con intenso deseo de droga.

La limitación que la Tolerancia y el Síndrome de Abstinencia presentan como indicadores de dependencia quedó subsanada en los criterios ICD-10 (OMS 92) en los que se resta importancia a los aspectos fisiológicos no siendo necesaria la aparición de estos signos para confirmar el diagnóstico de dependencia. Queremos señalar que aunque el DSM IV mantiene el diagnóstico de dependencia, sigue exigiendo la aparición de tolerancia o síndrome de abstinencia para cumplir criterios de dependencia fisiológica.

Según el DSM IV la característica principal de la dependencia consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo sigue consumiendo la sustancia a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Se produce un patrón de autoadministración reiterada que a menudo lleva al desarrollo de tolerancia, abstinencia y a la ingesta compulsiva de la sustancia.

El deseo irreprimible de consumo de cocaína, conocido como craving, se observa en la mayor parte de los cocainómanos a pesar de que los criterios diagnósticos DSM no lo tienen en cuenta específicamente, pero en cambio sí que se contempla en los criterios de dependencia del ICD 10.

Diagnóstico dinámico vs diagnóstico estático de la dependencia cocaínica.

La adicción a cocaína presenta un curso progresivo y crónico que hace referencia al proceso evolutivo de instauración de la dependencia más que a factores de incurabilidad, siendo una de las premisas que vienen a determinar las posibilidades de intervención terapéutica.

DEPENDENCIA COCAÍNA. DSM IV	***DEPENDENCIA COCAÍNA. ICD 10***
Patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva deterioro o malestar clínicamente significativo expresado por tres o más de los siguientes ítems, en algún momento de un periodo continuado de doce meses.,	Tres o más de las siguientes manifestaciones aparecidas simultáneamente durante al menos un mes o en un periodo de doce meses.
1. TOLERANCIA definida por: a) Necesidad de cantidades marcadamente crecientes para conseguir intoxicación o el efecto deseado. b) El efecto de la misma cantidad de sustancia disminuye con su consumo continuado.	1. Evidencia de Tolerancia a los efectos de la sustancia como necesidad de aumentar significativamente las dosis para conseguir la intoxicación o el efecto deseado, o marcada disminución del efecto con el consumo de la misma cantidad.
2. ABSTINENCIA, definida por cualquiera de los siguientes ítems: a) Síndrome de abstinencia característico de la sustancia. b) Se toma la sustancia o similar para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.	2. Cuadro fisiológico de abstinencia cuando se consume menos sustancia o se termina el consumo, apareciendo el s. de abstinencia de la sustancia o su uso con la intención de evitar los síntomas de abstinencia.
3. La sustancia se toma con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que se pretendía.	3. Disminución de la capacidad de controlar el consumo, para evitar el inicio, para poder terminarlo o para controlar la cantidad consumida.
4. Deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo.	4. Deseo intenso o vivencia de compulsión a consumir la sustancia
5. Emplea mucho tiempo en actividades de obtención de la sustancia, en el consumo o en la recuperación de los efectos de la sustancia.	5. Preocupación con el consumo que se manifiesta por el abandono de otras fuentes de placer o diversiones por el consumo o el empleo de gran parte del tiempo en obtener, consumir o recuperar de los efectos de la sustancia.
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo.	6.
7. Continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos, recidivantes o persistentes, causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.	7. Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, siendo el consumidor consciente de ellas.
Especificar: Si cumple 1 ó 2: Dependencia fisiológica. No cumple 1 ó 2: No hay Dependencia fisiológica	Puede ser especificada si se desea, como: Con consumo continuo. Con consumo episódico.

Durante muchos años la discusión a este nivel se ha centrado en la definición del curso de la enfermedad. Al hablar de dependencia no nos estamos refiriendo a los consumos esporádicos relacionados con el uso recreativo de la droga, hablamos del cuadro resultante de las modificaciones estructurales que provoca su uso continuado a nivel de sistemas de neurotransmisión, junto con la fuerte compulsividad al consumo desarrollada en un intento de reducir la disforia producida por la misma cocaína.

Para la mayor parte de profesionales los aspectos cruciales del diagnóstico de dependencia han sido la tolerancia y el cuadro de deprivación, aspectos que están en relación con la evolución de la patología. Así se entiende que al observar los largos años de consumo de cocaína en sujetos que no presentaban estos signos la duda ante la existencia de dependencia fuera mayoritaria.

La dependencia a cocaína no es cuantificable, no podemos hablar de intensa o moderada dependencia. La dependencia se instaura, o no, en un momento de la evolución del consumo y el diagnostico con los criterios al uso es en realidad un diagnóstico estático. La enfermedad es un proceso dinámico, cambiante, que en el caso de la cocaína presenta un largo silencio clínico, a veces hasta de 10 años, con lo que los estudios transversales de consumidores diagnostican, sobre todo, los trastornos por abuso sin observar la dependencia física.

Dejando de lado características individuales, alteraciones metabólicas como el déficit de Colinestarasa y los consumos puramente sintomáticos, que inducen respuestas individuales peculiares ante el uso de cocaína, debemos tener en cuenta el curso evolutivo en el que destaca la diacronía y sincronía de la enfermedad de forma que diferentes adictos a cocaína presentarían similares características si los evaluamos en momentos idénticos en su evolución. Este enfoque dinámico del diagnóstico nos permite ver que, en realidad, estamos ante un mismo diagnóstico pero en diferentes fases evolutivas de la enfermedad. La evolución natural del abuso de cocaína tiende a la instauración de dependencia.

A la hora de programar el proceso terapéutico es fundamental tener en cuenta estas características dinámicas de la enfermedad. El cocainómano es un enfermo que, en general, puede abandonar el consumo por sí mismo, de hecho la mayoría de ellos interrumpen su consumo tras un periodo de abuso por la propia saturación percibida incluso manteniendo el acceso a la sustancia. En cambio son incapaces de controlar el deseo patológico instaurando un circulo de atracones de cocaína, interrupción del consumo, síndrome de abstinencia, intenso craving y reanudación del consumo compulsivo con disforia.

Estos mismos enfermos, en fases anteriores a la instauración de la adicción, presentan consumos intermitentes y esporádicos, normalmente dentro de un contexto de uso lúdico en el que con frecuencia se producen intoxicaciones y trastornos de conducta, pero en los que experimenta el efecto estimulante de la sustancia y conserva la capacidad para mantener la abstinencia.

El adicto a cocaína es diferenciable del sujeto que sufre un trastorno por abuso. Este último puede experimentar los efectos negativos del consumo pero todavía no ha pasado la frontera hacia un uso compulsivo que se escapa por completo de su control. El consumidor de abuso puede experimentar consecuencias negativas por lo que cesa o reduce el consumo. En cambio cuando el adicto experimenta esos mismos efectos negativos mantiene e incluso llega a incrementar su consumo, puede desear parar pero se ve imposibilitado a hacerlo sin apoyo externo o sin un cambio radical en su entorno. La transición del abuso a la dependencia es siempre posible y va a depender de que el sujeto continúe en el consumo y tenga o no conciencia del problema.

Cual sería la diferencia entre un estadio evolutivo y otro? Básicamente, podemos hablar de instauración de dependencia a partir de la aparición de dos signos:

- Incapacidad para mantener la abstinencia más allá de la aparición del craving.
- Efecto Paradójico o Tolerancia Inversa, que se caracteriza por la perdida de los efectos estimulantes con el uso crónico de cocaína.

Experimentar los efectos tóxicos de la sustancia u observar el incremento del consumo en situaciones no deseadas no suele ser un factor fundamental en la toma de conciencia de la adicción, por el contrario, la motivación al cambio comienza a aparecer cuando se percibe el efecto paradójico del consumo crónico de cocaína de forma bastante explícita. *"... supe que estaba enganchado cuando después de haber tenido que ir a urgencias por una taquicardia, de la que pensé que me moría, dije nunca más, y a los dos días estaba esnifando otra vez... lo definitivo fue esnifar cocaína a solas, en mi casa, frente a la tele y no querer ver a nadie... no podía hablar con nadie."* (Varón con 12 años de consumo de cocaína).

Diagnóstico clínico de la dependencia a cocaína.

Diagnosticar implica establecer un criterio operativo que permita diseñar un proceso terapéutico y desarrollar bases preventivas, pero el diagnóstico de dependencia a cocaína efectuado con los criterios internacionales no permite prever la evolución ni programar el tratamiento, ya que al ser un diagnóstico estático no tiene en cuenta la evolución natural de la enfermedad y la necesidad de abstinencia absoluta o no.

Si diagnosticamos un abuso de cocaína como una dependencia podemos tener mayores probabilidades de fracaso terapéutico y sobre todo de perdida del paciente ya que tanto la conciencia de enfermedad como la motivación a la abstinencia son muy escasas y limitadas a ese momento. Los consumidores intermitentes aun con periodos de abuso presentan escasa motivación a la abstinencia absoluta y la posibilidad de que en un futuro hagan consumos aislados de cocaína sin mayores complicaciones no debe ser despreciada de entrada. En cambio, en enfermos adictos una de las características más observables es que la adicción continua presente aunque el individuo no realice consumos de forma continuada. Un cocainómano, aunque llegue a mantener la abstinencia durante semanas o meses, sufrirá de nuevo los síntomas de adicción al ponerse nuevamente en contacto con la sustancia, alcanzando probablemente la misma severidad en los síntomas que tenia previamente al inicio de la abstinencia, instaurando en poco tiempo el mismo patrón de consumo. Esta observación clínica nos plantea la duda hipotética de si las modificaciones estructurales y moleculares neurobiológicas inducidas por la adicción son reversibles o, por el contrario, perduran en el tiempo, de forma que el proceso adictivo podría haber provocado una nueva homeostasis crónica de los sistemas de neurotransmisión en presencia de cocaína.

Es por todas estas circunstancias que, para el diagnóstico clínico de la dependencia a cocaína, debemos restar importancia a aspectos fisiológicos como el síndrome de abstinencia y la tolerancia aumentada para tener más en cuenta el fenómeno de neuroadaptación, el efecto paradójico y los aspectos de uso compulsivo e incapacidad para controlar el consumo.

La mayor parte de los adictos hace años que no experimentan la euforia y las sensaciones placenteras de la cocaína. El déficit de la neurotransmisión, sobre todo la deplección de dopamina, hacen que experimente disforia y anhedonia constantemente. El cocainómano ya no siente placer en situaciones cotidianas que antes lo provocaban, como son el deporte, el ocio o el sexo, experimenta un estado crónico de humor negativo, irritabilidad, ansiedad, etc. En vez de recuperar energía siente fatiga crónica; sus relaciones sociales dejan de ser espontáneas y se instaura una tendencia a la inhibición, el retraimiento social, el desinterés en conocer nuevas personas y la paranoia. La capacidad mental se deteriora con déficits en la atención y concentración y son significativas las cefaleas

crónicas. La apatía se instaura en diversas esferas vitales incluida la sexual con pérdida del deseo y aparición de impotencia en muchos casos.

En general los cocainómanos suelen presentar problemas de conductas compulsivas en relación con el consumo y los periodos de craving, de forma que es habitual la coexistencia de otras dependencias, como la ludopatía, y conductas sexuales compulsivas. La instauración de la adicción provoca alteraciones en la regulación del apetito y la conducta de alimentación con lo que lo más frecuente es observar que los adictos a cocaína, sobre todo los varones, son personas con sobrepeso, incluso obesidad, y trastornos metabólicos. En nuestro entorno es habitual observar que el consumo abusivo de alcohol va parejo al de cocaína, de forma que la mayor parte de cocainómanos españoles cumplirían criterios de abuso de alcohol o de alcoholismo.

Resumiendo todo esto podemos señalar que la dependencia crónica a cocaína da lugar a un cuadro clínico caracterizado por:

- Consumo compulsivo de cocaína alternado con breves periodos de abstinencia.
- Deseo patológico de consumo que se incrementa durante la abstinencia
- Efecto paradójico o Tolerancia inversa.
- Trastornos conductuales en relación al consumo.
- Incremento de conductas compulsivas.
- Disforia, anhedonia, apatía e ideación autolítica.
- Retraimiento, inhibición social e ideación paranoide.
- Déficits cognitivos en memoria, atención y orientación.
- Trastornos del sueño
- Trastornos de la alimentación y frecuente obesidad en varones.
- Cefaleas crónicas y duraderas.
- Lesiones de mucosa nasal en inhaladores y de mucosa orofaríngea en fumadores de base/crack.
- Abandono de las obligaciones laborales y sociales.
- Deterioro y desestructuración familiar.
- Frecuentes ausencias injustificadas del hogar.
- Consumo abusivo de otras drogas, preferentemente alcohol.
- Uso continuado de cocaína a pesar de ser consciente de las consecuencias negativas que le produce.

SOBRE EL SÍNDROME DE ABSTINENCIA DE COCAÍNA.

Como hemos visto la cocaína es una de las drogas más controvertidas con las que nos encontramos. Las características especiales de su adicción y la sintomatología, tanto de los consumidores de abuso como de los adictos, hace que sea difícil definir los patrones básicos de las drogodependencias aplicados a la cocaína. Utilizando los modelos clásicos de los opiáceos o el alcohol vemos que la cocaína no encaja en las definiciones al uso.

Como síndrome de abstinencia nos referimos al conjunto de signos y síntomas, tanto físicos como psíquicos, que aparecen al descender o abandonar de forma brusca el consumo de una droga. Este concepto histórico está directamente ligado al desarrollo de tolerancia y a la dependencia física, hasta el punto que, en la mayor parte de tratados diagnósticos y terapéuticos, se señala la necesidad de que sobrevenga el síndrome de abstinencia para poder hablar de dependencia física.

El síndrome de abstinencia implica una respuesta fisiológica y psicológica a la supresión de la sustancia adictiva que un individuo ha venido consumiendo en forma de abuso y durante un periodo continuado en el que aparecen los síntomas antagónicos, la llamada imagen en espejo, a los que se producían con el consumo. Al mismo tiempo es conocido que el síndrome de abstinencia conlleva una conducta de búsqueda de la sustancia. Al reanudar el consumo el síndrome de abstinencia remite hasta desaparecer.

En el caso del trastorno por abuso y la dependencia de cocaína los acontecimientos que suceden a la supresión de la droga no siguen el patrón clásico de la abstinencia de

drogas depresoras, sino que muestran una característica definitoria: el cocainómano, durante gran parte del síndrome, no presenta esa conducta de búsqueda de la droga. Además, el consumo de cocaína en plena abstinencia no elimina la sintomatología de la deprivación.

Las primeras descripciones del cuadro de abstinencia por cocaína se remontan a finales del siglo XIX. Hammond, tras comprobar los efectos de la sustancia en un grupo de voluntarios, describe su autoexperimentación con cocaína y destaca el efecto de rebote tras tomar una dosis única superior a 1 gramo con depresión, cefalea, fatiga física y mental, insomnio, latido cardiaco irregular, falta de concentración y deseo vehemente de cocaína (Hammond 1887). Muchos años después, en 1958, Chopra y Chopra describen los hábitos de consumo oral de cocaína en la India delimitando los síntomas básicos del síndrome de abstinencia, a saber: depresión, fatiga, intensas cefaleas y conducta de búsqueda de la droga (Nunes y Rosecan 1990).

La descripción definitiva del cuadro de abstinencia en un sujeto adicto a cocaína sin otras patologías psiquiátricas asociadas la realizan Gawin y Kleber (1986) tras estudiar una serie de 30 pacientes que, durante un breve periodo de tiempo, habían consumido cantidades abusivas de cocaína. Este tipo de consumo es denominado por los autores "binge" y tendría su equivalencia en el concepto español de borrachera o atracón de cocaína. El cuadro sintomático tiene un proceso secuencial que se desarrolla en tres fases que arrancan en el mismo momento en que se interrumpe el periodo de atracón, ya sea por agotamiento del consumidor o cuando la droga ya no está disponible.

Fases del síndrome de abstinencia (Gawin y Kleber 1986).

1º Fase: "Crash", dura de 9 horas a 5 días

Rápida aparición de los síntomas de abstinencia dando comienzo a la fase de bajada o "crash". Se divide a su vez en tres subfases, diferenciadas fundamentalmente por la diferente intensidad del craving en cada una de ellas.

–Temprana: de 6 a 20 horas.
- Agitación.
- Depresión.
- Anorexia.
- Intenso deseo de cocaína.

–Media: 6 a 20 horas.
- Fatiga.
- Depresión.
- Anhedonia.
- Irritabilidad.
- Cefaleas.
- Mialgias difusas.
- Insomnio con letargia.
- No deseo de cocaína.

–Tardía: De 3 a 5 días.
- Agotamiento físico.
- Hipersomnia con despertar frecuente.
- Intensas cefaleas.
- Hiperfagia.
- Nulo deseo de cocaína.

2ª Fase. Abstinencia. Dura de 1 a 10 semanas.

–Temprana.
- Normalización del ritmo de sueño.
- Normalización del estado de ánimo (eutimia).
- Baja ansiedad.
- Bajo deseo de cocaína.

–Media y tardía.
- Disforia.
- Anhedonia.
- Anergia.
- Incremento de ansiedad.
- Irritabilidad.
- Intenso deseo de cocaína. "craving".
- Sucesos condicionantes que exacerban el deseo de cocaína.

3ª Fase. Extinción: Duración indefinida.

- Eutimia.
- Respuesta hedónica normal.
- Recuerdo de los efectos agradables de la cocaína

• Deseo periódico de cocaína en relación con estímulos condicionados.

Evolución del síndrome de abstinencia a cocaína.

La descripción secuencial de Gawin y Kleber (1986) tiene un carácter didáctico que ilustra perfectamente las características sintomáticas diferenciales de las distintas fases del síndrome de abstinencia aunque, en muchas ocasiones, el proceso se presenta de forma un tanto confusa con solapamiento de muchos de los síntomas. Además en nuestro país hay que tener en cuenta que la mayor parte de adictos a cocaína presentan simultáneamente criterios de abuso o dependencia de alcohol, por lo que muchas veces, ambos cuadros de abstinencia se superponen provocando un cuadro sindrómico inespecífico.

Dentro del cuadro de deprivación es fundamental tener en cuenta el grado de implicación de los diferentes síntomas en cada una de las fases, ya que van a marcar trascendentalmente la evolución del proceso.

Durante la primera fase temprana de abstinencia predomina la depresión y el deseo de consumo en el que el adicto trata de eliminar ambos síntomas consumiendo más cantidad de cocaína, pero lo único que consigue es incrementar la disforia, provocar ansiedad y sufrir trastornos paranoides. En cambio, durante las fases media y tardía, el deseo de cocaína desciende hasta ser prácticamente inexistente, predominando el abatimiento general. Si se superan las primeras horas de abstinencia, el riesgo de recaída durante esta primera fase es bajo y la duración del "crash" hasta la recuperación va a depender de la dieta, el descanso y del tiempo necesario para un restablecimiento del nivel normal de catecolaminas.

La segunda fase de abstinencia consta de un síndrome fluctuante con síntomas opuestos a los que provocaba el consumo de cocaína. Se va normalizando el estado de ánimo pasando progresivamente a sentir un intenso deseo de consumir, sin necesidad de estímulos externos elicitadores. Presenta características de compulsividad y se ha dado en llamar "craving". El craving es el responsable de la mayor parte de recaídas en esta fase.

Los consumidores crónicos siguen un patrón de periodos de consumo y abstinencia repetidos creando un círculo que comprende períodos de consumo intenso de cocaína (binges), abandono del consumo y paso a la fase de abatimiento (crash) durante uno o dos días, posteriormente siguen un par de días de abstinencia y vuelve el intenso deseo y la lucha constante por resistirse a la recaída durante 24 o 48 horas, que a su vez suele dar paso a esa recaída, con lo que se vuelve a iniciar el ciclo (Roig 90).

Si no se ha producido ningún consumo durante las fases de Crash y Abstinencia el adicto pasa a la tercera fase o de Extinción, que puede durar desde meses a años, en la que se recupera el estado de ánimo normal y el deseo de cocaína es muy fluctuante, desencadenado por estímulos particulares para cada persona, sobre todo en relación al abuso de otras drogas, preferentemente alcohol.

La mayor parte de los estudios en los que se describen las fases clásicas del síndrome de abstinencia a cocaína están realizados con pacientes en tratamiento hospitalario, probablemente pacientes con mayor gravedad en su adicción y también en la deprivación. Según algunos autores las típicas fases de la abstinencia solo se observan en pacientes adictos hospitalizados, en cambio en los pacientes ambulatorios no se encontraron las fases típicas ni los trastornos del sueño, el craving era muy bajo y tampoco evidenciaron trastornos cognitivos durante los 28 días de seguimiento (Coffey et al 2000, June et al. 2000).

Diagnóstico del síndrome de abstinencia.

A la hora de tener un lenguaje común entre profesionales es necesario utilizar los criterios diagnósticos aceptados internacionalmente, aunque, en gran medida, no se corresponden con la abstinencia a cocaína que solemos observar en la práctica clínica diaria.

Criterios DSM- IV para el diagnóstico de Abstinencia de cocaína (292.0).
A. Interrupción o disminución del consumo prolongado de abundantes cantidades de cocaína. B. Estado de ánimo disfórico y dos (o más) de los siguientes cambios fisiológicos que aparecen pocas horas o días después del criterio A: 1. Fatiga. 2. Sueños vívidos y desagradables. 3. Insomnio o hipersomnia. 4. Aumento del apetito. 5. Retraso o agitación psicomotores. C. Los síntomas del criterio B causan malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral, social o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto. D. Los síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

En el caso del diagnóstico de abstinencia el DSM- IV exige la presencia de un malestar significativo o deterioro de las actividades importantes, en cambio en los criterios ICD-10 se requiere la existencia de signos y síntomas característicos de la abstinencia de cocaína. En cuanto a la comparación con la descripción fásica de Gawin y Kleber (1986), el DSM-IV difiere al señalar que pueden haber " *sin formar parte de los criterios diagnósticos"* (APA 1995) la anhedonia y el craving o deseo irreprimible de cocaína, síntomas que para Gawin y Kleber son cruciales y diferenciadores de las distintas fases o estadios del síndrome de abstinencia.

La gran variabilidad de un cuadro sindrómico que no presenta un patrón común definido ha llevado a la reticencia en su aceptación y a la insuficiente catalogación del Síndrome de Abstinencia por Cocaína, lo que provoca que todavía hoy sea un concepto discutido por muchos profesionales e investigadores.

SOBRE LA INTOXICACIÓN COCAÍNICA AGUDA.

Al hablar de intoxicación por cocaína de nuevo nos enfrentamos al mismo dilema. ¿A que nos estamos refiriendo?, ¿ al efecto fisiológico de la cocaína o a sus efectos tóxicos? Desde el punto de vista médico la intoxicación se define como un estado de envenenamiento por exposición a un fármaco u otra sustancia tóxica. Concepto que remite a una situación de disconfort o reacción desagradable y perjudicial del organismo tras la exposición a la droga.

En cambio las primeras descripciones de la intoxicación cocaínica (Aschenbrandt, 1883; Mantegazza 1859) remiten a los efectos fisiológicos percibidos más que a un cuadro de intoxicación. Freud en su famoso articulo "Über Coca" (Freud 1884) ilustra sus experiencias de consumo describiendo los efectos que percibió con distintas dosis de cocaína: *"...A los pocos minutos de tomar cocaína siente bruscamente sensación de optimismo y ligereza, como si los labios y el paladar estuvieran recubiertos de pelos y sensación de calor en esa zona... sentí durante un corto periodo efectos tóxicos. La respiración se hizo lenta y profunda, me sentí cansado y soñoliento. Bostezaba frecuentemente y me sentía algo embotado. La acción propia de la cocaína empezó en unos minutos. La típica euforia se vio precedida por repetidos eructos refrescantes. Inmediatamente después de tomar cocaína noté ligera desaceleración del pulso y después una moderada aceleración..., los sujetos decían experimentar una intensa sensación de calor en la cabeza...en dos casos sensación de mareo. En conjunto los efectos tóxicos de la coca son de corta*

duración...parecen debilitarse más aún con el uso repetido de la cocaína... el efecto psíquico es de optimismo y duradera euforia...no aparece sensación de excitación. También produce necesidad de emprender inmediatamente alguna actividad, aumento del control de uno mismo, gran vigor y es capaz de trabajar. Uno se encuentra sencillamente normal y pronto le resulta difícil creer que se encuentra bajo los efectos de una droga... Mientras duran los efectos de la cocaína, si uno lo desea puede comer copiosamente y sin asco, pero se tiene la clara sensación de que la comida es innecesaria. Cuando el efecto comienza a decaer, nada le impide a uno dormir, pero también es posible suprimir el sueño sin consecuencias desagradables. Durante las primeras horas del efecto no se puede dormir, pero no resulta molesto... Este efecto de la coca que suprime el hambre, el sueño y la fatiga, y permite acentuar el esfuerzo intelectual..."(Freud 1884).

Como vemos en el relato de Freud no se hace distinción entre lo que serian los efectos fisiológicos y la sintomatología de la pura intoxicación. En ese mismo artículo el autor describe los experimentos del entusiasta Paolo Mantegazza con dosis elevadas de cocaína calificando los efectos aparecidos como síntomas de intoxicación: *"...que le produjeron un estado de felicidad notable... un deseo de inmovilidad completa... al aumentar la dosis se sumió en un < sopore beato >, el ritmo de sus pulsaciones se aceleró muchísimo y le subió algo la temperatura del cuerpo, no podía hablar y su caligrafía era poco firme; más adelante experimentó espléndidas y vividas alucinaciones que al principio le produjeron miedo pero luego fueron alegres... tampoco esta intoxicación por la coca le produjo ningún tipo de depresión ni dejó en el señal de haber pasado por un periodo de intoxicación."* (Freud 1884).

Sin ninguna duda esta descripción se corresponde con una intoxicación y no con los efectos fisiológicos de la cocaína, convirtiéndose en una de las primeras descripciones de lo que se ha dado en denominar intoxicación cocaínica aguda y que posteriormente completará Freud con la descripción de la psicosis cocaínica que sufrió su colega y amigo el doctor Von Fleischl tras administrarse durante meses una dosis diaria de 1 gramo de cocaína subcutánea y que servirá para que Freud cambie sus opiniones sobre la cocaína admitiendo algunos de los riesgos del consumo.

Efectos tóxicos agudos de la exposición a la cocaína.

- Excitación nerviosa.
- Intranquilidad.
- Lenguaje incoherente.
- Fiebre.
- Hipertensión.
- Arritmias cardiacas.
- Convulsiones
- Colapso.
- Parada respiratoria.
- Muerte.

La cocaína es un alcaloide con alto potencial tóxico, actividad vasoconstrictora moderada y graves efectos psicotropos. Presenta una sintomatología por reacción tóxica aguda que puede llegar a comprometer la vida del sujeto con una secuencia de acontecimientos muy similar a la intoxicación por otro tipo de psicoestimulantes. En el caso de la cocaína debemos tener en cuenta una serie de circunstancias que modifican las características e intensidad del cuadro tóxico:

- El tipo de preparado de cocaína que se consume.
- Los contaminantes que incluye el preparado consumido.
- La vía de consumo.
- El ambiente de consumo.

Es bien sabido, y así lo relata la historia, que los masticadores de hojas de coca no presentan cuadros de intoxicación, en cambio la aparición de nuevas formas de uso de cocaína ha ido paralelo al incremento de cuadros tóxicos agudos. Ya en los textos clásicos se señala esta circunstancia, puntualizando

los riesgos de la administración subcutánea de cocaína frente a los mínimos efectos tóxicos de la ingestión del preparado de hojas de coca. Hay que dejar claro que las dosis de cocaína ingerida por los investigadores de finales del siglo XIX eran mínimas en comparación a las dosis habitualmente utilizadas en la actualidad. Freud en cada una de sus experiencias solía ingerir entre 0.005 y 0.1 gramos, y recomendaba dosis de 0.1 gramo vía subcutánea cada 8 horas, para el tratamiento de la morfinomanía.

Relación preparados de coca e intoxicación aguda.

—Bazuko o Pasta Base de coca.

El *Bazuko* es el sulfato de cocaína sin refinar. Se utiliza para su obtención solventes como la gasolina y el keroseno. Se consume en forma de polvo de color tabaco que se fuma mezclado con marihuana o tabaco.

Es la forma más barata, la más contaminada y la más tóxica. Los restos de keroseno y gasolina provocan acumulaciones de plomo a niveles tóxicos en hígado y cerebro dando lugar a intoxicaciones saturninas. La gran cantidad de sustancias contaminantes provocan daños pulmonares irreversibles que se han relacionado con un incremento del riesgo de carcinogénesis.

Esta no es una forma habitual de consumo en nuestro medio por lo que no es frecuente ver intoxicaciones por este preparado.

—Free Base.

Preparado de clorhidrato de cocaína disuelta en una base fuerte, normalmente solventes volátiles del tipo acetona o éter, que dan lugar a un polvo blanco preparado para fumar, altamente tóxico y peligroso tanto en su elaboración como al fumarlo. El éter sometido a altas temperaturas se convierte en un explosivo que puede provocar graves quemaduras al intentar fumar la base preparada de esta forma.

El consumo de este preparado presenta una alta toxicidad potencial ya que al separar el alcaloide libre de la sal para, así, poder fumarla se produce una combustión del 80% del alcaloide activo que además, al ser aspirado el humo, pasa rápidamente por vía pulmonar al torrente circulatorio invadiendo el tejido cerebral, con lo que las intoxicaciones agudas son más frecuentes que esnifando o ingiriendo el preparado y muy similares a la toxicidad de la vía intravenosa.

Los contaminantes del *free base* al pasar a la sangre pueden provocar reacciones tóxicas/anafilácticas. El humo de esta base libre tiene un 6.5% de cocaína y un 93.5% de partículas con tamaño de nanogramos lo que les permite ser inhaladas y difundirse por todo el aparato respiratorio (Cabrera y Torrecilla 98).

—Crack, Rock y Free base basura.

Variantes de la *free base* obtenida a partir del clorhidrato pero sin utilizar solventes volátiles, suele añadirse agua y bicarbonato lo que al precipitar da lugar a unos cristales que normalmente se fuman en pipas especiales. Es una variante mucho más fácil de preparar a nivel casero que las otras formas fumadas.

Preparado altamente tóxico por que alcanza directamente el cerebro, provoca patologías respiratorias agudas como el "pulmón de crack" al contener muchas más impurezas que la base libre. Es uno de los preparados con mayor compulsividad en el consumo por la rapidez de inicio de su acción y la brevedad en la duración. Da lugar a los llamados "binges", borracheras o atracones de *crack* durante los que un adicto puede pasar varios días fumando *crack* en un estado de intoxicación permanente.

Las intoxicaciones agudas por *crack* están directamente relacionadas con el incremento de urgencias por Infarto Agudo de Miocardio y la aparición de Neumotorax o Neumomediastino por rotura alveolar a causa de las repetidas maniobras de Valsalva que realizan para poder aspirar el humo profundamente.

En nuestro medio la fabricación de *crack o base* se limita, a nivel casero, a añadir amoniaco y/o bicarbonato al clorhidrato de cocaína disuelto en agua para que al precipitar se

incremente el tamaño del preparado. Estas formas caseras tienen todavía mayores riesgos por la gran cantidad de contaminantes tóxicos que se añaden.

La intoxicación suele provocar importantes cefaleas y en algunos casos se han descrito erupciones maculopapulosas generalizadas por la adulteración con amoniaco (Perez, Reyes y Hernández 2000). También incrementan la frecuencia de aparición de crisis convulsivas, fallos cardiacos y respiratorios, aumento de la tensión arterial por vasoconstricción, arritmias y perdida de conciencia.

—*Space bassing.*

Preparado de consumo desconocido en España. Se trata de fumar *Crack* mezclado con PCP.

Provoca una fuerte estimulación con efectos alucinógenos con sensación intensa de miedo, paranoias y conductas violentas incontroladas.

La extraordinaria rapidez de acción, entre 8 y 10 segundos, y la amplia distribución y absorción en tejido pulmonar de los preparados de cocaína fumada o inhalada les confiere una toxicidad aguda potencial similar a la de los consumos por vía intravenosa.

—*Clorhidrato de Cocaína snifada.*

Forma clásica de consumo del polvo del clorhidrato de cocaína en forma de microcristales por aspiración endonasal.

Es la forma de consumo de cocaína con menor toxicidad aguda potencial, si exceptuamos la forma de consumo de los mascadores de hojas.

Debido a su acción irritante, anestésica y vasoconstrictora provoca pequeñas lesiones en la mucosa nasal con aparición de escaras, úlceras y sangrado frecuente lo que añade un factor de riesgo en la transmisión de enfermedades infecciosas entre consumidores al compartir el billete con sangre contaminada.

La sintomatología habitual de la intoxicación aguda por cocaína esnifada no complicada incluye, según Pérez, Reyes y Hernández (2000):

- Enrojecimiento nasal.
- Congestión ocular.
- Ausencia de colaboración.
- Negación de la causa.
- Agresividad verbal
- Convulsiones.

Por otra parte el Dr. Roig describe lo que serían los efectos adversos en la intoxicación aguda por cocaína.

- Desinhibición eufórica.
- Deterioro de la capacidad de juicio.
- Grandiosidad.
- Impulsividad.
- Irresponsabilidad.
- Generosidad atípica.
- Hipersexualidad.
- Conductas extrañas repetitivas de tipo compulsivo.
- Inquietud psicomotora.
- Movimientos estereotipados de boca y lengua.
- Desencadenamiento de psicopatologias latentes o compensadas.

—*Clorhidrato de Cocaína vía parenteral.*

El consumo intravenoso de clorhidrato de cocaína, si exceptuamos el riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas, presenta la toxicidad aguda potencial inherente a la propia sustancia.

La cocaína consumida por vía intravenosa tiene una rapidez de acción de 30 a 45 segundos con distribución amplia por el torrente sanguíneo que incrementa el riesgo de parada cardiorrespiratoria y crisis convulsivas. A nivel provoca vasoespasmo en el lugar de inyección siendo frecuente la aparición de zonas de necrosis y ulceraciones.

En relación con esta vía de consumo hay que tener muy en cuenta la toxicidad cardiovascular sobre todo en el caso de pacientes adictos que reciben tratamiento con antide-

presivos tricíclicos, ya que el efecto conjunto de ambos fármacos eleva el riesgo de fibrilación y parada cardiaca lo que, junto con los suicidios, convierte esta circunstancia en la primera causa de muerte en las recaídas de cocainómanos que están recibiendo tratamiento.

Una forma clásica de consumo de cocaína en heroinómanos es el "speed-ball", mezcla de cocaína y heroína inyectada con elevada toxicidad. El 66% de las muertes relacionadas con la cocaína se atribuye al "speed-ball": La cocaína y la heroína no contraponen sus respectivos efectos depresores-estimulantes, sino que incrementan los efectos depresores a nivel cardiorrespiratorio que presenta cada una de las dosis habituales de las sustancias por separado al consumirse simultáneamente por vía parenteral, (Washton 95).

—*Toxicidad del consumo de Alcohol / Cocaína.*

La observación de la clínica cotidiana en la atención a cocainómanos no revela una circunstancia peculiar, la mayor incidencia de cuadros tóxicos agudos cuando se consumen de forma conjunta alcohol y cocaína con incremento de las conductas de pérdida de control.

La ingesta simultanea de bebidas de fuerte graduación alcohólica y cocaína provoca la formación de un compuesto denominado "Cocaetileno" o "Etylencocaína", que incrementa el efecto euforizante de la cocaína, así como los efectos tóxicos a nivel cardiovascular y psíquico.

El etanol causa un incremento significativo de la concentración plasmática de cocaína provocando mayores intoxicaciones. Algunos ensayos de laboratorio señalan que si el consumo de alcohol sucede temporalmente al de cocaína no se observa esa potenciación de los efectos, potenciación que es evidente cuando la ingestión de alcohol es previa a la de cocaína (Sobel et al 98). Algunas hipótesis parecen apuntar a que el alcohol causaría una vasodilatación de mucosas, incluida la nasal, responsable del incremento de la absorción de cocaína.

Por otro lado se han señalado los mayores efectos tóxicos de la administración conjunta de cocaína y alcohol frente a la administración de ambas sustancias por separado, indicando que el Cocaetileno es el único metabolito tóxico que aparece cuando se realiza el consumo simultáneo y que por si solo ya induce cambios significativos en la conducta de consumo (Etkind, Fantegrossi y Riley, 98).

Intoxicaciones agudas involuntarias

Es evidente que cuando una persona consume una droga lo último que desea es experimentar los efectos desagradables o sufrir una reacción tóxica, por lo que hablar de intoxicaciones involuntarias está fuera de lugar.

En cambio hay algunas circunstancias en las que claramente podemos hablar de intoxicaciones accidentales ya que en ningún momento la persona que sufre la intoxicación ingiere voluntariamente la droga.

Cocaína y embarazo.

Dejando de lado las consecuencias que sobre la evolución natural del embarazo tienen los efectos vasculares del consumo de cocaína en embarazadas, la cocaína provoca efectos tóxicos en el feto incluso a concentraciones que aparentemente no serían tóxicos para la madre.

La vasoconstricción, taquicardia e isquemia en el cordón umbilical debida a la cocaína aumenta el riesgo de hipoxia uterina, rotura de placenta y parto prematuro al mismo tiempo que puede provocar infartos cerebrales en el feto y retraso del crecimiento. El recién nacido con intoxicación cocaínica presenta el llamado "Síndrome del niño inquieto" caracterizado por irritabilidad del sistema nervioso y vegetativo, retraso en la talla y peso, microcefalia y suelen asociarse malformaciones genitourinarias, déficit intelectual y trastornos de conducta.

En relación al uso de cocaína por parte de mujeres embarazadas queremos señalar la

posibilidad que comporta de repercusiones legales, tal como ya ocurrió en Estados Unidos en 1992 (Blume 94), cuando se iniciaron más de 150 expedientes delictivos contra embarazadas acusadas de abuso prenatal al niño, homicidio y suministrar una sustancia prohibida, cocaína, a través del cordón umbilical provocando intoxicación cocaínica en el feto.

Intoxicación en "Body Packers".

Especialmente graves son las intoxicaciones en consumidores de cocaína o en pequeños *camellos* que ingieren los envoltorios de cocaína ante el riesgo de una redada (*body stuffers)* lo mismo que entre los *muleros* o transportadores de cocaína mediante bolas introducidas por vía rectal (*body packers*).

En ambos casos la rotura de las envolturas y la consiguiente salida de cantidades masivas de cocaína al tubo digestivo provoca una absorción inmediata que causa isquemia, oclusión y necrosis intestinal, además de trastornos cardiovasculares que irremediablemente presentan un pronóstico funesto.

Toxicidad por el ambiente de consumo.

Hace años que es conocida la aparición de cuadros clínicos de reacción tóxica aguda por uso de psicoestimulantes caracterizada por hipertermia corporal grave seguida de Coagulación Intravascular Diseminada, rabdomiolisis, fallo hepático e insuficiencia renal (Pérez, Reyes, Hernández 2000).

A nivel experimental se ha comprobado que los psicoestimulantes son sustancias hipertérmicas para los animales de laboratorio. El incremento de la temperatura corporal se produce por incremento de la liberación de catecolaminas y modificaciones en la función del eje hipofisario-tiroideo.

Se ha observado que esta hipertermia corporal se modifica en relación a la temperatura ambiental de forma que ante temperaturas ambientales elevadas, la hipertermia inducida por cocaína, es mayor incrementando la toxicidad aguda.

Marzuck y colaboradores (98) hicieron una revisión de las muertes por sobredosis de cocaína en Nueva York durante el periodo de 1990 a 1995. Los autores observaron que las altas temperaturas ambientales se asociaban significativamente con una mayor mortalidad en las sobredosis. Temperaturas ambientales superiores a los 31 grados centígrados incrementan las reacciones agudas cardiovasculares con hipertensión, taquicardia, vasoespasmo coronario, arritmia, hipertermia y muerte por intoxicación cocaínica.

En nuestro medio hay que tener en cuenta estos hallazgos ya que la cocaína, en sus consumos de abuso, se asocia a largos fines de semana, ambientes masificados en salas de baile o bares con escasa ventilación. Estas circunstancias hacen que el riesgo potencial de reacción hipertérmica aguda sea elevado.

Intoxicación aguda cocaínica. Cuadro clínico.

La intoxicación aguda por cocaína no presenta, en realidad, grandes diferencias con la intoxicación por otras psicoestimulantes, si exceptuamos la duración de sus efectos.

Clásicamente se han descrito como causas de la intoxicación las alteraciones inducidas a nivel de los sistemas de neurotransmisión dopaminérgico y noradrenérgico. En los últimos años también se ha puesto de manifiesto, para explicar su toxicidad, la importancia de la acción de la cocaína al disminuir los niveles de serotonina al reducir su enzima de síntesis al mismo tiempo que incrementa la actividad de la tirosinhidroxilasa.

En los consumidores crónicos se ha relacionado mayor toxicidad con niveles bajos de colinesterasa en plasma (Hoffman et al 98). Las personas con déficit congénito de pseudocolineserasa presentan un riesgo altísimo de muerte repentina por uso de cocaína, ya que este enzima es fundamental en la metabolización de la droga (Pérez, Reyes, Hernández 2000). También se relaciona una mayor toxicidad con las alteraciones en la sensibilidad del receptor NMDA del glutamato (Dru-

han y Wile 99; Bell et al 2000, Brackett et al 2000.).

La observación de los síntomas presentes en la intoxicación aguda orienta hacia una alteración de los principales sistemas de neurotransmisión con incremento de los efectos simpaticomiméticos de la sustancia. Normalmente los efectos de la cocaína imitan la reacción del organismo ante un estado de hipervigilancia con descarga de neurotransmisores y hormonas endógenas que estimulan los circuitos neurales disminuyendo la sensación de fatiga, hambre y sueño. El incremento de estos efectos hasta niveles patológicos sería la base de la sintomatología de la intoxicación.

Si utilizamos los criterios de intoxicación de los manuales diagnósticos internacionales nos encontramos con que no hay grandes diferencias entre la CIE-10 y el DSM-IV.

Intoxicación por cocaína. Criterios DSM-IV

A. Consumo reciente de cocaína.

B. Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos.

C. Dos o más de los siguientes signos que aparecen durante o inmediatamente después del consumo.

1. Taquicardia.
2. Midriasis.
3. Hiper o hipotensión.
4. Sudoración o escalofríos.
5. Nauseas o vómitos.
6. Pérdida de peso demostrable.
7. Agitación o retardo psicomotriz.
8. Debilidad muscular, depresión respiratoria, dolor en pecho o arritmias cardíacas.
9. Confusión, crisis comiciales, discinesias, distonías o coma.

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

A nivel práctico es conveniente diferenciar el concepto de intoxicación fisiológica, por ejemplo una arritmia, de la intoxicación preferentemente psicológica, como puede ser un trastorno desadaptativo. El DSM-IV refiere que si el único síntoma de intoxicación es fisiológico pero no existe comportamiento desadaptativo no se puede hacer el diagnóstico de intoxicación por cocaína, lo que desde la óptica médica nos sitúa en una disyuntiva que debe solucionarse, en la clínica diaria, con criterios prácticos más en consonancia con lo observado en los casos de pacientes atendidos.

Las complicaciones somáticas graves de la intoxicación aguda por cocaína son:

- Taquicardia y arritmia.
- Fallo cardiaco, isquemia, infarto agudo de miocardio, fibrilación ventricular.
- Hemorragias cerebrales e ictus precedidos de intensas cefaleas.
- Crisis comiciales con pérdida de conciencia.
- Disnea, fallo respiratorio y asfixia.
- Síndrome hipertérmico que desemboca en insuficiencia renal y fallo metabólico generalizado.

En relación al riesgo de crisis comiciales hay que señalar que el uso repetido de cocaína desarrolla tolerancia a la práctica totalidad

de sus efectos excepto a la capacidad de inducir hipersensibilidad a sus efectos convulsivantes. Un consumidor crónico desarrolla hipersensibilidad neuronal a los efectos epileptógenos, fenómeno conocido como " kindling" mediante el cual dosis que en principio eran agradables y tolerables para el usuario ahora se convierten en dosis tóxicas capaces de desencadenar status epiléptico (Washton, 89; Brackett et al 2000).

Los estados de excitación, euforia e incremento de actividad deben ser valorados cuidadosamente y seguidos a lo largo del tiempo para poder diferenciar una intoxicación aguda, que tiende a desaparecer con un tiempo de abstinencia, de los cuadros hipomaníacos en el transcurso de trastornos afectivos en consumidores de cocaína.

En el caso de sobredosificación cocaínica la euforia se acompaña de inquietud, paranoias y actividad psicomotriz descontrolada. La locuacidad va evolucionando hacia la verborrea, la confusión y tensión nerviosa se transforma en ansiedad. A veces aparece ideación delirante típicamente paranoide y comportamientos repetitivos compulsivos. Puede presentar un cierto nivel de megalomanía y crisis de hipersexualidad que suelen tener un componente más intencional que de pasar al acto, con dificultades para mantener relaciones sexuales satisfactorias.

La persona intoxicada presenta un sentimiento de mayor capacidad, energía e incluso de mayor eficacia, cree que es capaz de superar cualquier obstáculo llegando a estados de exaltación del humor tales que reproducen cuadros hipomaníacos. En casos muy graves se dan crisis de agresividad y violencia a causa de la ideación paranoide con aparición de pseudoalucinaciones táctiles dermatozoicas que se inician con un prurito irreprimible, lesiones de autorascado y ulceraciones ya que pueden llegar a creer que tienen pequeños insectos reptando bajo su piel.

En suma el deterioro cognoscitivo y anímico son los síntomas más frecuentemente asociados a la intoxicación, aunque también pueden aparecer trastornos de ansiedad, alucinaciones, ideas delirantes o crisis comiciales, hiperpirexia y alteraciones del ritmo y función cardiaca, así como accidentes cerebrovasculares. Es característico que los síntomas de la intoxicación, sobre todo los psicopatológicos, tienden a desaparecer cuando el sujeto deja de estar expuesto a la sustancia, aunque en algunos casos pueden prolongarse algunos días más.

BIBLIOGRAFIA

APA (95): *"DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales".* Ed. Masson. Barcelona 1995.

Aschenbrandt, T. (1883) en Byck, R. Editor (99): "*Sigmund Freud. Escritos sobre la cocaína"* Ed. Anagrama. Colección Argumentos. 2ª edición, pp 65-72. Barcelona 1999.

Bell, K.; Duffy, P., Kalivas, P. (00): "Context-specific enhancement of glutamate transmission by cocaine". *Neuropsychopharmacology. 23 (3),* pp. 335-344. 2000.

Blume, S.B. (94). "Women and addictive disorders". *American Society of Addiction Medicine,* pp.1-16. 1994.

Brackett, R. L. Et al (00): "Prevention of cocaine-induced convulsions and lethality in mice: effectiveness of targeting different sites on the NMDA receptor complex". *Neuropharmacology, 39 (3).* Pp. 407-418. 2000.

Byck, R. Editor (99): "*Sigmund Freud. Escritos sobre la cocaína"* Ed. Anagrama. Colección Argumentos. 2ª edición. Barcelona 1999.

Caballero Martínez, L. (00): "Adicción a cocaína. De la neurobiología a la clínica humana." *Proyecto. Nº 33, marzo del 2000.* pp 15-19.

Cabrera Bonet, R.; Torrecilla Jiménez, J. Ed. (98): *"Manual de drogodependencias."* Cauce editorial. Agencia antidroga. Comunidad de Madrid. 1998.

Carey, R.; Gui, J. (98): "Cocaine conditioning and cocaine sensitizatión: what is the relationship?. *Behavioural Brain Research. Vol 92 (1);* pp 67-76. April 1998.

Coffey, S.C. et al (2000): "Acute and protracted cocaine abstinence in a outpatient population: A prospective study o mood, sleep and withdrawal

symptoms". *Drug and Alcohol Dependence. Vol 59 (3).* pp 277-286. June 2000.

De Ramón Cavero, M. (89): "Entrevista con una fabricante y consumidora de crack". En: *Libro de ponencias XVII Jornadas nacionales de Socidrogalcohol.* pp 251-260. Ed. Diputación de Valencia 1989.

Druhan, J.P. y Wile, B. (99): "Effects of the competitive N-methyl-D- aspartate receptor antagonist, CPP, on the developement and expression of conditioned hyperactivity and sensitization induced by cocaine". *Behavioural Brain Research. 102 (1-2),* pp 195-210. 1999.

Etkind, S.A., Fantegrossi, W.E. y Riley, A.L. (98): Cocaine and alcohol synergisme in taste aversión learning". *Pharmacology Biochemistry Behavior. 59, (3),* pp 619-655. 1998.

Farah, E.; Ghayad, E. (99): "Acute cocaine intoxicatión in a smuggler. One case report and review of the literature" *J. Med. Liban. 47 (3),* 198-200. 1999.

Freud, S. (1884): "Über Coca". En: Byck, R. Editor (99): "*Sigmund Freud. Escritos sobre la cocaína"* Ed. Anagrama. Colección Argumentos. 2ª edición. Barcelona 1999, pp. 91-122.

Freud, S. (1885): "Anhelo y temor de la cocaína". En: Byck, R. Editor (99): "*Sigmund Freud. Escritos sobre la cocaína"* Ed. Anagrama. Colección Argumentos. 2ª edición. Barcelona 1999, pp. 215-222.

Gawin, F.H.; Kleber, H.D. (86): "Abstinence symptomatology and psychiatric diagnosis in cocaine abusers: clinical observations". *Arch. Gen. Psychiatry. 43(2),* pp. 107-113. 1986.

Geary, N. (90): "Cocaína experimentación animal". En Spitz, H.I.; y Rosecan, J.S.(90): *"Cocaína abuso".* pp. 20-47. Ed. Neurociencias. Biblioteca de Toxicomanías. Barcelona 1990.

Gómez Trujillo, F. (89): "Repercusiones médicas de la cocaína sobre los individuos y sus complicaciones". en: *Libro de ponencias XVII Jornadas nacionales de Socidrogalcohol.* pp 261-266. Ed. Diputación de Valencia 1989.

Hammond W.A. (1887). Citado en : Byck, R. Editor (99): "*Sigmund Freud. Escritos sobre la cocaína"* Ed. Anagrama. Colección Argumentos. 2ª edición. Barcelona 1999.

Hoffman, R.S.; et al (98): "variation in human plasma cholinesterase activity during low-dose cocaine administration." *J. Toxicol. Clin. Toxicol. 36 (1-2),* pp 3-9. 1998.

June, R.; et al (00): "Medical outcome of cocaine bodystuffers". *Jour. Emerg. Med. 18 (2),* pp 221-224. 2000.

Kaplan, H.I.; Freedman, A.M.; Sadock, B.J. (80): *"Tratado de psiquiatría".* Ed. Panamericana. Madrid 1980.

Mantegazza. P (1859) citado en Freud, S. (1884): "Über Coca". En: Byck, R. Editor (99): *" Sigmund Freud. Escritos sobre la cocaína"* Ed. Anagrama. Colección Argumentos. 2ª edición. Barcelona 1999, pp. 91-122.

Malin, D.H. et al. (00): "A rodent model of cocaine abstinence syndrome". *Pharmacology Biochemistry and Behavior. 66 (2),* pp 323-328. 2000.

Marzuck, P.M. et al. (98): "Ambient temperature and mortality from unintentional cocaine overdose" *JAMA, jun 10, 279. 22,* pp 795-800. 1998.

Nunes, E.V.; Rosecan,J.F. (90): "Neurobiología humana de la cocaína". en Spitz, H.I.; y Rosecan, J.S.(90): *"Cocaína abuso".* pp49-97. Ed. Neurociencias. Biblioteca de Toxicomanías. Barcelona 1990.

Norman, A. B.; et al (99): "Priming threshold: a novel quantitative measure of the reinstaurance of cocaine self-administration". *Brain research. 831 (1-2),*165-174. 1999.

OMS (92): *"CIE 10. Decima revisión de la clasificación internacional de enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico".* Ed. Meditor. Madrid 1992.

Pérez Morales, L; Reyes Rodríguez, M.J.; Hernández santana, J. (00) *"Cocaina adicción y terapéutica".* Biblioteca Básica Dupont Pharma para el Médico de Atención Primaria, pp 65-109. Madrid 2000.

Pérez Reyes, M. y Jeffcoat, A.R. (92): "Ethanol/ cocaine interaction: Cocaine and cocaethylene plasma concentrations and their relationship to subjective and cardiovascular effects". *Life Sciences. 51.* pp 553-563. 1992.

Roig Traver, A.(89): "Trastornos psiquiátricos asociados a la drogodependencia por cocaína." en: *Libro de ponencias XVII Jornadas nacionales de Socidrogalcohol.* pp 243-250. Ed. Diputación de Valencia 1989.

Skodol, A.E. (90): "Aspectos diagnósticos del abuso de cocaína". en Spitz, H.I.; y Rosecan, J.S. (90): *"Cocaína abuso"*. pp 123-141. Ed. Neurociencias. Biblioteca de Toxicomanías. Barcelona 1990.

Sobel, F.X. et al. (98): "Assessment of cocaethylene lethality in long-evans female and male rat". *Neurotoxicology and Teratology. 20 (1).* pp 159-163. 1998.

Spealman, R.D.; et al (99): "Pharmacological and enviromental determinants of relapse to cocaine-seeking behavior". *Pharmacology Biochemistry and Behavior. Vol 64 (2),* pp 327-336. 1999.

Spitz, H.I.; y Rosecan,J.S.(90): *"Cocaína abuso"*. Ed. Neurociencias. Biblioteca de Toxicomanías. Barcelona 1990.

Tsibulsky, V.; Norman, A. (99): "Satiety threshold: a quantitative nodel of maintained cocaine self-administration". *Brain Research. Vol 839, (1),* pp 85-93. 1999.

Washton, A.M. (95): "*La adicción a la cocaína. Tratamiento, recuperación y prevención."* Ed. Paidos. Barcelona 1995.

Complicaciones orgánicas de la cocaína

Balcells Oliveró, M.

Doctor en Medicina de la Unidad de Alcohología de la Generalitat de Cataluña. Hospital Clínico de Barcelona. España.

Enviar correspondencia: Mercè Balcells Oliveró. Unitat d'Alcohologia esc. 6b soterrani. Hospital Clínic de Barcelona. C/ Villarroel 170. Barcelona 08036. Tel. 93 227 5548 - Fax 93 227 5454. Email: Olivero@clinic.ub.es

Resumen

Además de poseer una importante capacidad adictiva, la cocaína tiene una elevada toxicidad orgánica. Se revisa las distintas complicaciones asociadas al consumo de cocaína en cada órgano o sistema e intenta explicar los mecanismos etiopatogénicos conocidos así como los posibles tratamientos. Entre todas las posibles complicaciones de la cocaína destacan, por su frecuencia y gravedad, las alteraciones cardiovasculares que incluyen arritmias, infartos agudos de miocardio e ictus, poniendo de relieve, la importancia del consumo de cocaína en la patología cardiaca de los pacientes jóvenes. Así mismo, resaltar, las alteraciones neurológicas, sobretodo las convulsiones generalizadas con una elevada mortalidad, las cefaleas, por su elevada frecuencia y las complicaciones gastrointestinales como las perforaciones yuxtapilórica que requerirán tratamiento quirúrgico.

Palabras clave: *cocaína, complicaciones orgánicas, revisión, toxicidad.*

Summary

Cocaine abuse has been associated to several medical complications besides its addictive potential. We review the distinct medical complications for each system and try to explain the current hypothesis about their etiology and recommended treatment. Among all possible complications of cocaine, the most common are related to the cardiovascular system. The possibility of cocaine effect should be seriously considered in young patients with minimal risk factors for cardiac disease presenting with myocardial infartation, dilated cardiomyopathy, myocarditis or cardiac arrhythmias. They are also of interest, neurological and gastrointestinal complications.

Key words: *cocaine, medical complications, toxicity, review*

INTRODUCCIÓN

Además de poseer una importante capacidad adictiva, la cocaína tiene una elevada toxicidad orgánica. Los mecanismos exactos por los que la cocaína produce sus efectos tóxicos en humanos no se conocen en su totalidad pero el número de pacientes atendidos en los servicios de urgencias tras consumir cocaína y los casos de muerte secundarios al consumo han ido aumentando hasta multiplicarse por seis en los últimos años. En EEUU, se contabilizaron en 1995, aproximadamente 150,000 visitas a los servicios de urgencias secundarias al consumo de cocaína, lo que representó un 27% de todas las urgencias por alcohol y drogas (Samhsa, 1997). Datos mas recientes en nuestro país, revelan que las urgencias por drogas de abuso representan hasta un 4% de todas las urgencias medicas en un hospital general y la cocaína es la segunda droga implicada después del alcohol (Nogué et al., 2001).

Las complicaciones médicas relacionadas con la cocaína son pues, cada vez mas frecuentes y pueden afectar a una gran variedad de órganos revistiendo distintos niveles de gravedad y pudiendo incluso provocar la muerte. Entre las posibles complicaciones destacan las alteraciones cardiovasculares que incluyen arritmias, infartos agudos de miocardio e ictus; las alteraciones neurológicas como convulsiones y cefaleas y complicaciones gastrointestinales, renales y pulmonares entre otras.

COMPLICACIONES CARDIACAS

Las complicaciones cardiovasculares asociadas al uso de cocaína abarcan un amplio espectro incluyendo arritmias, isquemia cerebral, infarto agudo de miocardio y muerte súbita además de asociarse a hipertensión, taquicardia, hiperpirexia y taquipnea.

La primera descripción de toxicidad cardiaca secundaria al consumo de cocaína aparece en 1978 y una revisión exhaustiva de la literatura científica pone de manifiesto que el uso de cocaína se ha asociado a prácticamente todos los tipos de toxicidad cardiaca. (Mouhaffel et al.;1995)

Los efectos de la cocaína sobre el sistema cardiovascular son extremadamente complejos y solo parcialmente conocidos. La cocaína, a nivel cardiaco, produce un marcado incremento de la actividad adrenérgica lo que aumenta tanto la contractibilidad como la conducción cardiaca pero, al mismo tiempo, a través de su actividad anestésica, produce también una disminución de estas mismas medidas funcionales cardiacas. Así mismo, estudios in vitro sugieren que la alteración producida por la cocaína en la disponibilidad del calcio a nivel celular estaría directamente implicada en su toxicidad a nivel de la musculatura cardiaca y vascular (Wang et al.; 2001)

• Infarto agudo de miocardio

El infarto agudo de miocardio es la complicación cardiaca más frecuente secundaria al abuso de cocaína.

Minor y colaboradores, encontraron documentados en la literatura médica mas de 100 casos de infartos de miocardio secundarios al abuso de cocaína desde 1982 hasta 1991 (Minor et al; 1991). Los pacientes eran típicamente jóvenes aunque el rango iba de los 19 años a los 71 años de edad con una media de 34 años y prácticamente en su totalidad, eran varones. Los consumidores habituales o esporádicos estaban afectados por igual y además, de forma muy significativa, eran pacientes sin otros factores de riesgo asociados para la enfermedad cardiovascular. La aparición del infarto no se relacionaba ni con la dosis de cocaína ni con la frecuencia de uso o la vía de administración.

En un reciente estudio que analizó datos de algo más de 10.000 personas se encontró una clara asociación retrospectiva entre consumo de cocaína y ataques cardiacos. Los resultados del trabajo demostraron que los consumidores de cocaína tenían un riesgo siete veces más elevado de sufrir un ataque cardiaco no mortal que las personas que no consumían nunca la mencionada droga (Qureshi et al.; 2001). El estudio concluye que un 25 por ciento de los ataques cardiacos no mortales entre personas menores de 45 años en Estados Unidos pueden atribuirse al consumo habitual de cocaína poniendo de relieve, la importancia del consumo de cocaína en la patología cardiaca de los pacientes jóvenes.

• Arritmias

Existe un número de evidencias creciente que apunta que el uso agudo o continuado de cocaína puede desencadenar arritmias cardiacas. Los mecanismos implicados en la etiopatogenia de este fenómeno son: (1) alteraciones del automatismo cardiaco por efecto directo sobre el tejido miocárdico; (2) disregulación autonómica por incremento de la estimulación adrenérgica y neurohumoral; (3) alteraciones eléctricas resultantes de la inducción de isquemias transitorias y (4) potenciación de las arritmias por reentrada.

Si bien es verdad que no se han realizado estudios electrofisiológicos sistemáticos en

humanos, se han documentado repetidamente, fibrilaciones ventriculares, taquicardias ventriculares polimórficas y taquicardias supraventriculares en pacientes con isquemia e infarto de miocardio después del uso de cocaína. (Rollingher et al., 1986; Boag and Havard, 1985).

Los niveles circulantes de catecolaminas pueden aumentar hasta 5 veces en pacientes intoxicados con cocaína, siendo bien sabido que el aumento del tono simpático y de noradrenalina reduce la estabilidad eléctrica cardiaca y predispone a sufrir arritmias letales sobretodo en condiciones de isquemia. Así mismo, los estudios post-mortem de tejido cardiaco, encuentran bandas de contracción en un 93% de pacientes con muerte súbita relacionada con cocaína. Estas bandas necróticas se han asociado a una posible causa de arritmias letales por reentrada (Reichenback and Moss; 1975). Además, estudios recientes han demostrado que el abuso a largo plazo de cocaína se asocia a un engrosamiento e incremento de la masa muscular del ventrículo izquierdo. La hipertrofia ventricular izquierda es un factor de riesgo independiente para la arritmia ventricular y por lo tanto la hipertrofia es otro factor etiológico a tener en cuenta para la isquemia de miocardio y las arritmias del paciente cocainómano (Mouhaffel et al.;1995).

Por último, la cocaína en exceso, actúa como un antiarrítmico Tipo I. Estudios electrofisiológicos han demostrado que la cocaína produce una prolongación del periodo refractario atrial efectivo, del periodo refractario efectivo AV nodal, del intervalo AH, intervalo HV, y del tiempo de conducción intra-atrial además de causar bloqueo nodal sinoatrial y nodal atrioventricular (Temesy-Arrmos et al.; 1992; Tracy et al. 1989).

• Miocarditis y miocardiopatia

En muchas ocasiones, se han detectado miocarditis en pacientes cocainómanos muertos por causas derivadas del abuso de droga. El estudio histológico del tejido miocárdico de 40 pacientes muertos por consumo de cocaína mostró signos de miocarditis activa en un 20% de los casos (Viramani et al.; 1988). Las causas de la miocarditis son en su mayor parte desconocidas. Se han considerado como posibles agentes causales tanto los agentes infecciosos, como factores causantes primarios o secundarios, la hipersensibilidad del miocardio a la cocaína o a contaminantes de la misma. Por ejemplo, algunos metales pesados con conocida toxicidad cardiaca, como el manganeso, pueden estar presentes en las preparaciones de cocaína de la calle. Estos metales pesados también se han relacionado con el desarrollo de la miocardiopatia asociada a la cocaína (Mouhaffel et al.;1995).

• Endocarditis

Se ha descrito una clara asociación entre uso de cocaína por vía endovenosa y endocarditis. El uso de cocaína actúa como un factor independiente para el desarrollo de endocarditis y es mas frecuente en estos pacientes cocainómanos que en otros pacientes adictos a drogas por vía parenteral (ADVP). Así mismo, el uso de cocaína intranasal también puede ser causa de bacteriemias por estaphilococo (Silverman and smith;1989). Las causas de esta predisposición a desarrollar endocarditis pueden ser múltiples, los patrones de consumo, las diferencias en la flora bacteriana o un efecto mas directo de la propia cocaína pueden ser las responsables. Quizás el incremento de la frecuencia cardiaca y de la presión arterial sistémica que acompaña el uso de cocaína puede producir lesiones valvulares y vasculares que favorezcan la colonización bacterial. En los pacientes cocainómanos que desarrollan endocarditis suelen estar afectadas con mas frecuencia las válvulas cardiacas izquierdas.

• Pneumopericardio

Se ha descrito también la aparición de pneumopericardio en los pacientes consumi-

dores de cocaína inhalada (Adrouny and Magnusson; 1985). La manera típica de inhalar la cocaína forzando la inspiración para aumentar los efectos de la droga, parece ser la responsable de esta complicación.

Así mismo también se han descrito algunos casos de roturas aórticas tras el consumo.

COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS

• Cefalea

La cefalea es un síntoma frecuente en los consumidores de cocaína. Ante la aparición de cefalea en un paciente que ha consumido cocaína debemos descartar siempre patología cerebro vascular incluyendo malformaciones arteriovenosas o aneurismas.

También se ha descrito la aparición de cefaleas migrañosas en abusadores crónicos que describen esta cefalea como sintomatología de abstinencia a cocaína con una desaparición de la migraña al reiniciar el consumo de la sustancia. Estos y otros hallazgos apuntan a la deplección serotoninérgica como mecanismo desencadenante de la cefalea. La acción farmacológica de la cocaína es en este caso la liberación de serotonina al espacio extracelular pero con el uso repetido o a dosis altas de cocaína, en última instancia, al bloquearse el transportador se desarrolla una deplección serotoninergica (Neiman et al.; 2000). En nuestro medio, Penarrocha y colaboradores reportan tres pacientes con "cluster headache", que cursa con dolor intenso, de 30 a 120 minutos de duración que se instaura entre 1 y 2 horas después del consumo de cocaína pero que desaparece a los 5 a 10 minutos de inhalar de nuevo la droga. Ninguno de los pacientes admitió consumo de droga en la primera visita a pesar de interrogarse sobre consumo de tóxicos directamente (Penarrocha et al.; 2000).

• Ictus

El uso de drogas ilegales se ha relacionado en secuencia temporal con la aparición de accidentes vasculares isquémicos y hemorrágicos, la mayoría de los cuales aparecen antes de transcurrida una hora del consumo de la droga aunque, también se han observado la aparición de ictus retardados en el tiempo. Los mecanismos etiopatogenicos propuestos son entre otros, la elevación aguda e intensa de la presión arterial, las arritmias cardiacas, los vasoespasmos a nivel cerebral, la vasculitis, la embolización secundaria a endocarditis infecciosa o cardiomiopatia dilatada, la embolización de material utilizado para la disolución de la droga en condiciones no estériles y contaminantes con toxicidad cardiovascular. La cocaína se ha reconocido como una causa frecuente de accidentes cerebrovasculares especialmente en personas jóvenes. La rotura de un aneurisma o malformación arteriovenosa se ha detectado hasta en el 50% de los pacientes con ictus hemorrágicos secundarios al abuso de cocaína siendo hallazgos menos frecuentes pero también descritos, el aneurisma cerebrovascular de origen micóticos en pacientes con endocarditis infecciosa (Neiman et al.; 2000). El pronóstico de los accidentes vasculares cerebrales hemorrágicos asociados al abuso de cocaína es incierto. Un estudio reciente realizado por Nanda y colaboradores, investigó durante un periodo de 6 años, los factores pronósticos y diferenciales de los aneurismas cerebrales en pacientes cocainómanos. Se detectaron 14 casos que fueron comparados con los 135 pacientes con rotura de aneurisma sin historia de consumo de cocaína registrados en el mismo periodo. El estudio concluye que el uso de cocaína predispone a la rotura de aneurismas cerebrales a edades significativamente mas tempranas y de aneurismas de tamaño mucho más reducido siendo el pronóstico en cuanto a morbilidad y mortalidad comparable al de los aneurismas cerebrales no asociados a cocaína. (Nanda A et al.; 2000).

Las estructuras implicadas en los accidentes vasculares cerebrales relacionados con el consumo de cocaína suelen ser de localización poco habitual e incluyen infartos talámicos y oclusiones de la arteria espinal. También se han documentado ictus neonatales, en recién nacidos de en mujeres que consu-

mieron cocaína durante el embarazo y hasta 15 horas antes del parto (Neiman et al.; 2000). Los ictus hemorrágicos se han asociado con mas frecuencia al consumo de cocaína que los isquémicos pero estos datos están en revisión y en un estudio con datos del "Young Adults Stroke Registry" en pacientes menores de 45 años en los Estados Unidos, en el periodo comprendido entre 1989 hasta 1998 se identificó la cocaína como responsable del 7.60 % de los ictus en adultos jóvenes. La edad media de los pacientes era de 28.3 años. De los 13 casos estudiados, 8 presentaron manifestaciones isquemicas (5 infartos, 2 TIAs y 1 encefalopatia con múltiples lesiones isquemicas), 4 presentaron hemorragias intraparenquimatosas y 1 hemorragia subaragnoidea. En ningún caso el estudio angiografico pudo demostrar aneurismas o malformaciones arteri-venosas. La principal vía de administración de cocaína para estos pacientes fue la intranasal y el tiempo que los pacientes llevaban consumiendo cocaína hasta el accidente vascular varió de pocas horas a varios años. El 61% de los pacientes tenían historia de consumo de otras drogas (Blanco et al.; 1999).

En conclusión, podemos afirmar que el consumo de cocaína es una causa suficientemente demostrada de ictus especialmente en adultos jóvenes. Los mecanismos a considerar serán diversos y en muchas ocasiones sobrepuestos (vasoespasmo, trombosis, presión arterial elevada, embolismos)

• Isquemia cerebral transitoria

Las isquemias cerebrales transitorias secundarias al uso de cocaína están repetidamente descritas en la literatura incluyendo la participación del sistema arterial vertebrobasilar y cerebral medio (Blanco et al.; 1999).

• Vasculitis cerebral

La vasculitis cerebral parece ser una complicación mas frecuente del uso de metamfetaminas endovenosas pero también se ha descrito en al menos un caso secundariamente al consumo de cocaína intranasal en la arteria carotidea interna. La vasculitis secundaria a cocaína debe tratarse así mismo, con a la administración de corticoesteroides. (Mouhaffel et al.; 1995)

• Crisis convulsivas

Las crisis convulsivas se asociaron tempranamente al uso de cocaína. Ya Freud describió el potencial epileptogeno de la cocaína que puede desencadenar crisis convulsivas incluso después de una única dosis. Crisis tónico-clónicas generalizadas y estatus epilepticus capaces de producir secuelas neurológicas permanentes e incluso la muerte han sido repetidamente documentadas secundarias al uso de cocaína (Spivey and Euerle, 1990; Kunisaki and Augenstein, 1994). Las convulsiones son uno de los mayores determinantes de mortalidad asociada a cocaína en humanos (Spivey and Euerle, 1990). Datos epidemiologicos diversos señalan una estimación de entre un 2.3 al 8.4% de los pacientes en urgencias por intoxicación por cocaína requieren tratamiento anticonvulsionante (Derlet and Albertson, 1989). La cocaína puede producir convulsiones tras un sobredosis masiva accidental ("body packer syndrome" en individuos que transportan bolsas de cocaína escondidas en cavidades corporales), así como después de un uso puntual de dosis relativamente pequeñas de cocaína (Kramer et al., 1990; Dhuna et al., 1991). Con el uso crónico de cocaína se disminuye el umbral convulsivo aumentando la probabilidad de convulsiones clónicas En modelos animales se ha demostrado un fenómeno de Kindling o tolerancia inversa tras el uso repetido de cocaína que ocurría por sensibilización neuronal de los receptores cerebrales (Murray, 1986). Datos provenientes de diversos estudios clínicos sugieren que el uso crónico de cocaína puede iniciar y facilitar el desarrollo de cambios epileptogenos progresivos y pacientes con historia previa de convulsiones no relacionadas con la cocaína presentan una sensibilidad aumentada a los efectos convulsionantes

de la cocaína (Kramer et al., 1990; Dhuna et al., 1991; Gasior et al;1999).

La mayoría de las convulsiones descritas son generalizadas pero también pueden aparecer crisis parciales complejas. Las convulsiones se han visto después de la utilización de cocaína por todas las vías y en algunos casos pueden ser de difícil control y provocar la muerte. Es interesante remarcar que la mayoría de las convulsiones producidas por cocaína son causadas por intoxicación o sobredosificación en contraste con las convulsiones provocadas por alcohol o benzodiacepinas que son secundarias a la abstinencia.(Neiman et al.;2000). Así mismo, las convulsiones secundarias a cocaína son distintas a las causadas por psicoestimulantes como los análogos de la anfetamina como la metamfetamina y la metylenedioxymetamfetamina (MDMA) o éxtasis. Las principales diferencias son: (1) una menor duración de la actividad convulsionante de la cocaína y una mayor duración de la metamfetamina y (2) un distinto perfil de respuesta de los distintos fármacos anticonvulsionantes (Hanson GR et al.; 1999). El tratamiento sistemático y a largo plazo de las convulsiones producidas por cocaína está discutido y los antiepilépticos clásicos parecen tener tan solo una eficacia moderada. Gasior y colaboradores han estudiado la respuesta de los nuevos fármacos antiepilépticos en un modelo animal de convulsiones producidas por cocaína. El estudio mostró que el clobazam, la flunarizina, la lamotrigina, el topiramato, y la zonisamida eran poco o nada efectivos como anticonvulsionantes en este modelo de convulsiones producidas por cocaína. En contraste, el felbamato, la gabapentina, el loreclezol, la losigamona, la progabida, la remacemida, el stiripentol, la tiagabina, y el vigabatrin producían protección dosis dependiente contra las convulsiones asociadas a la cocaína en distinto grado y con distintos perfiles de efectos secundarios siendo la Gabapentina el fármaco con un mejor perfil efectos tóxicos / eficacia (toxic TD(50)/anticonvulsive ED(50)). En conclusión parece que los fármacos que incrementan la inhibición neuronal mediada por el ácido gamma-aminobutyrico de distinta manera que los barbitúricos y las benzodiacepinas ofrecen la mejor protección para las crisis convulsivas producidas por cocaína y que los antagonistas funcionales de los canales de Na(+) y Ca(2+) carecen en general de efectividad.(Gasior et al.; 1999)

- **Alteraciones motoras**

Debido a su acción dopaminérgica las discinesis, los tics motores y la ataxia pueden aparecer con el consumo agudo y crónico de cocaína. Estas alteraciones suelen desaparecer con la abstinencia pero hay un reciente caso publicado de discinesias graves que persistió mas de 6 meses tras la interrupción del consumo de cocaína (Neiman et al.; 2000).

COMPLICACIONES RESPIRATORIAS

Las complicaciones respiratorias producidas por la cocaína dependerán del patron de consumo y específicamente de la vía de administración. Las complicaciones de las vías respiratorias altas son secundarias al uso de cocaína intranasal y las complicaciones de las vías respiratorias bajas aparecerán con el consumo inhalado de cocaína base o crack.

- **Complicaciones de las vías aéreas superiores**

Las complicaciones de las vías aéreas superiores son las mas frecuentes en nuestro medio en el que el consumo mas habitual es en forma de cristales de cocaína esnifada por vía intranasal. Las complicaciones se presentan en forma de sinusitis, osteítis y perforación del tabique nasal

- **Perforación del tabique nasal**

La perforación del tabique nasal es frecuente y se produce por una combinación del efecto traumático de la inhalación de cristales

de cocaína a gran velocidad, y los ciclos repetidos de vasoconstricción e hipóxia de la mucosa nasal, anestesia de la mucosa y trauma. La sintomatología incluye inicialmente crepitación nasal, epistaxis y dolor y posteriormente silbidos por entrada de aire en inspiración. (Oztezcan et al; 2000)

COMPLICACIONES DE LAS VÍAS AÉREAS INFERIORES

• Función pulmonar

Las pruebas funcionales respiratorias específicamente la capacidad de difusión de monóxido de carbono (DLCO) esta alterada en los consumidores de cocaína inhalada o fumada. La contribución de la cocaína o del tabaco o cannabis en esta patología queda por determinar pero persiste incluso después de interrumpir el consumo crónico de cocaína y puede ser responsable de dolor torácico o de disnea.

• Hemorragia pulmonar

La hemorragia pulmonar puede ser masiva o de menor grado pero debemos destacar que al menos en un tercio de autopsias de pacientes cocainómanos con muerte súbita se detectan macrófagos pulmonares con hemosiderina sugiriendo una elevada frecuencia de hemorragias alveolar difusa (Barroso-Moguel et al.; 1999).

• Síndrome del pulmón por cocaína o "Crack lung"

En consumidores de crack se ha descrito un síndrome caracterizado por infiltrados pulmonares, obstrucción aérea eosinofília elevación de las inmunoglobulinas y prurito. Este síndrome puede presentarse con fiebre y neumonía que no responde a los tratamientos habituales. El cuadro mejora con antiinflamatorios aunque puede ser mortal. (Dicpinigaitis et al.; 1999)

• Otras complicaciones pulmonares

Además en consumidores de cocaína inhalada se han descrito neumotórax, neumomediastino y neumopericardio. Estas complicaciones parecen causadas por el típico patrón de consumo de los pacientes de cocaína base que implica una inspiración profunda del vapor de cocaína seguido de una maniobra de Valsalva.

Por último, también se ha descrito la aparición de edema pulmonares agudo secundario al uso de cocaína y parada respiratoria central por afectación de los centros medulares que controlan la respiración que puede causar muerte súbita. (Nistal de Paz et al. ; 1999).

FALLO RENAL AGUDO

Distintas formas de enfermedad renal secundarias al uso de cocaína han ido apareciendo con el uso generalizado de esta sustancia. Las respuestas funcionales hemodinámicas de la cocaína así como sus efectos en inflamación glomerular y glomeruloesclerosis contribuyen a la lesión renal. El abuso de cocaína se ha asociado a diversas formas de fallo renal agudo y a trastornos ácido-base o alteraciones electrolíticas.. El fallo renal agudo descrito en consumidores de cocina puede ser también secundario a rabdomiolisis intensa. El cuadro se presenta con necrosis tubular aguda, elevación del BUN y la creatinina, con riñones de tamaño normal y con diuresis conservada. También puede producirse infarto en la arteria renal. Así mismo, la cocaína puede facilitar la progresión de una insuficiencia renal crónica. Por último, la exposición a cocaína de forma prenatal se ha asociado a anomalías del tracto uro-genital.

En resumen, el manejo clínico de las urgencias por hipertensión aguda causada por cocaína requerirá un manejo multisistémico con

control de la monitorización cardiaca, control neurológico y de las funciones renales. (Nzerue et al.; 2000; Van der Woude , 2000).

RABDOMIOLISIS INDUCIDA POR COCAÍNA

La heroína, la fenciclidina, las anfetaminas y el tolueno se han asociado clásicamente con rabdomiolisis. Últimamente también la cocaína ha sido asociada a la aparición de rabdomiolisis. El mecanismo de la rabdomiolisis inducida por cocaína puede ser por vasoconstricción arterial que produciría isquemia tisular, o por acción tóxica directa de la cocaína en el metabolismo muscular además de incluir trauma grave, compresión de extremidades y convulsiones repetidas. Así mismo, las concentraciones elevadas de catecolaminas pueden producir aumento de las concentraciones de calcio intracelular lo que iniciará un proceso de muerte y destrucción celular. (Van der Woude , 2000)

ALTERACIONES ENDOCRINAS

En los consumidores varones se ha de ha descrito ginecomástia, impotencia con dificultades tanto para la erección como para la eyaculación y en consumidores crónicos también perdida de la libido.

En las mujeres consumidoras puede aparecer amenorrea, infertilidad y galactorrea. La dopamina a través de la vía tubero infundibular inhibe la secreción de prolactina. La cocaína al producir depleción dopaminérgica impediría el control inhibitorio resultando en un a elevación del la secreción de prolactina que produciría galactorrea en varones y en mujeres no gestantes . Estas complicaciones suelen persistir durante un largo periodo de tiempo posterior a la interrupción del consumo. (Mello and Mendelson; 1997; Farre et al.; 1997).

ANOREXIA

La anorexia típicamente asociada a la cocaína se produce principalmente por un efecto a nivel del sistema nervioso central, aunque puede también encontrarse asociada a cualquier otra alteración orgánica producida por cocaína.

Actuando a nivel central, probablemente en el hipotálamo lateral, la cocaína puede suprimir el apetito y producir importante perdida de peso. (Mello and Mendelson; 1997)

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS

Otro capitulo importante es el abuso de cocaína en mujeres embarazadas. La cocaína aumenta la probabilidad de aborto espontáneo incluso en tasas mayores que en mujeres heroinómanas. La cocaína produce desprendimiento de placenta o mala implantación placentaria en un 1% de las mujeres embarazadas que usan cocaína (103). Además el embarazo incrementa la toxicidad cardiovascular de la droga y produce efectos tóxicos en el feto a dosis aparentemente no tóxicas en la madre. La droga disminuye el flujo sanguíneo que llega al útero incrementando la resistencia vascular uterina y disminuyendo la oxigenación del feto. Además la taquicardia, vasoconstricción y incremento de la presión arterial asociada a la cocaína aumentan el riesgo de hipóxia intrauterina lo que se asocias a múltiples anomalías congénitas. (Esmer et al; 2000).

COMPLICACIONES GASTROINTESTINALES

El consumo de cocaína se asocia a diversas alteraciones gastrointestinales y dolor abdominal agudo.

Se han descrito casos de perforación intestinal por isquemia posterior al consumo esnifado o inhalado de cocaína. El mecanismo exacto de la isquemia intestinal se desconoce pero se sabe que la cocaína bloquea la recaptación de norepinefrina lo que provoca vasoconstricción mesentérica y posterior isquemia tisular localizada que puede causar la perforación intestinal. (Muniz et al.; 2001)

Feliciano y colaboradores en un reciente estudio describe 50 casos de perforación yuxtapilórica en pacientes fumadores de

cocaína base. El estudio se realizo en un hospital público de una gran área urbana y describe 50 pacientes (48 hombres y 2 mujeres) con una edad media de 37 años de edad que acuden al servicio de urgencias con dolor abdominal y signos de peritonitis con una media de 2 a 4 horas de evolución después del consumo de crack pero hasta incluso 48 horas después en algunos casos. Todos los pacientes tenían historia de consumo crónico de cocaína y alcohol y solo en 4 casos había historia de ulcera gastrointestinal previa. Todos los pacientes requirieron intervención quirúrgica y se les detecto una perforación yuxtapilórica de 3- a 5-mm de diámetro generalmente en el área prepilórica. En los casos en los que se practico biopsia los pacientes dieron positivo para la infección de Helicobacter pyonri en todos los casos menos uno. El estudio concluye que en una parte importante de la población masculina consumidora de drogas que fuma cocaína crack pueden aparecer perforaciones intestinales yuxtapylóricas después del consumo, siendo esta población 8 a 10 años mas joven que la que históricamente ha presentado perforaciones en áreas pyloroduodenales. (Feliciano et al.; 1999).

Por último, la cocaína puede asociarse a pancreatitis agudas en casos de intoxicaciones masivas en portadores de cocaína escondida ("cocaine body-packers") (Villegas, et al.; 2001).

Por todo ello debemos recordar a los medico que examinan pacientes con dolor abdominal agudo que tengan en cuenta el potencial de la cocaína para producir complicaciones e isquemias gastrointestinales.

COMPLICACIONES HEPÁTICAS

La relación entre cocaína y hepatopatía es aun poco clara. En estudios con animales se ha demostrado la aparición de inflamación y necrosis periportal mientras que las regiones centolobular parecen están preservadas.

La toxicidad hepática se vera aumentada por en consumo simultaneo de alcohol o otras drogas.

CONCLUSIONES

Como hemos visto la cocaína puede afectar a prácticamente todos los órganos de nuestro cuerpo y presentar múltiples complicaciones médicas tras un uso tanto agudo como crónico. Las complicaciones pueden revestir diversos grados de gravedad y pueden incluso llegar a provocar la muerte. La vía de administración de la droga puede variar los efectos adversos y añadir toxicidad como en el caso de la administración endovenosa de cocaína que puede asociarse a todas las enfermedades infecciosas producidas por agujas infectadas (endocarditis, hepatitis virales, infección por VIH, etc.) o por la falta de asepsia al pinchar (celulitis, abscesos en extremidades, sepsis, tromboflebitis etc.) o isquemia o gangrena intestinal en el caso de ingesta accidental de cocaína en portadores de cocaína escondida en diversas cavidades del cuerpo. Debemos también tener en cuenta que el consumo de cocaína conjuntamente a otras drogas (tabaco, cannabis , alcohol, heroína o otros psicoestimulantes) añadirá toxicidad actuando estas de forma sinérgica y potenciándose mutuamente. (Ponsada et al.; 1999; June et al.; 2000).

BIBLIOGRAFIA

Adrouny A, Magnusson P. Pneumopericardium from cocaine inhalation. N Engl J Med 1985 Jul 4;313(1):48-9.

Barroso-Moguel R; Villeda-Hernandez J; Mendez-Armenta M; Santamaria A; Galvan-Arzate S Alveolar lesions induced by systemic administration of cocaine to rats. Toxicol Lett 1999 Oct 29;110(1-2):113-8.

Bartzokis G; Beckson M; Hance DB; Lu PH; Foster JA; Mintz J; Ling W; Bridge Magnetic resonance imaging evidence of "silent" cerebrovascular

toxicity in cocaine dependence. Biol Psychiatry 1999 May 1;45(9):1203-11.

Blanco M, Diez-Tejedor E, Vivancos F, Barreiro P. Cocaine and cerebrovascular disease in young adults Rev Neurol 1999 Nov 1-15;29(9):796-800.

Boag F, Havard CW. Cardiac arrhythmia and myocardial ischaemia related to cocaine and alcohol consumption. Postgrad Med J 1985 Nov;61(721):997-9.

Derlet RW, Albertson TE. Emergency department presentation of cocaine intoxication. Ann Emerg Med 1989 Feb;18(2):182-6.

Dhuna A, Pascual-Leone A, Langendorf F.Chronic, habitual cocaine abuse and kindling-induced epilepsy: a case report. Epilepsia 1991 Nov-Dec;32(6):890-4.

Dicpinigaitis PV, Jones JG, Frymus MM, Folkert VW. "Crack" cocaine-induced syndrome mimicking sarcoidosis. Am J Med Sci 1999 Jun;317(6):416-8.

Esmer MC; Rodriguez-Soto G; Carrasco-Daza D; Iracheta ML; Del Castillo V: Cloverleaf skull and multiple congenital anomalies in a girl exposed to cocaine in utero: case report and review of the literature. Childs Nerv Syst 2000 Mar;16(3):176-9.

Feliciano DV, Ojukwu JC, Rozycki GS, Ballard RB, Ingram WL, Salomone J, Namias N, Newman PG. The epidemic of cocaine-related juxtapyloric perforations: with a comment on the importance of testing for Helicobacter pylori. Ann Surg 1999;229(6):801-4.

Farre M, de la Torre R, Gonzalez ML, Teran MT, Roset PN, Menoyo E, Cami J. Cocaine and alcohol interactions in humans: neuroendocrine effects and cocaethylene metabolism. J Pharmacol Exp Ther 1997 Oct;283(1):164-76.

Gamo Villegas R, Cimbolleck S, Mateo Alvarez S, Sanchez Ayuso J._[Pancreatitis in cocaine body-packers]. Rev Clin Esp 2001;201(1):55-6.

Gasior M, Ungard JT, Witkin JM. Preclinical evaluation of newly approved and potential antiepileptic drugs against cocaine-induced seizures. J Pharmacol Exp Ther 1999 Sep; 290(3):1148-56.

Hanson GR, Jensen M, Johnson M, White HS. Distinct features of seizures induced by cocaine and amphetamine analogs. Eur J Pharmacol 1999 Jul 21;377(2-3):167-73.

June R, Aks SE, Keys N, Wahl M. Medical outcome of cocaine bodystuffers. J Emerg Med 2000;18(2):221-4.

Kunisaki TA, Augenstein WL. Drug- and toxin-induced seizures. Emerg Med Clin North Am 1994 Nov;12(4):1027-56.

Mello NK, Mendelson JH. Cocaine's effects on neuroendocrine systems: clinical and preclinical studies. Pharmacol Biochem Behav 1997 Jul;57(3):571-99.

Minor RL Jr, Scott BD, Brown DD, Winniford MD Cocaine-induced myocardial infarction in patients with normal coronary arteries. Ann Intern Med. 1992 May 1;116(9):776-7.

Mouhaffel AH, Madu EC, Satmary WA, Fraker TD Jr. Cardiovascular complications of cocaine. Chest 1995 May;107(5):1426-34.

Muniz AE, Evans T. Acute gastrointestinal manifestations associated with use of crack. Am J Emerg Med. 2001;19(1):61-3.

Nanda A, Vannemreddy PS, Polin RS, Willis BK. Intracranial aneurysms and cocaine abuse: analysis of prognostic indicators Neurosurgery 2000;46(5):1063-7.

Neiman J, Haapaniemi HM, Hillbom M. Neurological complications of drug abuse: pathophysiological mechanisms. Eur J Neurol 2000 Nov;7(6):595-606.

Nistal de Paz F, Ordiales Fernandez JJ, Allende Gonzalez J, Colubi Colubi L. [Pulmonary complications related to cocaine consumption]. An Med Interna 1999 Jul;16(7):371-9.

Nogué S, Castro M, Medina M, Serrano L, Mestre G, Picón M. Epidemiological profile of emergency cases of drug abuse. XXI International Congress European Association of Clinical Toxicologists. Barcelona, 16-19 may 2001.

Nzerue CM, Hewan-Lowe K, Riley LJ Jr._Cocaine and the kidney: a synthesis of pathophysiologic and clinical perspectives. Am J Kidney Dis 2000 35(5):783-95.

O'Dell LE; George FR; Ritz MC Antidepressant drugs appear to enhance cocaine-induced toxicity. Exp Clin Psychopharmacol 2000 Feb;8(1):133-41.

O'Dell LE; Kreifeldt MJ; George FR; Ritz MC The role of serotonin(2) receptors in mediating cocaine-induced convulsions. Pharmacol Biochem Behav 2000 Apr;65(4):677-81.

Oztezcan S; Dogru-Abbasoglu S; Mutlu-Turkoglu U; Calay Z; Aykac-Toker G; Uysal M; Patel R; Shah R; Baredes S; Spillert CR; Lazaro EJ Nasal toxicity of cocaine: a hypercoagulable effect? J Natl Med Assoc 2000 Jan;92(1):39-41.

Penarrocha M, Bagan JV, Penarrocha MA, Silvestre FJ. Cluster headache and cocaine use Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2000 Sep;90(3):271-4.

Ponsoda X; Bort R; Jover R; Gomez-Lechon MJ; Castell JV Increased toxicity of cocaine on human hepatocytes induced by ethanol: role of GSH. Biochem Pharmacol 1999 Nov 15; 58 (10):1579-85.

Qureshi AI, Suri MF, Guterman LR, Hopkins LN. Cocaine use and the likelihood of nonfatal myocardial infarction and stroke: data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. Circulation 2001 Jan 30;103(4):502-6.

Rechenback DD, Moss NS. Myocardial necrosis and death in humans. Circulation 1975; 51(sup)

Spivey WH, Euerle B. Neurologic complications of cocaine abuse. Ann Emerg Med 1990 Dec;19(12):1422-8.

Temesy-Armos PN, Fraker TD Jr, Brewster PS, Wilkerson RD. The effects of cocaine on cardiac electrophysiology in conscious, unsedated dogs. J Cardiovasc Pharmacol 1992 Jun; 19 (6):883-91.

SAMHSA Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Year-End Preliminary Estimates from the 1996 Drug Abuse Warning Network. U.S. Department of Health and Human Services Publications no. (SMA) 98-3175, (1997).

Silverman HS, Smith AL. Staphylococcal sepsis precipitated by cocaine sniffing. N Engl J Med 1985 Jun 27;312(26):1706.

Van der Woude FJ. Cocaine use and kidney damage. Nephrol Dial Transplant 2000 Mar;15(3):299-301.

Viramani R, Robinowitz M, Smipek JE, et al. Cardiovascular effects of cocaine: an autopsy study of 40 patients. Am Heart J 1988; 115:1068-76.

Wang JF, Ren X, DeAngelis J, Min J, Zhang Y, Hampton TG, Amende I, Morgan JP. Differential patterns of cocaine-induced organ toxicity in murine heart versus liver. Exp Biol Med (Maywood).

Complicaciones psicóticas del consumo de cocaína

Roncero, J.; Ramos, J.A.; Collazos, F.; Casas, M.

Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Vall D'Hebron. Barcelona.

Enviar correspondencia: Carlos Roncero Alonso. Servicio de Psiquiatría. Hospital Vall D'Hebron. Paseo del Vall D'Hebron 119-129. 08025-BARCELONA. Tel. 93 48942-94 · croncero@hg.vhebron.es

Resumen

Dentro de las complicaciones psicopatológicas del consumo de cocaína los síntomas psicóticos son muy habituales, siendo la paranoia transitoria el más común. También pueden producirse las clásicas alucinaciones de formicación, aunque son poco frecuentes. La cocaína puede precipitar la aparición de psicosis en pacientes vulnerables. En este sentido se ha relacionado el consumo de cocaína con peor evolución, mayor número de recaídas, peor respuesta a los tratamientos convencionales y mayor posibilidad de aparición de efectos adversos e indeseados en los pacientes con trastornos mentales como psicosis esquizofrénica o trastorno bipolar. El tratamiento de los pacientes que presentan este tipo de patología dual, psicosis y consumo de cocaína debe enfocarse desde una perspectiva global con tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico.

Palabras clave: *cocaína, psicosis, patología dual, dependencia, esquizofrenia, abuso.*

Summary

Psychotic symptoms are very usual among the psychopathological complications of cocaine use, being transient paranoia the most common of these symptoms. The typical tactile hallucinations of formication, although rather infrequent, can also occur. Cocaine can trigger the appearance of psychosis in vulnerable patients. In this respect, cocaine use has been linked to impaired evolution, increased number of relapses, poor responsiveness to conventional treatments and increased chances of appearance of side and unwanted effects in patients with mental disorders like schizophrenic psychosis or bipolar disorder. The treatment of patients who show this kind of dual pathology, psychotic and cocaine use, needs to be approached from a global perspective including psychopharmacological and psychotherapeutical treatments.

Key words: *cocaine, psychosis, dual pathology, dependence, schizophrenia, abuse.*

INTRODUCCIÓN

La cocaína es el esterbenzoil de Metilecgonina que deriva de la planta Erythroxylon coca, típica del centro y sur de América. Es un alcaloide contenido en las hojas del arbusto, que una vez desarrollado puede llegar a producir varias cosechas al año.

Fue usada ampliamente por los nativos americanos como parte de los rituales sociales y religiosos. Históricamente estas sociedades conocían sus propiedades analgésicas, euforizantes y su capacidad de incrementar el rendimiento y la resistencia.

El alcaloide fue extraído por primera vez de la planta de coca por Gaedcke en 1855 que lo llamó eritroxicilina, el asilamiento del alcaloide se realizó por el químico alemán Albert Newman en 1882. Los preparados que se consumen son las hojas de coca, la pasta de cocaína, el clorhidrato de cocaína y la base libre.

Las hojas de coca se mascan o se trituran para su consumo como infusiones. La absorción por estos métodos es escasa. La pasta

básica se obtiene al tratar las hojas de coca con solventes orgánicos. Recientemente también se ha generalizado el hábito de fumar la pasta de coca, comenzando a representar un problema en Sudamérica. El clorhidrato de cocaína es un polvo blanco que se fabrica a partir de la pasta de hojas de coca maceradas y tratadas químicamente con éter y ácido clorhídrico. Se consume esnifada o se puede inyectar por vía intravenosa dada su hidrosolubilidad. Por vía nasal la absorción está limitada por los fenómenos de vasoconstricción y por la superficie de absorción y varía entre el 20-30% de la cantidad administrada. Su vida media es de 90 minutos y los efectos euforizantes pueden durar de 15-30 minutos, desapareciendo a los 45-60 minutos. Por vía endovenosa la absorción es masiva accediendo al sistema nervioso casi de inmediato.

La base libre ("free base") se consume fumada, y se obtiene a partir del clorhidrato de cocaína, eliminándose otros alcaloides. El "crack" o "rock" son unos cristales que se obtienen al transformar y calentar la base libre de cocaína, con una pureza aproximada del 80%. Al calentarse la cocaína se volatiliza y tras inhalarse una gran parte se absorbe en la mucosa alveolar alcanzando rápida y fácilmente el cerebro, produciendo en pocos segundos una intensa euforia, ya que evita el primer paso hepático.

La cocaína también se puede consumir fumada mezclada con tabaco o marihuana, denominada "basuco", o mezclada con heroína "speed ball", (pelotazo rápido), que alarga la sensación de euforia y disminuye la presencia del síndrome de abstinencia.

La pureza de la cocaína consumida habitualmente se sitúa en torno al 20%. La cocaína se metaboliza a nivel hepático por las esterasas y a nivel plasmático por la seudocolinestearasa. Sus metabolitos más importantes son benzoil-ecgonina y ecgonina-metiléster. Hasta un 98´5% es metabolizado antes de su eliminación por la orina (González-Gutiérrez et al, 1993). Se puede detectar su metabolito inactivo, la benzoil-ecgonina, durante 1-4 días por los procedimientos habituales de laboratorio.

CONSUMO DE COCAÍNA

A finales del Siglo XIX, se difundieron sus efectos placenteros y sobre el estado de ánimo, siendo utilizada en ocasiones con fines médicos como analgésico. En 1884 Freud publica una revisión sobre los posibles efectos medicinales de esta sustancia, aunque el mismo autor ya en 1887 publicó informes sobre la aparición de " manía persecutoria" en pacientes adictos a morfina que consumían cocaína. La cocaína se incluyó en productos de uso común como elixires o refrescos de cola. Tras la aparición de notificaciones frecuentes sobre efectos adversos, alteraciones psicopatológicas y casos de dependencia, fue controlada su dispensación estrictamente en los Estados Unidos de América a partir de 1914, mediante la Ley Harrison, por lo que en la práctica la hizo ilegal, disminuyendo su consumo. El médico alemán Meiner realizó la primera descripción de la psicosis cocaínica en los años 20.

En los años sesenta y setenta nuevamente aumentó su consumo, aunque dado su elevado precio su uso sólo se generalizó en las clases con alto poder adquisitivo de los Estados Unidos. Durante estos años se infravaloraron los posibles efectos secundarios y los riesgos de complicaciones piscopatológicas, considerándose la psicosis cocaínica como extremadamente infrecuente.

En los años ochenta se abarataron el precio costes de la cocaína y aparecieron nuevas vías de consumo, con efectos psicotropos más rápidos e incisivos, y mayor relación con la aparición de complicaciones médico-psiquiátricas. Se describe el concepto de cocainomanía como un trastorno complejo con componentes conductuales psicológicos y neurofisiológicos propios del consumo de cocaína.

En la actualidad el consumo de cocaína está creciendo en la población. Baste recordar el aumento de personas que recibieron tratamiento en España por trastornos por consumo de cocaína, que pasaron de 943 en el año 1991, a 6012 en el año 1998, lo que

representa un incremento superior al 600% (Fuente PND). Hasta el 75% de los pacientes que acuden a tratamiento por cocainomanía tienen historia de presentar otro trastorno psiquiátrico (Caballero, 2000).

EFECTOS SOBRE LA NEUROTRANSMISIÓN CEREBRAL

La cocaína es un potente inhibidor de la recaptación de dopamina al unirse a la proteína trasportadora, siendo especialmente intensa en las neuronas del núcleo tegmental ventral y del núcleo acumbems. Son bien conocidos los efectos de la cocaína sobre las vías mesolímbica y mesocortical. También produce efectos directos sobre la liberación de dopamina en la sinapsis. La cocaína produce una hipersensibilidad de los receptores D1 y D2 en la membrana postsináptica.

La dopamina ha sido implicada en el sistema de recompensa y es un potente inhibidor de la secreción de prolactina. Los agonistas dopaminérgicos D2 pueden tener efectos similares a la cocaína, mientras que los antagonistas D2 podrían tener una acción inhibitorio sobre alguno de las efectos de la cocaína. Los antagonistas D1 podrían inhibir algunos de éstos como la disminución de la ingesta y el aumento de la actividad psicomotriz.

La cocaína también presenta efectos sobre otros neurotransmisores, siendo conocida su capacidad para inhibir la recaptación de la serotonina y la noradrenalina, y de estimular directamente la liberación de esta última en la sinapsis. Los sistemas serotoninérgico y el opiáceo también han sido implicados en los mecanismos de refuerzo.

EFECTOS AGUDOS DEL CONSUMO DE COCAÍNA

La administración de cocaína ,además de los efectos anestésicos locales, produce los efectos psiquiátricos agudos típicos de las sustancias estimulantes. Los más importantes son la euforia inicial, que puede derivar en disforia, el aumento de la comunicación verbal, de la autoconfianza y de la actividad sexual, la inquietud psicomotora, la anorexia o el insomnio. También pueden aparecer ideas sobrevaloradas de grandiosidad y alteración de la capacidad de enjuiciar la realidad. La sintomatología es más aguda y repentina si el consumo se realiza por vía endovenosa o fumada en forma de crack. Se pueden producir cambios conductuales desadaptativos como peleas, agitación psicomotora y sintomatología paranoide.

Los pacientes que experimentan paranoia durante la intoxicación pueden tener más riesgo de desarrollar psicosis que los consumen cocaína y no la experimentan (Satel y Edell, 1991). Se pueden presentar alteraciones sensoperceptivas con alucinaciones visuales o táctiles incluso al cabo de una hora (APA, 2000).

A nivel neurovegetativo el consumo agudo de cocaína puede producir taquicardia, midriasis, alteraciones de la tensión arterial que pueden incluir crisis hipertensivas, sudoración, escalofríos, náuseas y vómitos.

La psicosis cocaínica es una de las complicaciones psicopatológicas más frecuentes relacionadas con el consumo agudo. Se produce con más frecuencia en los pacientes que consumen base libre o usan la vía intravenosa. Hasta el 65-70% de los consumidores compulsivos de cocaína pueden presentar sintomatología paranoide cuando están intoxicados, que cede habitualmente tras 24-48 horas de abstinencia (Caballero, 2000).

EFECTOS DEL CONSUMO CRÓNICO DE COCAÍNA

Para muchos autores el consumo de cocaína crónico produce depresión (Rosecan et al 1990), irritabilidad y agotamiento general. Ya los estudios de hace dos décadas situaban entre el 33 y el 50% la prevalencia de los

pacientes que siguen tratamiento por cocaína y presentan diagnóstico de depresión mayor o distimia (Skodol, 1990), sin estar resuelta su posible relación.

Se han descrito exacerbaciones de la depresión en pacientes con depresión leve de curso crónico, presentándose episodios más graves superpuestos, dando lugar a lo que algunos autores han llamado "depresión doble" (Keller et al, 1982)

El abuso de sustancias se ha relacionado con el incumplimiento del tratamiento en pacientes esquizofrénicos (Owen, 1996). Este hecho, conjuntamente con la elevada frecuencia de consumo de cocaína entre pacientes psicóticos, puede comportar un factor de riesgo importante para padecer un mayor número de reagudizaciones.

En diferentes trabajos se ha estudiado la influencia del consumo crónico de cocaína en pacientes esquizofrénicos que se ha asociado a una mayor presencia de síntomas depresivos, menor socialización y empeoramiento del pensamiento abstracto, así como de la memoria verbal. (Sevy, 1990). Otra diferencia clínica que se ha relacionado con el abuso de cocaína en esquizofrénicos es la menor presencia de síntomas negativos. Respecto al subtipo de esquizofrenia, los abusadores de cocaína presentan con mayor frecuencia el diagnóstico de esquizofrenia paranoide, respecto a los esquizofrénicos no consumidores de cocaína (Lysaker, 1994). Por otra parte esta descrito que el consumo crónico de cocaína puede producir insomnio, alucinaciones y síndrome paranoide.

COCAÍNA Y PSICOSIS

Los síntomas psicóticos son una de las complicaciones más habituales producidas por el consumo de cocaína, ya sea agudo o crónico. La psicosis del cocainómano suele estar precedida de un periodo de suspicacia, recelo, conductas compulsivas y ánimo disfórico. Habitualmente cursa con un importante componente de agresividad y agitación.

La paranoia transitoria es el más característico de estos síntomas, también pueden presentarse vívidas alucinaciones aisladas, generalmente en el contexto del consumo, y que son criticadas por el individuo, por lo que no cabría hablar de psicosis en este caso sino de alucinosis cocaínica.

La paranoia inducida por cocaína es un aparatoso cuadro psiquiátrico que se presenta entre el 53% (Brady et al,1991) y el 68%(Satel et al,1991) de los consumidores que cumplen criterios de dependencia a dicha sustancia. La aparición de la paranoia inducida suele variar entre 25 y 57 meses desde el inicio del consumo regular, con una media en torno a los tres años.

No hay diferencias estadísticamente significativas en el patrón de consumo, en cuanto a la cantidad de cocaína y el tiempo de dependencia, de los individuos que desarrollan paranoia y los que no, tampoco en la edad o la raza. Brady et al. en 1991 encontraron una mayor predisposición en los hombres que en las mujeres, así como en aquellos que consumían la cocaína por vía intravenosa respecto a los que lo hacían vía intranasal.

La psicosis inducida por cocaína suele ser autolimitada, y cede sin tratamiento en las horas siguientes al cese del consumo. Es excepcional que los síntomas se prolonguen más allá del periodo de "crash" (hipersomnia que sigue a la abstinencia reciente).

Las características clínicas de la psicosis cocaínica son muy similares en los distintos sujetos. Son muy habituales las ideas delirantes paranoides, con contenidos de perjuicio y celotípicos , siendo el delirio más frecuente el de sentirse rodeado por agentes de la ley, o por gente que quiere robarles la droga. Es habitual la presencia de alteraciones en la esfera afectiva. Casi todos los síntomas delirantes y las alucinaciones que les acompañan están directamente relacionadas con las conductas de consumo. Las alucinaciones no son extrañas, y generalmente son congruentes con el sistema delirante. Las auditivas son las más habituales (ruidos de gente que les sigue...), seguidas, en menor frecuencia por las visuales (espías por las ventanas...) y

las táctiles. Son clásicas las descripciones de las alucinaciones visuales de tener parásitos en la piel o cenestésicas de formicación, en los que el paciente tiene la creencia de tener el parásito debajo de la piel. Estas alucinaciones son muy típicas de la psicosis cocaínicas, aunque no es habitual su presencia. Con frecuencia presentan estereotipias motoras que remedan tareas o gestos sin sentido, como rebuscar la zona que les rodea esperando encontrar droga, o pellizcarse la piel.

Una vez que aparece un cuadro psicótico inducido por cocaína, la probabilidad de que éste se repita, con mayor gravedad y asociado al consumo de una menor cantidad de la sustancia, es mayor. Este fenómeno se denomina sensibilización (Post,1987). La sensibilización podría ser responsable también de una disregulación dopaminérgica que induciría el "craving" (Robinson y Berridge,1993), y la recaída (Bartlett,1997).

El bloqueo de la recaptación de dopamina provocado por la cocaína parece ser la causa fundamental de los síntomas psicóticos, pero no la única. La liberación de dopamina sería responsable, inicialmente, de los síntomas positivos, y posterior degeneración de las propias neuronas del sistema dopaminérgico, lo que llevaría a la aparición de síntomas negativos. (Lieberman,1990). Por otro lado, los factores estresantes ambientales han demostrado en estudios preclínicos ser capaces de provocar un aumento de la liberación de dopamina y glutamato en las proyecciones mesolímbicas y el córtex prefrontal medial, que podría estar implicado en el origen de los síntomas psicóticos.

Parece que la aparición de la paranoia inducida por cocaína no se debe únicamente al hecho de superar un cierto umbral; ni en lo que a cantidad de sustancia se consume ni en el tiempo que se lleva consumiendo, sino que el desencadenante de este trastorno es la interacción de la cocaína y el entorno con un individuo vulnerable, esto es, con alguna alteración previa al consumo que le predispone a la paranoia; probablemente en el circuito dopaminérgico del sistema límbico. Aunque la localización cerebral exacta es aún incierta (Horger, 1996).

Resulta de gran interés el diagnóstico diferencial entre la psicosis esquizofrénica y la psicosis inducida por cocaína ya que un diagnóstico equivocado podría llevar a un abordaje terapéutico erróneo. Sin olvidar el riesgo que un paciente intoxicado por cocaína tiene para padecer crisis comiciales, infarto agudo de miocardio, fallo respiratorio, agitación, o incluso muerte súbita. (Serper,1999). Los pacientes con psicosis esquizofrénicas presentan con más frecuencia trastornos formales del pensamiento y delirios bizarros; mientras que en las psicosis tóxicas aparecen más habitualmente antecedentes de tratamiento de mantenimiento con metadona, tratamientos de desintoxicación, abuso de cocaína intravenosa e ideación suicida.

En la urgencia psiquiátrica, ante un cuadro psicótico en un paciente con antecedentes de abuso de sustancias psicoactivas hay que pensar siempre en el origen tóxico hasta que se demuestre lo contrario. Así se reduce el posible daño resultante de no tratar un síndrome de abstinencia, o el derivado de una exposición innecesaria de los pacientes al tratamiento neuroléptico (Rosenthal,1997).

COCAÍNA Y ESQUIZOFRENIA

La prevalencia del consumo de cocaína en los esquizofrénicos varía entre el 22% y el 31%, según estudios (Batel, 2000), aunque hay autores que lo elevan en el 50% (Buckley,1998).

Como ya se ha señalado, la realización del diagnóstico diferencial entre psicosis inducida por cocaína y el esquizofrénico consumidor de cocaína, puede ser clínicamente compleja en algunas situaciones. Hay autores que han propuesto modelos que pudieran permitir diferenciar a los pacientes esquizofrénicos que consumen drogas de los trastornos psicóticos inducidos por el consumo de drogas (Rosenthal et 1997). A nivel clínico la presencia de síntomas de primer rango Scheineide-

rianos, como la difusión, robo e inserción del pensamiento, han sido observados con más frecuencia en los esquizofrénicos que en las psicosis inducidas por cocaína, predominando en estas últimas la ideación paranoide (Rosse et al 1994).

El aumento del consumo de cocaína en los últimos años ha sido muy importante tanto en la población general como en los esquizofrénicos. Al valorar la prevalencia de urinoanálisis positivos para cocaína, en pacientes esquizofrénicos y esquizoafectivos que acudían al servicio de urgencias, se detectó un cambio desde el 0% en el año 1988 hasta el 73% en el año 1996 (Patkar et al 1999). Se piensa que la cocaína puede estar reemplazando al uso de otros estimulantes, ya que estos datos suponen un cambio tanto cuantitativo como cualitativo en relación a la posibilidad de encontrar pacientes esquizofrénicos con trastorno relacionados con la cocaína.

Se ha sugerido que los esquizofrénicos que consumen cocaína son los que presentan formas menos graves de la enfermedad (Buckley,1998). El impacto de la cocaína en el sistema dopaminérgico puede ser tan importante que desencadene un episodio psicótico agudo en pacientes psicóticos crónicos y aumente los síntomas de ansiedad y depresión Paradójicamente se ha sugerido que la cocaína podría reducir la sintomatología positiva y negativa de los pacientes esquizofrénicos y mejorar la sintomatología depresiva, pudiendo ser usado para mejorar su estado afectivo. (Laudet et al, 2000).

El abuso de cocaína podía disminuir la efectividad de los neurolépticos (Laudet et al, 2000) y facilitar la aparición de efectos secundarios de tipo distonia aguda y discinesia tardía (Van Harten, 1998)

El patrón de uso de cocaína de los esquizofrénicos es más intermitente que en la población general por lo que se ha relacionado con las variaciones en la gravedad de la sintomatología positiva y negativa (North et al, 1998). Los cocainómanos con un diagnóstico inicial de esquizofrenia presentan serios problemas de abuso y dependencia del alcohol, problemas psicosociales y mayor número de conductas antisociales (Ball et al, 1995)

COCAÍNA Y PSICOSIS AFECTIVAS

Los datos sobre la prevalencia del consumo de cocaína en pacientes con trastornos afectivos cada vez son más importantes. Goldberg JF et al 1999 encontraron en una muestra de 204 pacientes ingresados con diagnóstico de trastorno bipolar I abuso de sustancias en el 34 % de ellos, y de éstos el 30 % consumía cocaína.

En el estudio ECA (Regier et al, 1990) se describen antecedentes de trastorno por abuso de cocaína y depresión en el 35 % de los consumidores. En este sentido, en la literatura la proporción de pacientes con dependencia de cocaína y trastornos afectivos varía entre el 33-50%. Así, se acepta una elevada prevalencia tanto de trastornos afectivos unipolares (30%), bipolares (20%) y ciclotimias 11 % en dependientes de cocaína (Weiss, 1989).

Los trastornos afectivos parecen ser más comunes entre los familiares de primer grado de los abusadores de cocaína, comparados con los familiares de primer grado de pacientes consumidores de otras sustancias (Weiss, 1988).

En la práctica clínica diaria puede ser complicado diferenciar si el trastorno afectivo que presenta el paciente consumidor de cocaína es primario o secundario. De esta manera, los estudios apuntan que la mayoría de los trastornos afectivos aparecen después de iniciar el consumo de cocaína. Para realizar una adecuada valoración clínica de los síntomas depresivos se recomienda que hayan transcurrido unas semanas sin consumo. La mayoría de los síntomas depresivos que se manifiestan en la abstinencia suelen mejoran tras 3-4 semanas (Weddington, 1990).

Respecto a las diferencias de género, las mujeres presentan con mayor frecuencia trastornos afectivos comórbidos al consumo

de cocaína. Este consumo, a su vez, empeora la sintomatología depresiva siendo la depresión y la baja autoestima hallazgos comunes en mujeres que abusan de cocaína (Sterk-Elifson, 1996).

Los pacientes con dependencia de cocaína y trastornos afectivos se diferencian de aquellos que no padecen trastornos afectivos, que suelen ser mujeres, de mayor edad, con mayor prevalencia de trastornos de personalidad, mayor consumo concomitante de otras drogas así como mayor ideación autolítica y peor adaptación socio-laboral en general (Ochoa, 2000).

En diferentes trabajos se ha detectado un inicio más precoz del trastorno bipolar y una peor evolución del mismo cuando se asocia a consumo de cocaína (Sonne, 1994; Strakowsky, 1992). Goldberg JF et al 1999 refieren que el abuso de cocaína promueve la aparición de episodios mixtos en pacientes bipolares y favorece una peor evolución de los episodios maníacos.

Miller et. al, 1989 estudiaron el consumo de cocaína en el trastorno bipolar, encontrando un mayor consumo en episodios maníacos que en depresivos. El mismo dato fue descrito por Weiss et al 1988, sugiriendo que el mayor consumo de cocaína durante los episodios de manía se realizaba con la intención de prolongar e intensificar el estado de euforia. En este sentido los pacientes presentan durante los episodios maníacos mayor impulsividad, desinhibición y una disminución de la capacidad de juicio de la realidad, que facilitan el consumo de cocaína en esta fase de la enfermedad bipolar.

Respecto a la influencia de la cocaína sobre la respuesta terapéutica, en un estudio naturalístico se halló que los pacientes bipolares con abuso de sustancias presentaban una mejor respuesta a los eutimizantes anticonvulsionantes que a las sales de litio. (Goldberg, 1999)

Los antipsicóticos son uno de los tratamientos de elección de los episodios maníacos e incluso pueden ser requeridos en los episodios mixtos o depresivos de los pacientes bipolares. Van Harten et al 1998 encontraron que el consumo de cocaína era un factor de riesgo mayor para desarrollar una distonia aguda inducida por neurolépticos, teniendo los pacientes psiquiátricos consumidores de cocaína un riesgo relativo de 4.4 respecto a los no consumidores.

TRATAMIENTO

La presencia de comorbilidad de dependencia de cocaína y trastornos psicopatológicos empeora el pronóstico de la evolución de la adicción. En el tratamiento puede ser clave la valoración, el abordaje inicial y la orientación al paciente sobre la necesidad de tratamiento en asistencia primaria o de la red especializada. Es frecuente la minimización de los consumos y de las complicaciones psicopatológicas, siendo fundamental la labor del clínico para descubrirlas en sus fases iniciales. La detección de las alteraciones conductuales, afectivas y psicóticas en estadios precoces puede ser crucial para evitar la presentación de episodios agudos de difícil manejo y en ocasiones con riesgo de auto o heteroagresividad.

En los casos de ligera hiperactividad se debe adoptar una actitud tranquilizadora y relajante. Ocasionalmente se puede usar alguna benzodiacepina por vía oral sin que suelan ser necesario otras intervenciones. En el tratamiento de la inquietud moderada o de la agitación puede ser útil el uso inicial de benzodiacepinas intramusculares, tipo diacepan o cloracepato, pudiéndose repetir las dosis si fueran insuficientes a los 20-30 minutos. No podemos obiar la distribución errática de las benzodiacepinas por esta vía de administración. En ocasiones puede ser necesaria la contención física.

También se recomienda el tratamiento de los síntomas de ansiedad, tipo crisis de angustia, con benzodiacepinas administradas por vía oral o sublingual.

La sintomatología paranoide leve típica de la intoxicación cede habitualmente tras 24-48

horas de abstinencia (Caballero, 2000). Si aparecen síntomas agudos de psicosis cocaínica pueden utilizarse benzodiacepinas y antipsicóticos, habitualmente intramusculares por la frecuencia de la agitación. El tratamiento de las psicosis inducidas por cocaína se basa en la desintoxicación complementada con técnicas de apoyo; reservando los antipsicóticos para casos persistentes.

CONCLUSIONES

Los síntomas psicóticos son una de las complicaciones más habituales producidas por el consumo de cocaína, ya sea agudo o crónico que suelen estar precedida por un periodo de suspicacia, recelo, conductas compulsivas y ánimo disfórico. La paranoia transitoria es el más característico de estos síntomas, aunque también pueden aparecer vívidas alucinaciones aisladas, generalmente en el contexto del consumo. Algunas de estas alteraciones sensoperceptivas son criticadas adecuadamente por el individuo, encuadrándose dentro de la alucinosis cocaínica.

El consumo de cocaína es un fenómeno muy común en la esquizofrenia. Lo más probable es que el origen de la comorbilidad sea multietiológico. Una de las posibles hipótesis es la de la automedicación (Casas, 1992, 2000, 2001), que propone que los pacientes utilizan los tóxicos para mejorar parte de la sintomatología relacionada con la enfermedad o con el tratamiento de ésta, sin olvidar el posible origen común de los dos trastornos ya sea tanto por alteraciones genéticas como por disfunción de los sistemas de neurotrasmisión.. Estas hipótesis podrían ser compatibles y complementarias.

Los patrones de consumo de sustancias están cambiando dentro de la población esquizofrénica con un claro aumento del consumo de cocaína. El resultado final de este consumo en la esquizofrenia es un curso más tórpido, con mayores dificultades para realizar un tratamiento adecuado, mayores posibilidades de exacerbación de los síntomas y de recaídas, y la posibilidad de presentar episodios de conductas violentas superior a los de los esquizofrénicos que no abusan y que habitualmente no están relacionados con la intoxicación. También es conocido que el abuso de cocaína complica frecuentemente el curso del trastorno bipolar, contribuyendo a una peor evolución del mismo y modificando la respuesta al tratamiento farmacológico, con peor respuesta al litio que los pacientes no consumidores.

La detección de los trastornos relacionados con abuso de sustancias no es sistemáticamente evaluada en los pacientes psiquiátricos. Los autoinformes presentan mayor discrepancia con la detección mediante urinoanálisis que en población general, por lo que se recomienda realizar detecciones de tóxicos sistemáticamente a todos los pacientes que presenten sintomatología psicótica. Es importante poder realizar un diagnóstico adecuado dada la clara influencia en el curso de los diferentes síndromes y la necesidad de abordar tanto la dependencia de cocaína como el resto de las alteraciones psicopatológicas, ya sean primarias o drogoinducidas.

El tratamiento de estos pacientes debe enfocarse desde una perspectiva global, tanto psicofarmacológicomente como con psicoterapia, siendo prometedores los programas que incluyen intervenciones de autoayuda ya que parece que mejoran el autoconcepto y la satisfacción de las relaciones interpersonales, siendo muy importante poder conjuntar las intervenciones farmacológicas con el resto de los tratamientos.

Hoy en día se propone el uso de antipsicóticos de nueva generación para el tratamiento de los pacientes que presentan comorbilidad, dado que provocan menos efectos secundarios, lo que puede facilitar que el paciente no incumpla el tratamiento. Estos fármacos actúan sobre el sistema serotoninérgico lo que puede en algunos casos puede significar una mejoría en los resultados del tratamiento. En la actualidad parece existir mayor consenso en el sentido de orientar el tratamiento

hacia programas que realicen un abordaje integral de la patología adictiva y la psicótica.

BIBLIOGRAFÍA

Adington J, Duchack V. (1997) Reasons for substance use in schizophrenia. Acta Psychiatric Scand.. 96;329-333.

American Psychiatry Association (2000) . Trastorno por abuso de sustancias. Autoevaluación y actualización en psiquiatría.

Andia AM, Zisook S, Heaton RK, Hesseinnkk J, Jernigan T, Kuck J, Moranville J, Braf DL. (1995) Gender differences in schizophrenia. J. Ner. Ment. Dis. 183;522-528.

Bailey L.G., Maxwell S., Brandabur M.M. (1997) Substance abuse as a risk factor for tardie dyskinesia: a retrospective analysis of 1027 patients. Psychopharmacology Bulletin. 3·;177-181.

Ball SA, Carroll KM, Babor TF et al. (1995) Subtypes of cocaine abusers: support for a typeA-type B distinction. J Consult Clin Psychol 63(1):115-24.

Batel P. (2000) Addiction and schizophrenia. European Psychiatry. 15,115-22.

Brady KT, Lydiard RB, Malcolm R, Ballenger JC (1991) Cocaine-Induced Psychosis. J Clin Psychiatry; 52: 509-512.

Buckley P.(1998) Substance abuse in Schizophrenia: A Review. J Clin Psychiatry 59; (suppl 3) 26-30

Caballero L, Alarcón A. (2000) Cocaína y cocainomanía en atención primaria. En: Drogas en Atención Primarias. Fundación Ciencias de la Salud. Madrid 207-44.

Casas M, Pérez de los Cobos J, Salazar I, Tejero A. (1992). Las conductas de automedicación en drogodependencias. En Casas M. (Coor) Trastornos psíquicos en las toxicomanías. Citran. Barcelona.

Casas M, Prat G, Santís R (2000). Trastornos por dependencia de sustancias psicotropas. En: Cervilla JA, García-Ribera C. Fundamentos biológicos en psiquiatría. Masson. Barcelona.

Casas M, Roncero C, Rubio Valladolid G. (2001) Esquizofrenia y abuso de drogas (en prensa).

Gearon JS, Bellack AS (2000) Sex differences in illness presentation, course and level of functioning in substance-abusing schizophrenia patients. Schizophrenia Research. 43;65-70.

Goldberg JF, Garno JL, Leon AC, Kocsis JH, Portera L. (1999) A history of substance abuse complicates remission from acute mania in bipolar disorder. J Clin Psychiatry Nov; 60 (11): 733-40.

González-Gutiérrez R, Bandres Moya F. (1993) Análisis de drogas de abuso en orina. Universidad Complutense de Madrid.

Horger BA, Roth RH. (1996) The role of mesofrontal dopamine neurons in stress. Crit Rev Neurobiol; 10:395-418.

Haywood T., Kravitz H., Grossman L., Cavanaugh J.J., Davis J., Lewis D. (1995) Predicting the "revolving door" phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective and affective disorders (comments). Am J Psychiatry 152: 856-61.

Helzer J.D., Pryzbeck T.R. (1988) The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact in the treatment. Journal Study Alcoholism.49;219-224.

Keller MB, Shapiro RW, Lavori PW, Wolfe N. (1982) Recovery in mayor depressive disorder: analysis with the life table and regression models. Arch Gen Psychiatric. 39:905-910.

Krausz M. Mass R., Haansen C. Gross J. (1996). Psychopathology in patients with schizophrenia and substance abuse : a comparative clinical study. Psychopathology. 29;95-103.

Laudet A.B. Magura S., Vogel H.S., Knight E. (2000) Recovery challenges among dually diagnosed individuals. Journal of Substance abuse treatment. 18;321-329.

Lieberman JA, Kinon BJ, Loebel AD. (1990) Dopaminergic Mechanisms in idiopathic and drug-induced psychoses. Schizophrenia Bulletin; 16: 97-109.

Liraud F, Verdoux H (2000) Which temperamental characteristics are associated with substance abuse use in subjects with psychotic and mood disorders?. Psychiatry Research. 93;63-72.

Lysaker P, Bell M, Beam-Goulet J, Milstein R. Relationship of positive and negative symptoms to cocaine abuse in schizophrenia. J Nerv Ment Dis 1994 Feb; 182 (2): 109-12.

Miller FT, Busch F, Tanembaum JH. (1989) Drug abuse in schizophrenia and bipolar affective disorder. Am J Drug Alc Abus ;15:291-5.

North C.S., Pollio D.E., Smith E.M., Spitznagel E.L. (1998) Correlates of early onset and chronicity of homelessness in large urban homeless population. J. Ner Ment. Dis. 186;393-400.

Ochoa E. (2000) Cocaína y comorbilidad psiquiátrica. Actas Esp Psiquiatr; 28 (1): 40-42.

Owen RR, Fischer EP, Booth BM, Cuffel BJ. (1996) Medication noncompliance and substance abuse among patients with schizophrenia. Psychiatr Serv Aug; 47 (8): 853-8.

Patkar A.A., Alexander R.C., Lundy A., Certa K.M. (1999) Changing patterns of illicit substance abuse among schizophrenic patients: 1984-1996. American Journal Addict. 8(1);65-71.

Plan Nacional sobre Drogas (1998). Ministerio del Interior. Plan Delegación de Drogas. Secretaría General Técnica.

Post RM. Weiss SRB, Pert A, Uhde RW (1987) Chronic Cocaine administration: Sensitization and kindling effects. In Fisher S, Raskin A, Uhlenhuth EH (eds), Cocaine: Clinical and Biobehavioral Aspects, New York, Oxford University Press, pp 109-173.

Rabinowitz J, Bromet EJ, Lavalle J, Carslson G, Kovasznay B, Schwartz JE. (1998). Prevalence, severity of substance use disorders and onset of psychosis in first-admission psychotic patients. Psychology Medical. 28; 1411-1419.

Regier DA, Framer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK.(1990). Comorbithity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the epidemiological catchment area (ECA). Journal of the American Medical Association. 264;2511-2518.

Robinson TE, Berridge KC. (1993) The neural basis of drug craving: an incentive-sensitization theory of addiction. Brain Res Rev; 18: 247-291.

Rosecan JS, Spizt HI (1990) Nueva concepción de la cocaína: revisión histórica. En: Spizt y Rosencan. Cocaína abuso, nuevos enfoques en la investigación y tratamiento. Ediciones en Neurociencias. Barcelona.

Rosse RB, Collins JP, Fay-McCarthy M, Alim TN, Wyatt RJ Deutsch SI. (1994) Phenomenologic comparison of the idiopathic Psychosis of Schizophrenia and Drug induced cocaine and phencyclidine psychoses: A retrospective Study. Clinical Neuropharmacology 17,4:359-369.

Rosenthal RN, Miner CR (1997) Differential Diagnosis of substance-Induced Psychosis and Schizophrenia in patients with substance se disorders. Schizophrenia Bulletin23 (2): 187-193

Rubio Valladolid G, Casas M.(2001) Revisión del tratamiento de la esquizofrenia en individuos con abuso de drogas. Actas Españolas Psiquiatr 29 (2):124-130.

Satel SL, Edell WS (1991) Cocaine induced paranoia and psychoses proneness. Am J Psychiatry 148:1708-1711.

Seibyl JP, Satel SL, Anthony D, Southwick SM, Krystal JH, Charney DS. (1993) Effects of cocaine on hospital course in schizophrenia. J. Nerv. Ment. Dis.; 181: 31-37.

Serper MR, Chou JC, Allen MH, Czobor P, Cancro R (1999) Symptomatic Overlap of Cocaine Intoxication and Acute Schizophrenia at Emergency Presentation. Schizophrenia Bulletin; 25(2): 387-394.

Sevy S, Kay SR, Opler LA, van Praag HM. Significance of cocaine history in schizophrenia. J Nerv Ment Dis 1990 Oct; 178 (10): 642-8. Receptors. Life Sci; 44: 229-236.

Shaner A, Khalsa M, Roberts L, Wilkins J, Anglin ., Hsieh S. (1993). Unrecognised cocaine used among schizophrenic patients. American Journal of Psychiatry.150;758-762.

Sherwood Brown E, Suppes T, Adinoff B, Rajan Thomas N. Drug abuse and bipolar disorder: co morbidity or misdiagnosis ?. J Affect Disord 2001 Jul; 65 (2): 105-15.

Smith J. Stephen H. (1994) Schizophrenia and substance abuse. British Journal of Psychiatry. 165; 13-21.

Skodol AE (1990). Aspectos diagnósticos del abuso de cocaína. En: Spizt y Rosencan. Cocaína abuso, nuevos enfoques en la investigación y tratamiento. Ediciones en Neurociencias. Barcelona.

Sonne SC, Brady KT, Morton WA. (1994) Substance abuse and bipolar affective disorder. J Nerv Ment Dis;182:349-52.

Soyka M. (1994) Addiction and schizophrenia . Alcoholism and schizophrenia. Fortsch Neurol psychiat. 62;71-87.

Sterk-Elifson C. (1996) Just for fun? Cocaine use among middleclass women. J Drug Issues 26:63-76.

Strakowsky SS, Tohen M, Stoll AI, Faedda GL, Goodwin DC. (1992) Comorbidity in mania at first hospitalisation. Am J Psychiatry ;149:554-6.

Van Harten PN, van Trier JC, Horwitz EH, Martos GE, Hoek HW. (1998) Cocaine as a risk factor for neuroleptic-induced acute dystonia. J Clin Psychiatry Mart; 59 (3): 128-30.

Weddington WW, Brown BS, Haertzen CA.(1990) Changes in mood, craving, and sleep during short-term abstinence reported by male cocaine addicts. A controlled, residential study. Arch Gen Psychiatry;47 : 861-8.

Weiss RD, Mirin SM, Griffin ML, Michael JL.(1988) Psychopathology in cocaine abusers. J Nerv Ment Dis. Dec; 176 (12): 719-25.

Weiss RD, Griffin ML, Mirin SM. (1989) Diagnosing major depression in cocaine abusers: The use of depression rating scales. Psychiatry Res; 28: 335-43.

Wilkins JN. (1997) Pharmacotherapy of Schizophrenia with comorbid substance abuse. Schizophrenia Bulletin. 23;215-228.

Aproximación terapeútica de la dependencia de cocaína

San Molina, L.; Arranz, B.

Benito Menni, Complejo Asistencial en Salud Mental. Barcelona.

Enviar correspondencia: Benito Menni. Complejo Asistencial en Salud Mental. C/ Dr. Antoni Pujades,38
08830 SANT BOI DE LLOBREGAT. (Barcelona). Tel. 93 652 99 69

RESUMEN

Objetivo: en los últimos años se han ensayado un gran número de fármacos para el tratamiento de la dependencia de cocaína conjuntamente con diversos abordajes psicológicos. En líneas generales, las estrategias utilizadas son adaptaciones de las utilizadas para el tratamiento de otras dependencias. *Material y método:* analizar la eficacia clínica del tratamiento psicofarmacológico en pacientes con dependencia de cocaína. *Resultados:* los ensayos clínicos abiertos han sido el primer paso para la evaluación de nuevos fármacos, sin embargo los estudios controlados, doble ciego y aleatorizados son los que permiten confirmar o desmentir la eficacia de los tratamientos. Los grupos farmacológicos utilizados han sido antidepresivos, eutimizantes, agonistas dopaminérgicos, estimulantes del SNC, precursores de los neurotransmisores, agonistas y antagonistas opioides, y una larga lista de fármacos que se encuentran en fase experimental y pueden constituir una alternativa terapéutica para el tratamiento de la dependencia de cocaína. *Conclusiones:* la combinación de terapias farmacológicas y conductuales o cognitivas son las que ofrecen mejores resultados en el tratamiento de los pacientes con dependencia de cocaína.

Palabras clave: *Tratamiento. Dependencia cocaína. Prevención recaídas. Fármacos*

ABSTRACT

Objective: during recent years, several pharmacological and psychological approaches for the treatment of cocaine dependence have been developed. Overall, the strategies are similar to those applied in the drug dependence field. *Material and methods:* to assess the clinical response to pharmacotherapy in cocaine dependent patients. *Results:* although open clinical trials are the first step in the evaluation of new pharmacological treatments, randomized, double-blind, controlled trial are the best instrument to confirm the efficacy in the treatment programs. Accordingly, different pharmacological agents as antidepressants, mood stabilizers, dopaminergic, serotonergic, CNS stimulants, precursors, opioid, and other experimental drugs, are some examples of the variety of therapeutic tools now available for the treatment of cocaine dependence. *Conclusions:* the joining of pharmacotherapy and psychotherapy has shows the best results for cocaine dependent patients.

Key Words: *Treatment. Cocaine dependence. Relapse prevention. Drugs.*

INTRODUCCIÓN

El progreso en el conocimiento del mecanismo de acción de la cocaína ha abierto una serie de expectativas e investigaciones en un intento por mejorar el alcance de los tratamientos farmacológicos y psicosociales (1-20). En la tabla 1 se resumen los distintos medicamentos ensayados en la farmacoterapia de la dependencia de cocaína. El desarrollo de estos fármacos ha seguido dos abordajes. Por un lado se han intentado iden-

Tabla 1. Fármacos ensayados en el tratamiento de la dependencia de cocaína.	
Agonistas	Bromocriptina, Amantadina, Pergolida, Lisurida, L-dopa/carbidopa
Dopaminérgicos	Otros agonistas dopaminérgicos Estimulantes del SNC: Metilfenidato, Pemolina
Antagonistas	Antidepresivos Tricíclicos
Dopaminérgicos	Otros antidepresivos
Otros tratamientos	Litio, Carbamacepina Precursores de los Neurotransmisores: L- triptófano, L-tirosina Agonistas y Antagonistas Opioides: Metadona, Naltrexona, Buprenorfina Fármacos experimentales Vacunas

tificar los medicamentos que actúan como antagonistas de la cocaína y por otro se han desarrollado fármacos análogos de la cocaína con una acción más prolongada. Entre los antagonistas de la cocaína se incluirían aquellos fármacos que atenúan los efectos reforzadores agudos de la cocaína, así como otros efectos subjetivos. Los antagonistas de la cocaína deben disminuir los efectos euforizantes de la cocaína y presentar una correcta tolerabilidad y un bajo potencial de abuso para garantizar un correcto cumplimiento del tratamiento farmacológico. El problema que plantean estos fármacos es que inducen disforia en la medida que los efectos reforzadores de la cocaína están mediados por el sistema dopaminérgico.

Los fármacos análogos de la cocaína con una acción más prolongada, serían fármacos que indirectamente bloquearían los efectos agudos de la cocaína al inducir tolerancia cruzada. En general estos fármacos disminuyen la sintomatología de la abstinencia de cocaína y mejoran el estado de ánimo. Los problemas que plantean son el potencial de abuso y que en algunos casos pueden aumentar el "craving" para la cocaína.

AGONISTAS DOPAMINÉRGICOS

Tras el consumo prolongado de cocaína se produce una deplección de dopamina en el SNC que desencadena "craving" y la necesidad de consumir nuevamente cocaína, en un intento por aumentar de forma pasajera la concentración de dopamina sináptica. Este déficit postsináptico de dopamina se corrige temporalmente con una nueva administración de cocaína que se acompaña de una hipersensibilidad de los receptores dopaminérgicos. Partiendo de la hipótesis de la deplección dopaminérgica como mecanismo de acción de la cocaína, se ha planteado la utilización de agonistas dopaminérgicos para revertir las manifestaciones de abstinencia de cocaína, puesto que consigue corregir la hiperprolactinemia y el aumento en la densidad de los receptores dopaminérgicos postsinápticos. Los agonistas dopaminérgicos que ya han sido utilizados en investigación son la bromocriptina, la amantadina, la pergolida y la lisurida. A continuación se describen una serie de estudios abiertos, controlados y en pacientes en mantenimiento con metadona realizados con estos fármacos (7,8).

La *bromocriptina*. Es un agonista dopaminérgico D2 postsináptico y débil antagonista D1, que no comparte los efectos agonistas noradrenérgicos o serotoninérgicos de la cocaína. Se ha ensayado con éxito en experimentación animal demostrándose que durante la abstinencia cocaínica se produce una disminución del metabolismo cerebral que puede evitarse mediante la administración de bromocriptina.

Estudios abiertos

Los primeros estudios con bromocriptina se desarrollaron en 1985. En estos ensayos se observó una disminución del "craving" con mínimos efectos secundarios, por lo que se propuso su utilización en la abstinencia cocaínica. La administración de bromocriptina por vía oral a dosis crecientes mejoró las manifestaciones de "craving", la anergia y la depresión observadas durante el síndrome de abstinencia de cocaína.

Sin embargo, en un ensayo abierto realizado en 25 usuarios de cocaína, se observó que tanto el "craving" como los síntomas de abstinencia se reducían minimamente con la bromocriptina. En otros casos se ha utilizado el pretratamiento con bromocriptina para antagonizar el "craving" para la cocaína inducido por la administración de cocaína intravenosa.

En un estudio abierto realizado en 10 pacientes dependientes de "crack" hospitalizados, con dosis de bromocriptina de 0,625 a 1,875 mg tres veces al día durante 6-20 días, se observó a los pocos días una disminución del "craving" y de los síntomas de abstinencia, con escasos efectos secundarios exceptuando las náuseas. Otros autores cuestionan estos resultados positivos; así en un ensayo abierto ambulatorio realizado en 7 pacientes abusadores o dependientes de cocaína, la mayoría de ellos experimentaron una disminución de la euforia y del "craving" sin conseguir la abstinencia en las 12 semanas de tratamiento.

En un estudio abierto realizado en 41 pacientes con dependencia de cocaína y comparando la bromocriptina y la pergolida, en lo que respecta a días de permanencia en tratamiento, porcentaje de altas voluntarias y "craving", el mejor resultado fue para la pergolida, seguida por la bromocriptina, mientras que aquellos pacientes que no recibieron tratamiento presentaron un peor resultado.

Estudios controlados

En un primer estudio cruzado, controlado con placebo se observó que una dosis única de bromocriptina disminuía el "craving" en 13 pacientes con abuso de cocaína expuestos a estímulos de consumo. Sin embargo los sujetos del estudio fueron capaces de discriminar entre la bromocriptina y el placebo por lo que no está claro si los efectos de la bromocriptina fueron mediatizados farmacologica o psicologicamente.

En un estudio doble ciego realizado en 24 pacientes adictos a cocaína tratados con bromocriptina o placebo durante 6 semanas, se observó una disminución en el Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) en aquellos pacientes tratados con bromocriptina pero no con placebo. En este estudio no se evaluó el "craving" o la abstinencia de cocaína. En otro estudio doble ciego, controlado con placebo, llevado a cabo en 36 pacientes abusadores de cocaína, en el que se estudiaron de forma comparativa, la bromocriptina y la asociación bromocriptina-desipramina frente a placebo (12 pacientes en cada grupo de tratamiento, durante 99 días), la bromocriptina fue superior al placebo en el tratamiento del síndrome de abstinencia de cocaína; sin embargo la asociación bromocriptina-desipramina fue superior a la bromocriptina sola y ésta superior al placebo. En otro ensayo controlado realizado con placebo en 30 pacientes abusadores de cocaína, se observó que la bromocriptina y la amantadina eran más eficaces que el placebo durante los primeros 15 días; sin embargo la eficacia de la amantadina iba disminuyendo hasta ser inferior al placebo, siendo la bromocriptina más eficaz en la última etapa del ensayo.

En otro ensayo doble ciego realizado en 14 pacientes abusadores de cocaína y comparando la amantadina y la bromocriptina a dosis superiores a 2,5 mg tres veces al día, ésta última se mostró escasamente eficaz para atenuar los síntomas de abstinencia, produciendo importantes efectos secundarios, y una tasa de abandonos del 70%. Adicionalmente, en otro estudio doble ciego realizado en 8 pacientes abusadores de cocaína por vía endovenosa hospitalizados no se observó que el pretratamiento con bromocriptina modificara los efectos subjetivos o vegetativos de la administración endovenosa

de cocaína, ocasionando además efectos secundarios que limitan su utilización a nivel ambulatorio.

En un estudio doble ciego, controlado con placebo, realizado en 20 pacientes dependientes de cocaína hospitalizados, no se observaron diferencias entre la bromocriptina (1,25 mg dos veces al día) y el placebo frente a estímulos de consumo. Sin embargo, en otro estudio doble ciego, aleatorizado y controlado con placebo, realizado en 29 pacientes consumidores de cocaína que acudieron a un servicio de urgencias donde se les administró bromocriptina (1,25 mg tres veces al día) o placebo durante dos semanas, se observó una disminución en los controles de orina positivos a cocaína en el grupo que recibió bromocriptina, sin que se presentaran efectos indeseables relevantes.

Estudios en pacientes en mantenimiento con metadona

La bromocriptina a dosis de 2,5 mg/día durante 4-8 semanas también se ha ensayado en medio ambulatorio en 6 pacientes abusadores diarios de cocaína incluidos en PMM (dosis media de metadona de 60 mg/día), observándose una disminución del "craving" y del consumo de cocaína en 4 de los 6 pacientes. Sin embargo tres pacientes presentaron efectos secundarios que obligaron a reducir la dosis.

En un reciente estudio, doble ciego de seis semanas de duración, 24 pacientes recibieron bromocriptina y 26 placebo, sin que se observaran diferencias en el uso de cocaína, los controles de orina positivos a cocaína, el "craving", la resistencia al consumo y los síntomas anímicos, que mejoraron en ambos grupos a lo largo del estudio.

La *amantadina*. Es un agonista dopaminérgico indirecto que provoca la liberación de DA y actúa corrigiendo la deplección dopaminérgica asociada al consumo prolongado de cocaína, disminuyendo la sintomatología de abstinencia.

Estudios abiertos

En un estudio piloto llevado a cabo a nivel ambulatorio en 12 pacientes durante 4 semanas, la amantadina a dosis de 200-300 mg/día no se demostró eficaz. Además sólo 3 de los 12 pacientes completaron el periodo de estudio.

Estudios controlados

En un estudio doble ciego realizado durante 10 días, la amantadina se demostró superior a la bromocriptina en la tasa de retención al tratamiento en 14 abusadores primarios de cocaína, puesto que la presencia de náuseas, vómitos e hipotensión limitaron la utilidad clínica de la bromocriptina. La tasa de abandonos fue alta en ambos grupos (5 en el grupo amantadina y 1 en el grupo bromocriptina) al no completar los 10 días de tratamiento. En otro estudio doble ciego realizado en 42 pacientes dependientes de cocaína en medio hospitalario, 21 recibieron 100 mg de amantadina dos veces al día durante dos semanas y los 21 restantes recibieron placebo. Si bien no se encontraron diferencias en las autoevaluaciones de los pacientes, los controles de orina efectuados durante las dos semanas de tratamiento y durante el siguiente mes, mostraron un menor porcentaje de orinas positivas (17%) a cocaína en el grupo amantadina que en el grupo placebo (47%). Sin embargo, en otro estudio doble ciego y controlado con placebo la amantadina no se mostró eficaz. En otro estudio controlado con placebo realizado en 30 pacientes abusadores de cocaína, se observó que la bromocriptina y la amantadina eran más eficaces que el placebo durante los primeros 15 días de tratamiento, aunque la eficacia de la amantadina iba disminuyendo hasta ser inferior al placebo.

Es interesante comentar el trabajo realizado por Weddington y col. por su correcta metodología, en el que la amantadina no se mostró superior a la desipramina en un grupo de 54 pacientes dependientes de cocaína durante un periodo de 12 semanas, en relación a la tasa de retención en tratamiento, al "craving"

y al número de días sin consumo de cocaína. A la misma conclusión se llegó en otro estudio doble ciego, realizado en 20 pacientes dependientes de cocaína, que recibieron amantadina (200 mg/día) o placebo y donde la amantadina no mostró ningún efecto.

En un estudio doble ciego controlado con placebo, y realizado durante 4 semanas en 61 pacientes dependientes de cocaína, tampoco fue efectiva la amantadina (100 mg tres veces al día) en parámetros como la tasa de retención en tratamiento o los controles de orina a cocaína.

Estudios en pacientes en mantenimiento con agonistas

En un primer estudio abierto de seis semanas de duración realizado en 12 pacientes en PMM se sugirió la utilidad de la amantadina (dosis 200-400 mg/día) para el tratamiento del abuso de cocaína, puesto que este fármaco producía una disminución del "craving", de las autodeclaraciones sobre uso de cocaína y de los síntomas depresivos determinados con la escala de Beck.

En otros dos trabajos efectuados en pacientes en PMM, en el primero de ellos se comparó la amantadina frente a la desipramina y el placebo durante 56 días de tratamiento sin que se apreciaran diferencias entre ellos. En el segundo estudio se comparó la desipramina frente a la amantadina y al placebo con un diseño doble ciego, controlado y aleatorizado en 22 pacientes dependientes de cocaína. Si bien se observó una disminución en el uso de cocaína, el "craving" y los síntomas depresivos, no hubo diferencias entre los fármacos administrados.

Adicionalmente en un reciente estudio con un correcto diseño doble ciego, controlado con placebo, realizado durante 12 semanas en 94 pacientes dependientes de opioides y cocaína incluidos en PMM, no se hallaron diferencias entre la amantadina (300 mg/día), la desipramina (150 mg/día) y el placebo. La retención en tratamiento y el cumplimiento de la medicación fue muy buena puesto que más del 75% de los pacientes completaron las 12 semanas de tratamiento. Aunque el consumo de cocaína referido por los pacientes del grupo amantadina y desipramina fue significativamente menor en la 4ª semana, esta diferencia ya no fue significativa en la 8ª semana y además no se hallaron diferencias en los controles de orina.

En un ensayo clínico doble ciego realizado en 21 pacientes dependientes de opiáceos en mantenimiento con buprenorfina (8 mg), que eran además abusadores de cocaína, se estudio de forma comparativa la eficacia de la amantadina (300 mg) frente a la desipramina (150 mg) y la fluoxetina durante 12 semanas. La mayor tasa de retención fue para el grupo tratado con desipramina (83.3%) seguido por la amantadina (66.7%) y la fluoxetina (20%). Los pacientes tratados con desipramina y amantadina presentaron menos controles de orina positivos a opiáceos o cocaína.

También se ha ensayado con una metodología doble ciego en 20 pacientes dependientes de cocaína, la administración de amantadina (200 mg/día) en comparación con el placebo en la reactividad frente a estímulos de consumo, observando que la amantadina incrementa la reactividad ante estos estímulos y sin embargo no disminuye el deseo de consumo, por lo que se podría cuestionar su utilización en clínica.

La *pergolida*, un agonista dopaminérgico D1 y D2, fue introducido en el mercado para el tratamiento de la enfermedad de Parkinson y posee una potencia de 10 a 100 veces superior a la de la bromocriptina. En un estudio abierto realizado en 21 sujetos dependientes de cocaína, la pergolida se mostró efectiva en 16 pacientes que refirieron una mejora en el sueño y otras manifestaciones de abstinencia y una disminución del "craving" hacia la cocaína. En un estudio abierto realizado en régimen hospitalario durante 30 días en 41 dependientes de cocaína, comparando pergolida frente a bromocriptina y un grupo de pacientes sin tratamiento, el mejor resultado fue para la pergolida, seguida por la bromocriptina, en relación a los días de permanencia en tratamiento, altas voluntarias y "craving".

En un estudio doble ciego, controlado con placebo se han descrito escasos efectos secundarios y aunque su eficacia no está correctamente establecida, parece un fármaco seguro excepto cuando existen contraindicaciones. También se ha investigado su eficacia en estudios de auto-administración de cocaína, observándose una disminución de los efectos subjetivos y cardiovasculares.

La *lisurida*, como la bromocriptina, es un agonista dopaminérgico de los receptores D2 y un antagonista D1, que se ha ensayado como fármaco antiparkinsoniano y en la dependencia de psicoestimulantes en animal de experimentación. En humanos, en un estudio doble ciego de 3 semanas de duración, controlado con placebo, se observó una mejoría en algunas de las manifestaciones de abstinencia de los pacientes hospitalizados aunque no fue significativamente mayor que con placebo.

OTROS AGONISTAS DOPAMINÉRGICOS

Entre los agonistas dopaminérgicos, también se ha ensayado con escaso éxito la combinación de *L-dopa/carbidopa*, frente a placebo, sin que se observaran diferencias significativas en las puntuaciones de abstinencia entre ambos tratamientos.

El *mazindol,* es de un inhibidor de la recaptación de dopamina que no presenta potencial de abuso. En un estudio realizado en 8 pacientes abusadores de cocaína incluidos en un programa de mantenimiento con metadona, se observó una reducción del "craving" respecto al periodo basal, así como una menor euforia asociada al reinicio del consumo de cocaína; sin embargo, en otro estudio doble ciego cruzado con placebo en 19 pacientes también en PMM no se mostró efectivo. El mazindol también se ha estudiado durante 6 semanas de forma doble ciego en 43 pacientes dependientes de cocaína, sin que en este caso se observaran diferencias respecto al placebo. Sin embargo en otro estudio doble ciego de doce semanas de duración realizado en 37 pacientes en PMM los resultados fueron positivos. Diversos autores han alertado respecto a la posible interacción medicamentosa entre el mazindol y la cocaína, así como otros riesgos como el aumento del "craving" hacia la cocaína observado en 19 pacientes dependientes de cocaína en mantenimiento con metadona durante las dos semanas de estudio.

Algunos estudios recientes de tipo farmacológico, post-mortem en humanos y de genética implican al receptor D3 en la dependencia de sustancias (21), incluso se ha diseñado un agonista selectivo D3 (*BP 897*), que se comporta como un agonista parcial in vitro y actúa in vivo tanto como agonista como antagonista y que inhibe la conducta de búsqueda de cocaína sin ninguna actividad intrínseca o efecto reforzador primario, por lo que podría utilizarse en el futuro para disminuir el "craving" y la vulnerabilidad a las recaídas precipitadas por estímulos ambientales de consumo (22). También los fármacos que comparten con la cocaína la propiedad de ser agonistas dopaminérgicos indirectos o que actúan como agonistas directos en el receptor D2 pueden reinstaurar la conducta de búsqueda de cocaína; mientras que fármacos con actividad agonista del receptor D1 bloquean los efectos de la cocaína, sugiriendo distintos papeles para los receptores D1 y D2 en los mecanismos de recaída. Es probable que fármacos con actividad agonista D1, agonistas parciales o antagonistas puedan introducirse en la farmacoterapia de la dependencia de cocaína (23).

El *Pramipexol*, un agonista dopaminérgico con una relativa selectividad para el receptor D3 y que también tiene efectos sobre D4 y D2 se ha ensayado en animal de experimentación y en humanos en un paciente con depresión comorbida refractaria (24). Otro agonista D3 (*PD 128,907*) se ha ensayado en animal de experimentación observándose que bloquea la sintomatología psicótica inducida por PCP, disminuye la conducta de autoadministración por lo que puede disminuir el "craving" en humanos, produce un efecto sedativo similar a la clozapina, no produce

SEP y disminuye las convulsiones y otros efectos letales inducidos por la cocaína.

ESTIMULANTES DEL SNC

El *metilfenidato* o la *pemolina* también se han ensayado en el tratamiento de la dependencia de cocaína. Ambos fármacos disminuyen el "craving", aunque producen tolerancia y dependencia, excepto en los trastornos por déficit de atención del adulto.

En un estudio abierto realizado durante 8 semanas en 10 pacientes en PMM, la administración de pemolina produjo muchos efectos secundarios, resultando ser además un fármaco poco eficaz. El metilfenidato tampoco parece ser un fármaco eficaz en ausencia del diagnóstico de trastorno por déficit de atención, tal como se observó en un estudio abierto realizado en 5 abusadores de cocaína sin este diagnóstico adicional, debiéndose contemplar asimismo su propio riesgo de abuso. En resumen, estos dos fármacos no pueden considerarse un tratamiento eficaz puesto que producen resultados practicamente similares al placebo, pueden empeorar algunas de las manifestaciones de abstinencia de la cocaína, y en el caso de la pemolina, puede ocasionar hepatotoxicidad.

ANTAGONISTAS DOPAMINÉRGICOS ANTIDEPRESIVOS

La teoría que justifica la utilización de antidepresivos se basa en el supuesto que la cocaína a largo plazo ocasiona un déficit de dopamina, noradrenalina y serotonina que se acompaña de fenómenos de hipersensibilidad de los receptores postsinápticos. Estas manifestaciones se podrían corregir mediante la utilización de antidepresivos por su acción bloqueante sobre la recaptación de dichos neurotransmisores y de hiposensibilización de los receptores postsinápticos (1-8).

Antidepresivos tricíclicos

Desipramina. Es un antidepresivo tricíclico que bloquea la recaptación de distintos neurotransmisores y ha sido el más ampliamente ensayado. Parecía potencialmente eficaz tanto en pacientes con el diagnóstico específico de depresión como en aquellos que no lo presentaban. También se ha ensayado para reducir el "craving"" hacia la cocaína y así poder facilitar la abstinencia en sujetos dependientes.

Estudios abiertos

La primera referencia aparece en un estudio publicado en 1983 en dos pacientes con abuso de cocaína, en los que la administración durante 14 días de desipramina mejoró las manifestaciones de abstinencia, aunque el fármaco no tuvo ninguna influencia en el consumo posterior de cocaína. Posteriormente apareció otro estudio abierto realizado en 22 pacientes (8 dependientes de anfetaminas y 14 dependientes de cocaína), 19 de los cuales (86%) refirieron abandonar el consumo durante 2 a 7 días; 15 de ellos (68%) presentaron controles de orina negativos a anfetaminas o cocaína. En general los resultados de este estudio son difíciles de interpretar porque tras la primera semana de tratamiento tan sólo 3 individuos continuaron en el estudio. En un ensayo comparativo desipramina con litio, conjuntamente con psicoterapia; aquéllos pacientes que recibieron desipramina mostraron una marcada disminución en el "craving" hacia la cocaína tras 2-3 semanas de tratamiento, independientemente de la presencia de un trastorno afectivo.

En un estudio abierto, aleatorizado, controlado con placebo y realizado durante 40 días, en 20 abusadores de cocaína y 20 abusadores de fenciclidina (PCP), se comparó la eficacia de la desipramina con el placebo en dos grupos de 10 pacientes. La retención en tratamiento entre los abusadores de cocaína fue igual que con placebo (80%). Los pacientes que recibieron desipramina mostraron una disminución de los síntomas depresivos inde-

pendientemente de que la sustancia de abuso fuera PCP o cocaína.

Estudios controlados

El primer estudio controlado fue un ensayo comparativo, doble ciego desipramina vs placebo con resultados negativos. De los 22 pacientes estudiados durante más de 6 semanas, 11 recibieron desipramina (100-150 mg) y 11 placebo, siendo la tasa de retención en tratamiento del 55% para ambos grupos. Los pacientes que recibieron desipramina presentaron un 64% de orinas negativas, frente a un 70% de los del grupo placebo. Tampoco se apreciaron diferencias en la supresión de síntomas de abstinencia o en los autoinformes de los pacientes sobre la eficacia del tratamiento farmacológico. Sin embargo, en otro estudio doble ciego y aleatorizado se compararon 10 pacientes en tratamiento con desipramina frente a 10 a los que se les administró placebo durante un periodo de tratamiento de 45 días. Aunque el tratamiento con desipramina fue más efectivo que el placebo en el mantenimiento de la abstinencia, ambos grupos presentaron una tasa de retención del 80% sin que exista información sobre los controles de drogas en orina. Este mismo autor publicó el mismo año otro trabajo doble ciego, comparativo de desipramina asociada a bromocriptina, frente a bromocriptina y a placebo realizado en 36 pacientes durante 99 días. Los resultados de este estudio parecen ser positivos puesto que la asociación desipramina-bromocriptina facilita la abstinencia de cocaína, al disminuir la disforia; siendo la eficacia de la bromocriptina aislada inferior a la de esta asociación y superior a la del placebo.

Por contra un estudio doble ciego de 6 semanas de duración en el que se compara a nivel ambulatorio la eficacia de la desipramina, frente al litio y placebo en 72 pacientes dependientes de cocaína, aquellos pacientes que recibieron desipramina presentaron una mayor retención en tratamiento, menor "craving" y un mayor porcentaje de abstinencia en comparación con el litio o placebo.

En un metaanálisis (14) realizado sobre seis estudios aleatorizados y controlados con placebo, efectuados desde 1985 a 1991, en un total de 200 pacientes se ha puesto en duda la eficacia de la desipramina. Es interesante destacar el estudio realizado por Weddington y col, con un diseño simple ciego, aleatorizado y controlado con placebo realizado en un grupo de 54 dependientes de cocaína durante un periodo de 12 semanas. Los pacientes fueron asignados al azar a los grupos desipramina 200 mg/día, amantadina 400 mg/día o placebo, conjuntamente a tratamiento psicosocial. A las 12 semanas no se observaron diferencias entre los tres grupos en los controles de orina positivos a cocaína, el "craving" o los síntomas psiquiátricos. Tampoco se apreciaron diferencias significativas en la tasa de retención (desipramina 53% y placebo 75%).

En un estudio de seguimiento, 43 de los 72 pacientes que previamente habían participado en un ensayo clínico aleatorizado de 6 semanas de duración, mostraban a los 6 meses unos autoinformes de abstinencia de cocaína significativamente mayores tras tratamiento con desipramina (44%) que con litio (19%) o placebo (27%). El grupo que recibió placebo presentó mayor frecuencia de depresión (36% vs. 6%) y abuso diario de alcohol (36% vs. 15%) que los grupos con medicación activa. La capacidad de mantener la abstinencia de cocaína durante el ensayo de 6 semanas fue el predictor más fiable de abstinencia durante el seguimiento.

En un estudio ambulatorio realizado en 121 abusadores de cocaína que recibieron de forma aleatoria psicoterapia y farmacoterapia (desipramina o placebo) sola o en combinación durante 12 semanas y que fueron reentrevistados al mes, 3, 6 y 12 meses de finalizado el tratamiento, en todos los grupos se observó una disminución en el consumo de cocaína y una mejoría en el funcionamiento psicológico. La desipramina disminuyó de forma significativa el consumo de cocaína comparado con placebo en la semana 6 pero no en la semana 12 de tratamiento y fue más efectiva para los cocainómanos menos gra-

ves. En el periodo de seguimiento se pudo comprobar que persistía el efecto del tratamiento, siendo las medidas de consumo de cocaína mejores o iguales.

También hay que destacar un estudio doble ciego entre desipramina y placebo realizado en un grupo de 65 pacientes cocaínómanos en el que no se apreciaron diferencias entre el principio activo y el placebo.

Estudios en pacientes en mantenimiento con agonistas

Diversos estudios indican que más de un 40% de pacientes en programas de mantenimiento con metadona (PMM) presentan abuso de cocaína. Debido a esta elevada prevalencia diversos estudios han evaluado la eficacia de la desipramina en esta población. En un estudio abierto realizado en 16 abusadores de cocaína en PMM, 8 de ellos recibieron desipramina y 8 unicamente metadona. Durante las ocho semanas de tratamiento aquellos pacientes que recibieron desipramina refirieron un menor "craving" y disforia, así como un menor uso de cocaína.

En otro estudio controlado realizado en 38 pacientes en mantenimiento con metadona, 24 de ellos recibieron desipramina frente a 14 que recibieron placebo durante 84 días. Aquellos que recibieron desipramina presentaron menor sintomatología de abstinencia, "craving", disforia y menor consumo de cocaína.

En otro estudio doble ciego, aleatorizado y realizado en pacientes en PMM, 35 recibieron desipramina y 18 placebo durante 72 días, con resultados similares para ambos grupos en uso de drogas y cocaína, actividades ilegales, "craving" para la cocaína y controles de orina positivos a cocaína.

En un trabajo posterior se estudió de forma comparativa la desipramina frente a la amantadina y al placebo durante 56 días, sin que se apreciaran diferencias entre los fármacos activos y el placebo, presentando el grupo desipramina un porcentaje de abstinentes inferior al grupo placebo (38 vs 55%).

Algunos autores han estudiado las concentraciones plasmáticas de desipramina y su metabolito hidroxilado en 72 pacientes tratados con desipramina por síntomas de depresión o abuso de cocaína. De estos últimos, 11 se encontraban en mantenimiento con metadona y presentaron unas concentraciones plasmáticas del fármaco inferiores a las de los pacientes depresivos o a las de los cocainómanos que no estaban en mantenimiento con metadona, sin que estas diferencias pudieran atribuirse a las dosis de desipramina. Estos resultados sugieren la necesidad de monitorizar las concentraciones plasmáticas de desipramina en los pacientes en mantenimiento con metadona.

En un estudio doble ciego, controlado con placebo, realizado durante 12 semanas en 94 pacientes en PMM que cumplían criterios de dependencia de cocaína, no se hallaron diferencias entre la amantadina (300 mg/día), la desipramina (150 mg/día) y el placebo en la retención en tratamiento y en el cumplimiento de la medicación ya que más del 75% de los pacientes completaron las 12 semanas de tratamiento. Aunque el abuso de cocaína fue menor en el grupo desipramina en la cuarta semana, esta diferencia desapareció en la octava semana.

En otro estudio doble ciego, aleatorizado y controlado con placebo, realizado durante 12 semanas en 59 pacientes en PMM que cumplían criterios de abuso de cocaína, la desipramina no se mostró superior al placebo. El 59% de los pacientes completaron las 12 semanas del estudio, y el 94% fueron reentrevistados 1, 3 y 6 meses después del tratamiento. Las comparaciones basales vs la semana 12, indicaron mejorías en ambos grupos. Durante las 12 semanas de tratamiento farmacológico y en el primer mes posterior, los controles de drogas en orina no fueron distintos en ambos grupos, pero a los 3 y 6 meses el grupo placebo presentó de forma significativa menos controles de cocaína positivos. En este mismo estudio se compararon aquellos pacientes con concentraciones plasmáticas calificadas como terapéuticas (150-300 ng/mL) con el grupo placebo, sin que

tampoco se apreciaran diferencias entre ambos fármacos.

En otro estudio doble ciego, aleatorizado, controlado con placebo y realizado en 22 pacientes dependientes de cocaína incluidos en PMM, se estudió la eficacia de la desipramina en comparación con amantadina y el placebo durante 12 semanas. En los tres grupos se observó una disminución significativa en el uso de cocaína, el "craving" y los síntomas depresivos, aunque sin diferencias entre grupos. Los pacientes con desipramina presentaron sin embargo una mayor tasa de retención en tratamiento y un menor consumo de cocaína al final del estudio.

La eficacia clínica de la desipramina (150 mg) también se ha estudiado en un ensayo doble ciego realizado durante 12 semanas en 21 pacientes abusadores de cocaína en mantenimiento con buprenorfina (8 mg), demostrándose la superioridad de la desipramina frente a la amantadina (300 mg) o la fluoxetina (60 mg) en la tasa de retención y en controles de orina para opiáceos y cocaína.

Todos estos resultados parecen evidenciar que la eficacia de la desipramina no es superior al placebo. La principal desventaja del tratamiento con desipramina es el retraso de 2-3 semanas antes de que el fármaco sea efectivo, así como las elevadas tasas de abandono (20 a 50%), durante este periodo inicial. Por otra parte, se han descrito casos en los que la desipramina ha provocado un aumento del "craving" después de 1 mes de tratamiento.

OTROS ANTIDEPRESIVOS

Otros antidepresivos utilizados para el tratamiento de la dependencia de cocaína son la *Doxepina* o la *Maprotilina.* En un estudio abierto, 9 de 11 abusadores de cocaína completaron las 7 semanas de tratamiento con maprotilina y 8 se mantuvieron abstinentes durante un mes como mínimo utilizando dosis de 150-200 mg/día. Los pacientes refirieron menor "craving", ansiedad, disforia o depresión, sin embargo la mayoría de ellos presentaban otros diagnósticos psiquiátricos como trastorno depresivo mayor o trastorno bipolar.

Los *IMAOS*, también han sido ensayados en el tratamiento de la dependencia de cocaína. En un estudio abierto realizado en 24 pacientes tratados con fenelcina se obtuvieron buenos resultados, al igual que en otro trabajo realizado en 26 pacientes utilizando dosis máximas de 90 mg/día. Se cree que la fenelcina corrige los defectos bioquímicos causados por el consumo prolongado de cocaína, es decir la deplección dopaminérgica, noradrenérgica y serotonérgica. Sin embargo esta combinación farmacológica presenta algunos riesgos, como la aparición de crisis hipertensivas que ya fueron descritas en adictos a las anfetaminas, por lo que no es recomendable el uso combinado de estos dos fármacos por su posible letalidad. Recientemente ha aparecido otro estudio en el que se preconiza la utilización de los IMAOS como agentes aversivos, ante el temor de una crisis hipertensiva caso de producirse un nuevo consumo de cocaína.

La implicación del sistema serotonérgico también ha sido estudiada en el campo de la adicción y así se han ensayado fármacos como el *Bupropión*, un antidepresivo de segunda generación, inhibidor de la recaptación de la serotonina y la dopamina. Este fármaco se ha estudiado de forma abierta durante 8 semanas en 6 pacientes en PMM dependientes de cocaína con unos buenos resultados. Sin embargo, en otro estudio doble ciego, controlado con placebo y realizado en régimen hospitalario en 46 pacientes dependientes de cocaína, el bupropión se utilizó a dosis de 100 mg tres veces al día sin excesivo éxito y en un ensayo clínico multicéntrico, doble ciego en el que se compararon de forma aleatoria 300 mg/día de bupropión con placebo en 149 pacientes en PMM tampoco se observaron diferencias. En un intento por mejorar su eficacia también se ha ensayado conjuntamente con bromocriptina aunque con resultados escasos.

Otros estudios han utilizado la *Trazodona*, un antidepresivo no tricíclico que actúa basicamente a nivel serotonérgico. En un estudio doble ciego, realizado en 8 pacientes consumidores, se compararon los efectos fisiológicos y subjetivos de 2 g/k de cocaína oral tras la administración previa de una dosis de 100 mg de trazodona o placebo. La trazodona disminuyó algunos de los efectos inducidos de la cocaína, como aumento de la presión arterial, la midriasis y la disminución de la temperatura cutánea, aunque no la euforia. Otros autores, en un estudio abierto, refieren la reducción de los síntomas de abstinencia y del deseo de consumo y recientemente se ha ensayado con éxito en los trastornos conductuales inducidos por cocaína. La *Nefazodona*, un fármaco con un perfil farmacológico similar también ha sido ensayado en experimentación animal.

La *Fluoxetina*, un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina, ha demostrado su eficacia en una gran variedad de trastornos psiquiátricos como la depresión, el alcoholismo, el trastorno obsesivo compulsivo y los trastornos de la alimentación. Así, se han ensayado dosis de 20 a 60 mg de fluoxetina en combinación con terapia de aconsejamiento en pacientes con dependencia de cocaína, obteniéndose los mejores resultados con dosis de 20 a 40 mg en régimen ambulatorio durante 12 semanas de tratamiento.

También se ha ensayado en pacientes abusadores de cocaína incluidos en PMM y seguidos durante un periodo de 1 a 6 meses. De estos 8 pacientes, 5 fueron capaces de mantenerse abstinentes de cocaína (63%) durante los 6 meses del seguimiento. En otro estudio abierto realizado durante 9 semanas en 16 pacientes dependientes de cocaína y opiáceos incluidos en PMM (dosis media de metadona de 52 mg/día), se observó una disminución en el consumo declarado de cocaína, en los controles de orina y en el "craving", así como pocos efectos secundarios ocasionados por la combinación de fluoxetina con metadona y sin que se produjeran alteraciones en las concentraciones plasmáticas de metadona. En otro estudio doble ciego realizado en 21 pacientes en mantenimiento con buprenorfina (8 mg), la administración de fluoxetina (60 mg) no fue superior a la desipramina (150 mg) o a la amantadina (300 mg) durante las 12 semanas de tratamiento en lo relativo a la tasa de retención en tratamiento o al número de controles de orina positivos a opiáceos o cocaína.

La *Ritanserina*, un antagonista 5-HT2, se ha ensayado con resultados dispares en animal de experimentación, por lo que aun no se ha llevado a cabo ningún estudio en pacientes dependientes de cocaína. Los receptores 5-HT3 también han sido implicados en los mecanismos de la adicción, en base a una posible disminución de la función dopaminérgica en el SNC. En concreto, el *Ondansetrón*, un antagonista selectivo 5-HT3, parece ejercer su acción bloqueando los signos de abstinencia de una variedad de agentes adictivos. Sin embargo, los resultados negativos obtenidos sobre la abstinencia de cocaína en animal de experimentación no parecen avalar el papel del sistema 5-HT3 como mediador de los efectos reforzadores de la cocaína. También se ha observado que el ondansetrón bloquea algunos de los efectos subjetivos de las anfetaminas en voluntarios sanos o que la administración conjunta de ondansetrón y cocaína en ratas impide el desarrollo de sensibilización y tolerancia a la cocaína así como de algunos efectos subjetivos.

La *Sertralina*, un antidepresivo inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina, también ha sido ensayada en el tratamiento de la dependencia de cocaína en un estudio abierto en medio ambulatorio realizado en 11 pacientes dependientes de cocaína, en el que se pudo observar una disminución del "craving" y una mejoría de las funciones psicológicas.

OTROS TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS

El *Litio* fue introducido inicialmente como un agente bloqueante de la euforia inducida

por cocaína en estudios no controlados y en pacientes con trastornos afectivos simultáneos al uso de cocaína. En un estudio abierto con 9 pacientes, se sugiere que el litio puede ser efectivo en un subgrupo de abusadores de cocaína con trastorno bipolar o ciclotímico y en casos de psicosis cocaínica. Sin embargo, en un ensayo clínico abierto, el litio mostró escasa eficacia en 10 abusadores de cocaína y tan sólo aquellos pacientes con un diagnóstico comórbido de trastorno bipolar parecían responder a este fármaco. Este fármaco se utiliza a dosis semejantes a las administradas para el trastorno bipolar (profilaxis de la fase maníaca), (600-1800 mg/día) debiéndose mantener la litemia entre 0,6-1,2 mmol/l. El litio parece ser de utilidad en los pacientes con el diagnóstico de personalidad ciclotímica o de trastorno afectivo bipolar, no siendo eficaz si no existen trastornos afectivos o si existen trastornos distímicos (depresión "neurótica crónica"). Por todo ello es importante hacer una correcta valoración psiquiátrica del paciente, ya que un 20-30% de los pacientes con dependencia de cocaína padecen trastornos distímicos o bipolares.

En un estudio doble ciego, ambulatorio de 6 semanas de duración en el que se comparó el litio con la desipramina o el placebo en 72 pacientes dependientes de cocaína, el litio mostró una eficacia inferior a la desipramina en la disminución del "craving" y en la tasa de retención en tratamiento. De los 72 pacientes que participaron en este ensayo, 43 fueron seguidos a los 6 meses, observándose que los autoinformes de abstinencia de cocaína fueron significativamente mayores en los pacientes tratados con desipramina (44%) que en aquellos tratados con litio (19%) o placebo (27%). Incluso algunos autores consideran que la administración de litio puede estar contraindicada en estos pacientes.

Partiendo de la hipótesis de que el "craving" puede ser una manifestación neurofisiológica del fenómeno del "kindling" se ha ensayado la eficacia de la *Carbamacepina* con resultados dispares tanto en animal de experimentación como en humanos.

Estudios abiertos

En un ensayo realizado en 21 pacientes con un consumo de cocaína de seis años de duración, 6 de los 13 que aceptaron participar en el estudio, refirieron una disminución del "craving" y del número de días de consumo de cocaína tras 100 días de tratamiento con dosis de 200-400 mg/día de carbamacepina, mientras que en los 7 restantes se obtuvieron resultados parciales. En otro estudio realizado en 16 consumidores de "crack", la carbamacepina fue eficaz en 7 pacientes y parcialmente eficaz en 6, declarando los pacientes una reducción en el número de días de consumo de cocaína durante un periodo de 100 días.

En otro estudio abierto realizado en 35 usuarios de cocaína, 26 de ellos mostraron una disminución variable del consumo de cocaína, una correlación entre el grado de cumplimiento de la medicación y la disminución del consumo, la intensidad, frecuencia y duración del "craving" tras la administración de cocaína; sin que hubiera modificaciones en los 9 pacientes que no recibieron el fármaco. Sin embargo, en este estudio los autoinformes de uso de cocaína no se validaron con controles de orina.

Estudios controlados

En un primer estudio doble ciego, cruzado, controlado con placebo, realizado durante 20 días en 32 usuarios de "crack", la carbamacepina disminuyó de forma significativa el número de controles de orina positivos a cocaína en comparación con el placebo.

En 1995, en un mismo número de la revista Drug and Alcohol Dependence se publicaron los resultados de tres ensayos clínicos independientes, doble ciego, sobre la eficacia de la carbamacepina en la dependencia de cocaína que merecieron un comentario editorial justificando su publicación conjunta en la medida que todos ellos mostraron resultados negativos. El primero de ellos es un estudio aleatorizado, doble ciego y controlado con

placebo, en el que se administraron 600 mg/día de carbamacepina a 40 varones dependientes de cocaína. Durante las 12 semanas de tratamiento no se apreciaron diferencias significativas entre fármacos en lo relativo al uso de cocaína, consumo de alcohol y síntomas de ansiedad y depresión. A los tres meses de finalizado el tratamiento farmacológico, la única diferencia que pudo apreciarse fue que los sujetos tratados con carbamacepina refirieron un menor consumo de alcohol. El segundo estudio se llevó a cabo de forma doble ciego en 62 pacientes dependientes de cocaína que fueron tratados durante 8 semanas a nivel ambulatorio con carbamacepina o placebo. Durante este tiempo pudo apreciarse en ambos grupos un aumento significativo en el número de controles de orina negativos a cocaína, una disminución en el uso de cocaína (cantidad de dinero gastada y cantidad de cocaína consumida), así como una disminución en los síntomas de depresión y psicopatología general. Sin embargo no pudieron apreciarse diferencias entre la carbamacepina y el placebo. El último estudio se realizó en 82 sujetos dependientes de cocaína que durante 10 semanas fueron asignados a tratamiento de forma aleatoria y doble ciego con carbamacepina o placebo. Ambos grupos no presentaron diferencias en la tasa de retención en tratamiento, muestras de orina positivas a cocaína y deseo de consumo o efectos secundarios referidos por los pacientes.

Algo similar ocurrió en un estudio doble ciego comparativo de carbamacepina con desipramina y placebo realizado en un grupo de 65 pacientes cocaínómanos que participaron en un programa de tratamiento en régimen ambulatorio.

En un estudio de reciente publicación, se ha objetivado que dosis de 400 mg/día de carbamacepina y las concentraciones plasmáticas de este fármaco se correlacionan con una reducción en las determinaciones urinarias positivas de cocaína, con una disminución del "craving", del número de días de consumo y con una mayor retención en tratamiento.

Estudios en pacientes en mantenimiento con metadona

En un ensayo clínico abierto realizado en 12 pacientes en PMM, seis de ellos estuvieron en tratamiento con carbamacepina durante 144 días refiriendo una disminución en el uso de cocaína que fue documentada por controles de orina realizados al azar. Por el contrario, los seis pacientes que sólo tomaron el fármaco durante unos 17 días no mostraron ningún cambio en sus consumos de cocaína.

A todos estos estudios habría que añadir el posible potencial de abuso de la carbamacepina en algunas subpoblaciones de pacientes alcohólicos o toxicómanos y sus posibles efectos secundarios de tipo hematológico.

Otros estudios

En un estudio doble ciego, cruzado y controlado con placebo se determinaron los efectos de la carbamacepina tras una dosis única de cocaína base fumada. Seis pacientes varones usuarios de cocaína recibieron 400 mg de carbamacepina o placebo, durante un periodo de 5 días cada uno. Al final de los 5 días, se administraron 40 mg de cocaína fumada. En los pacientes del grupo carbamacepina se observó un aumento significativo de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial diastólica en comparación con el grupo placebo, sin que se observara ninguna modificación de los efectos subjetivos. Por esta razón, los autores aconsejan precaución en el uso de la carbamacepina para el tratamiento del abuso de cocaína puesto que puede incrementar los efectos cardiovasculares de la cocaína. No obstante algunos autores consideran que el hecho de que la retención en tratamiento fuera más alta que con placebo durante las 6 primeras semanas de tratamiento y que el consumo de alcohol fuera menor debe tenerse en cuenta a la hora de evaluar la posible indicación de este fármaco.

PRECURSORES DE LOS NEUROTRANSMISORES

Puesto que la administración prolongada de cocaína produce una deplección de dopa-

mina, noradrenalina y serotonina con una hipersensibilidad resultante de los receptores, algunos autores recomiendan el uso de aminoácidos, solos o en combinación con antidepresivos, para el tratamiento de los pacientes adictos a cocaína. El L-Triptófano es el aminoácido precursor de la serotonina, y la L-Tirosina el precursor de la dopamina y la noradrenalina. La razón de su uso es que pueden facilitar o inducir la síntesis y la restauración de los depósitos depleccionados de los neurotransmisores implicados. Sin embargo, su eficacia no ha sido establecida. En animal de experimentación, el L-triptofano redujo la conducta de refuerzo inducida por infusiones de cocaína.

En un estudio realizado en 25 pacientes abusadores de cocaína, la asociación de precursores con imipramina produjo unos resultados positivos, con una menor sintomatología de abstinencia, "craving" y consumo de cocaína. Sin embargo, en un estudio posterior no se ha confirmado que la administración de aminoácidos afecte al "craving" o al uso de cocaína. Así en un estudio doble ciego de 6 meses de duración realizado en medio hospitalario en 29 sujetos dependientes de cocaína, la administración de estos precursores no disminuyó de forma significativa los síntomas de abstinencia o el "craving" hacia la cocaína. También se ha ensayado la utilización de L-Triptófano como modulador de la reactividad frente a estímulos de consumo, por lo que podría ser un factor implicado en los procesos de recaída.

Además en un reciente estudio se ha comprobado la relación entre un síndrome caracterizado por eosinofilia y mialgia y la administración de triptófano, por lo que no se recomienda la utilización de este precursor para el tratamiento de la dependencia de cocaína hasta que este trastorno fatal haya sido suficientemente clarificado.

AGONISTAS Y ANTAGONISTAS OPIOIDES

Otra estrategia utilizada para el tratamiento del abuso de cocaína en pacientes en PMM es incrementar las dosis de *Metadona*. Diversos estudios han examinado la eficacia de dosis altas vs bajas de metadona en la prevención del abuso de distintas sustancias, incluyendo la cocaína. La disminución de la dosis de metadona en respuesta al abuso de cocaína en estos pacientes disminuye por lo general la eficacia del tratamiento de la dependencia de opiáceos. En cuatro estudios se ha examinado el efecto producido por el aumento de la dosis de metadona en combinación con un aumento de las tomas domiciliarias, en pacientes con abuso de cocaína y otras drogas incluidos en PMM. En el primer estudio, el aumento de la dosis de metadona no ocasionó ningún efecto. En el segundo estudio se observó que la combinación de dosis altas (80 vs 50 mg) con un aumento de las tomas domiciliarias (5 vs 2 tomas por semana) fue más efectiva. En ambos estudios se asoció una variable no farmacológica (tomas domiciliarias) con una variable farmacológica, no pudiéndose diferenciar el efecto aislado producido por el aumento de la dosis de metadona. En el tercer estudio se siguió la estrategia de aumentar o disminuir las dosis de metadona en función del consumo de cocaína, observándose que el incremento de las dosis de metadona consiguió una abstinencia de cocaína en un 80% de los pacientes, frente a un 33% en el grupo en el que se redujeron las dosis. En el cuarto estudio el aumento en las dosis de metadona en 6 pacientes también se acompañó de una disminución del consumo de cocaína al alcanzar una dosis media de metadona de 115 mg/día.

La *Naltrexona*. Ya en 1976 se planteó la hipótesis de que los antagonistas opioides podían bloquear el efecto euforizante de la cocaína. Aunque en los primeros ensayos realizados en animal de experimentación no se observó este efecto, estudios más recientes han podido constatar que la administración de naltrexona conlleva una disminución en la autoadministración de cocaína, confirmando la participación del sistema opioide en el refuerzo inducido por cocaína y sugiriendo que la naltrexona ejerce este efecto a través de su acción en el SNC.

En estudio realizado en nuestro país en 50 pacientes dependientes de opiáceos, se observó un aumento en el consumo de alcohol y una disminución en el consumo de cocaína tras la administración de naltrexona; y en nuestra propia experiencia, en un estudio doble ciego, controlado con placebo realizado en pacientes dependientes de heroína que también consumían cocaína, aquellos que recibieron naltrexona (50 mg/día) a lo largo de 6 meses de tratamiento presentaron una disminución en el consumo de cocaína y una menor positividad en los controles de orina en comparación con el grupo placebo.

La *Buprenorfina* es un opioide sintético con un interesante perfil farmacológico, comportándose como un agonista parcial o bien como antagonista frente a los agonistas puros bloqueando sus propiedades reforzadoras. Su administración en animal de experimentación produce una marcada disminución de la autoadministración de cocaína mientras que en humanos se han descrito resultados positivos en un grupo de 41 pacientes dependientes de opioides que también utilizaban cocaína y fueron tratados con buprenorfina o con metadona. Entre aquellos pacientes que recibieron buprenorfina, los controles de orina indicaron una menor utilización de cocaína en comparación con el grupo metadona. En un estudio realizado en 138 adictos a opioides se comprobó que fármacos como la naltrexona o la buprenorfina disminuían el consumo de cocaína de 5 a 8 veces en comparación con el tratamiento con metadona. Asimismo, en un estudio abierto utilizando dosis de 4 y 8 mg de buprenorfina para el tratamiento de 22 pacientes con el doble diagnóstico de dependencia de opiáceos y cocaína, la retención en tratamiento fue del 91% a las 12 semanas, observándose una disminución en el uso de opiáceos y cocaína y en el "craving", y con unos mínimos efectos secundarios con ambas dosis. Sin embargo, en un estudio doble ciego realizado en 51 pacientes con doble diagnóstico y comparando la metadona con la buprenorfina, ambos fármacos mostraron igual eficacia en la retención en tratamiento, y en los controles de orina positivos para opiáceos y cocaína. También en otro estudio doble ciego realizado durante 24 semanas en 110 pacientes dependientes de opioides y cocaína, no se observó que la buprenorfina fuera superior a la metadona en el consumo de cocaína.

En otro estudio se evaluó si dosis elevadas de buprenorfina y metadona presentaban una eficacia superior que dosis bajas de ambos fármacos para disminuir la utilización de opiáceos ilegales, y comprobar asimismo si la buprenorfina era superior a la metadona en la disminución del consumo de cocaína. Un total de 116 pacientes fueron asignados al azar a cuatro grupos de tratamiento de mantenimiento con dosis altas o bajas diarias de buprenorfina sublingual (12 o 4 mg) o de metadona (65 o 20 mg) en un diseño doble ciego de 24 semanas de duración. Las variables de resultado fueron la retención en tratamiento y el consumo de opiáceos ilegales y de cocaína, mediante la determinación toxicológica en orina y los autoinformes de los pacientes. Se observaron unos efectos significativos del tratamiento de mantenimiento con ambos fármacos en las tasas de consumo de opiáceos ilegales, sin observarse diferencias significativas en la tasa de retención en tratamiento o en las tasas de consumo de cocaína. La proporción de controles de orina positivos fue menor en el grupo de 65 mg de metadona (45%), seguido del grupo de 12 mg de buprenorfina (58%), del de 20 mg de metadona (72%) y del de 4 mg de buprenorfina (77%). Se detectó un contraste significativo entre el grupo de pacientes que recibieron 65 mg de metadona y los dos grupos de tratamiento a dosis bajas, y entre el grupo de 12 mg de buprenorfina y los dos grupos de tratamiento a dosis bajas. Estos resultados avalan la superioridad de dosis altas de buprenorfina o metadona en los programas de mantenimiento, frente a la utilización de dosis bajas, en relación con la reducción del uso de opiáceos ilegales. Sin embargo, no avalan la superioridad de la buprenorfina frente a la metadona en la disminución del consumo de cocaína en pacientes en programas de mantenimiento.

FÁRMACOS EN FASE EXPERIMENTAL

Muchos otros fármacos han sido ensayados para el tratamiento de la dependencia de cocaína como: flupentixol, buspirona, gepirona, nifedipina, amperocide, clorhidrato de m-clorofenilpiperacina, fenfluramina, disulfiram, alfa-metil-paratirosina, gabapentina, baclofen y un largo etcétera, si bien la mayoría de ellos se encuentran en fase experimental (16,17). También se ha planteado la combinación de diversos fármacos para mejorar la eficacia de tratamientos aislados o bien para tratar la frecuente asociación entre el consumo de cocaína y otras sustancias, así se ha planteado la utilización de naltrexona en pacientes con consumos de cocaína y alcohol.

Otra de las estrategias terapéuticas ensayadas consiste en considerar a las drogas como agentes infecciosos, desarrollando vacunas para inducir inmunidad frente a los efectos negativos de su uso. Diversos estudios han demostrado que es posible vacunar e inducir inmunización activa contra los efectos psicoestimulantes de la cocaína (19,20). Sin embargo, este tipo de vacuna no se corresponde totalmente con el concepto clásico de vacunación y con la efectividad a largo plazo de las vacunas recibidas en la infancia. En definitiva, se ha demostrado que la inmunización activa contra la cocaína o que la transferencia pasiva de anticuerpos anticocaína es capaz de neutralizar los efectos psicoestimulantes y reforzadores de la cocaína al impedir su llegada al cerebro o bien de antagonizar de forma reversible una conducta aprendida de autoadministración de cocaína. En su aplicación terapéutica en humanos, los anticuerpos formados tras la vacunación neutralizarían un consumo posterior, pero en la medida que los anticuerpos antidroga formados tras la vacunación tienen una efectividad limitada en el tiempo y que las drogas no poseen por sí mismas capacidad inmunogénica, resulta evidente que se requerirá una vacunación periódica y frecuente para poder proteger contra los efectos de estas sustancias (25).

PSICOTERAPIA VS FARMACOTERAPIA

Un aspecto relevante en el tratamiento de la dependencia de cocaína es el estudio de la eficacia de la combinación de farmacoterapia y psicoterapia. En un interesante estudio aleatorizado se ha comparado la combinación de psicoterapia con farmacoterapia (desipramina o placebo) en un ensayo clínico realizado a nivel ambulatorio en 139 abusadores de cocaína. Aunque todos los pacientes experimentaron alguna mejoría, ningún tratamiento mostró un efecto significativo hasta las 12 semanas. Durante las primeras 6 semanas de tratamiento, la desipramina fue más eficaz que el placebo pero no a las 12 semanas. Puesto que se detectó una respuesta diferencial a los distintos tratamientos en distintos subgrupos de pacientes (como aquellos con síntomas depresivos o con una mayor gravedad de la adicción), el estudio enfatiza la necesidad de desarrollar tratamientos especializados para distintos subtipos de abusadores de cocaína (26).

Aunque las alternativas propuestas son muy interesantes, desde un punto de vista teórico se requiere la realización y publicación de estudios controlados doble ciego y con asignación al azar para evaluar la correcta eficacia clínica de todos los fármacos y tratamientos psicológicos mencionados anteriormente (9). En líneas generales, las estrategias utilizadas para el tratamiento de los cocainómanos son adaptaciones de aquellos esquemas utilizados para la dependencia de heroína u otras drogas. Los ensayos clínicos abiertos son el primer paso para la evaluación de nuevos fármacos. Sin embargo, hay que tener en cuenta que existe una elevada correlación entre el cumplimiento de la medicación prescrita (independientemente del fármaco ensayado) y el resultado clínico. Así, paradojicamente, en ensayos clínicos sobre eficacia farmacologica, el cumplimiento del fármaco prescrito puede deberse más a las características de los individuos y/o al programa de tratamiento que a la eficacia intrínseca de la medicación. Los pacientes que voluntariamente toman la medicación prescri-

ta en estos estudios abiertos, pueden ser simplemente más cumplidores, tanto con la medicación como con el objetivo de alcanzar la abstinencia. Por otra parte, muchos hallazgos obtenidos en ensayos clínicos abiertos o con muestras pequeñas no se reproducen cuando estos estudios se realizan de forma rigurosa en condiciones doble ciego. Por esta razón, los ensayos clínicos controlados y aleatorizados son también esenciales para establecer el nivel de eficacia de los tratamientos en el terreno de la adicción. La aleatorización elimina el sesgo de la asignación a tratamiento, garantiza la validez estadística y equilibra los grupos de tratamiento (5).

CONCLUSIONES

Aunque actualmente no existe consenso sobre el tratamiento de la adicción a cocaína, recientemente se han producido una serie de avances tanto en experimentación animal como en humanos. Todos los abordajes terapéuticos comparten unos objetivos comunes: mantener el paciente en tratamiento, conseguir la abstinencia y prevenir la recaída. Una serie de fármacos como los agonistas y antagonistas dopaminérgicos y opioides y los fármacos serotonérgicos han sido ensayados en el tratamiento de la dependencia de cocaína. Sin embargo tan sólo unos pocos han demostrado ser eficaces en estudios doble ciego, y en muchos casos los resultados positivos iniciales no han sido confirmados posteriormente (27). Las intervenciones de tipo no farmacológico también se han ensayado con relativa eficacia, con especial énfasis en aquellos métodos que pueden disminuir el "craving" o las recaídas. Los estudios actuales sugieren que la combinación de terapias farmacológicas y conductuales o cognitivas son las que ofrecen mejores resultados en el tratamiento de estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association. Cocaine related disorders: treatment principles and alternatives. Am J Psychiatry 1995; 152 (suppl): 36-39.

Hall WC, Talbert RL, Ereshefsky L. Cocaine abuse and its treatment. Pharmacotherapy 1990, 10: 47-65.

Jonas JM, Gold MS. The pharmacologic treatment of alcohol and cocaine abuse. Psychiatric Clinics North America 1992; 15: 179-190.

Kosten TR. Pharmacotherapeutic interventions for cocaine abuse: matching patients to treatments. J Nerv Ment Dis 1989; 177: 379-389.

Meyer RE. New pharmacotherapies for cocaine dependence... revisited. Arch Gen Psychiatry 1992; 49: 900-904.

Miller NS, Summers GL, Gold MS. Cocaine dependence: alcohol and other drug dependence and withdrawal characteristics. J Addict Dis 1993; 12: 25-35.

San L. Dependencia de la cocaína. En: Becoña E, Rodríguez A, Salazar I (eds). Magister en Drogodependencias. Drogodependencias III. Drogas ilegales. Santiago de Compostela, Universidad de Santiago de Compostela, 1996: 41-99.

San L. Tratamiento de la dependencia de cocaína. En: La Psiquiatría en la Década del Cerebro. Madrid, ELA editorial, 1995: 20-24.

Satel SL, Kosten TR. Designing drug efficacy trials in the treatment of cocaine abuse. J Nerv Ment Dis 1991; 179: 89-96.

Schifano F. Cocaine misuse and dependence. Current Opinion Psychiatry 1996; 9: 225-230.

Tims FM, Leukefeld CG. Cocaine treatment: research and clinical perspectives. Rockville, NIDA Research Monograph 135, 1993.

Tutton CS, Crayton JW. Current pharmacotherapies for cocaine abuse: a review. J Addict Dis 1993; 12: 109-127.

Withers NW, Pulvirenti L, Koob G, Gillin JC. Cocaine abuse and dependence. J Clin Psychopharmacol 1995; 15: 63-78.

Levin FR, Lehman AF. Meta-Analysis of desipramine as an adjunct in the treatment of cocaine addiction. J Clin Psychopharmacol 1991; 11: 374-378.

Weddington Weddington WW, Brown BS, Haertzen CA, Hess JM, Mahaffey JR, Kolar AF, Jaffe JH. Comparison of amantadine and desipramine combined with psychoterapy for treatment of cocaine dependence. Am J Drug Alcohol Abuse 1991; 17: 137-152.

Dewey SL, Morgan AE, Ashby CR Jr, Horan B, Kushner SA, Logan J, Volkow ND, Fowler JS, Gardner EL, Brodie JD. A novel strategy for the

treatment of cocaine addiction. Synapse 1998; 30: 119-129.

Klein M. Research issues related to development of medications for treatment of cocaine addiction. Ann NY Acad Sci 1998; 844: 75-91.

Halikas JA, Nugent SM, Crosby RD, Carlson GA. 1990-1991 Survey of pharmacotherapies used in the treatment of cocaine abuse. J Addict Dis 1993; 12: 129-139.

Fox BS. Development of a therapeutic vaccine for the treatment of cocaine addiction. Drug Alcohol Depend 1997; 48: 153-158.

Mets B, Winger G, Cabrera C, Seo S, Jamdar S, Yang G, Zhao K, Briscoe RJ, Almonte R, Woods JH, Landry DW. A Catalytic antibody againts cocaine prevents cocaine's reinforcing and toxic effects in rats. Proc Natl Acad Sci USA 1998; 95: 10176-10181.

Le Foll B, Schwartz JC, Sokoloff P. Dopamine D3 receptor agents as potential new medications for drug addiction. Eur Psychiatry 2000; 15: 140-6.

Pilla M, Perachon S, Sautel F, Garrido F, Mann A, Wermuth CG, Schwartz JC, Everitt BJ, Sokoloff P. Selective inhibition of cocaine-seeking behaviour by a partial dopamine D3 receptor agonist. Nature 1999; 400: 371-375.

Spealman RD, Khroyan TV, Barrett-Larimore RL, Rowlett JK, Platt DM. Dopaminergic mechanisms in relapse to cocaine-seeking behavior. Implications for medications development. Ann NY Acad Sci 2000; 909: 273-274.

Rosenbaum JF, Fredman SJ. Pramipexole treatment for cocaine craving. Am J Psychiatry 1999; 156: 1834.

Carrera MR, Ashley JA, Wirsching P, Koob GF, Janda KD. A second-generation vaccine protects against the psychoactive effects of cocaine. Proc Natl Acad Sci 2001; 98: 1988-1992.

Carroll KM, Rounsaville BJ, Gordon LT, Nich C, Jatlow P, Bisighini RM, Gawin FH. Psychotherapy and pharmacotherapy for ambulatory cocaine abusers. Arch Gen Psychiatry 1994; 51: 177-187.

Warmer EA, Kosten TR, O'Connor PG. Pharmacotherapy for opioid and cocaine abuse. Med Clin North Am 1997; 81: 909-925.

Tratamiento del consumo de cocaína. Integrando psicoterapia y farmacoterapia

Solé Puig, J.

Psiquiatra

Enviar correspondencia: Complejo Asistencial en Salud Mental Benito Menni, C/ Dr. A. Pujadas 38, 08830 Sant Boi de Llobregat, Barcelona. E-mail: 8956jsp@comb.es

RESUMEN

Puesto que el consumo de cocaína está aumentando en España entre adultos jóvenes y adolescentes y tiene consecuencias médicas y legales potencialmente graves, hay que redoblar esfuerzos para mejorar los resultados terapéuticos. Hay disponibles diferentes enfoques farmacológicos y psicoterapéuticos, por lo que hay que prever desarrollos prometedores en ambas modalidades de tratamiento. Pero suelen abordarse de forma no integrada, por lo que se desaprovechan oportunidades de mejora de resultados. Debería aspirarse a una doble integración terapéutica: la integración entre farmacología y psicoterapia, y la integración entre enfoques psicoterapéuticos diferentes. Todavía se carece de indicaciones específicas según trastorno tanto farmacológicas como psicoterapéuticas. La farmacoterapia para la cocaína y otras drogas aún se basa en los antidepresivos y la medicación psiquiátrica disponible, y la psicoterapia en los enfoques individuales, grupales y familiares disponibles en los entornos asistenciales de salud mental. Se propone una visión integrada del tratamiento del consumo problemático de cocaína como sistema más eficaz de abordaje.

Palabras clave: *cocaína, dependencia, tratamiento, farmacología, psicoterapia.*

SUMMARY

Since cocaine use is increasing among Spanish young adults and teenagers and causes potentially severe medical and legal consequences, efforts must be made to increase treatment outcomes. Different pharmacological and psychotherapeutic approaches are available, so that promising developments can be foreseen in both treatment modalities. Still, both are carried out in a not integrated basis. In doing so, better outcome opportunities are wasted. Double treatment integration should be aimed: the integration between pharmacology and psychotherapy, and the integration among different psychotherapeutic approaches. Still, disorder-specific pharmacological and psychotherapeutic indications are lacking. Pharmacotherapy of cocaine and other drugs is still relying on antidepressants and the usual psychiatric medication, and psychotherapy on the individual, group and family psychotherapeutic approaches available in mental health settings. An integrated view of cocaine abuse treatment is necessary to be successful.

Key words: *cocaine, dependency, treatment, pharmacology, psychotherapy*

Sherlock Holmes cogió su frasco ... y su aguja hipodérmica... "¿Cuál toca hoy?", pregunté. "¿Morfina o cocaína?." Levantó los ojos lánguidamente... "Cocaína", dijo; "una solución al siete por ciento. ¿Quiere probarlo?" "No, por supuesto", respondí bruscamente... Sonrió ante mi vehemencia. "Quizá tenga usted razón, Watson", dijo. "Supongo que es una mala influencia física. Pero lo encuentro tan trascendentalmente estimulante y clarificador para la mente que su acción secundaria es cosa de un momento."

"¡Pero considérelo bien!" exclamé seriamente. "¡Piense en lo que puede costarle! Puede que su cerebro, tal como usted dice, se active y excite, pero esto es un proceso patológico, morboso, que implica cambios progresivos en los tejidos y que como mínimo puede dejarle una fatiga permanente. También sabe cuán negro lo ve usted todo una vez pasados los efectos. Está claro que no vale la pena. ¿Porqué usted, sólo por un mero placer pasajero, se arriesga a perder las grandes facultades con que ha sido agraciado?"
"..Es que detesto la necia rutina de la existencia. Yo anhelo (I crave) la exaltación mental..."

A. Conan Doyle
El Signo de los Cuatro

1. INTRODUCCIÓN

La cocaína se ha convertido en sustancia de consumo creciente en España y merece mayores esfuerzos terapéuticos por la gravedad de sus consecuencias psiquiátricas y médicas (San et al, 1996). Los trastornos relacionados con la cocaína se dan con más frecuencia entre adolescentes y adultos jóvenes (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 1999). El indicador tratamiento del Observatorio Español sobre Drogas (Plan Nacional sobre Drogas, 2000) ha demostrado que, frente al descenso de admisiones a tratamiento por heroína, a finales de la década de 1990 hubo un importante aumento de las admisiones a tratamiento por consumo de cocaína -más de un 11%- llamando la atención el rápido ritmo de crecimiento de estas admisiones pues en sólo dos años, de 1996 a 1998, se duplicó. La prevalencia del consumo de cocaína es en la actualidad elevado y ha ido aumentando en los últimos años. La cocaína es el estimulante epidémicamente más consumido después de la nicotina. La cocaína es la segunda sustancia, después de la heroína, más mencionada como generadora de urgencias, con un aumento importante en los últimos años: 30% en 1997 y 37% en 1998. La prevalencia de este consumo entre escolares es elevada y creció significativamente en la década anterior (Plan Nacional sobre Drogas, 2000). Los indicadores de oferta como las incautaciones señalan un aumento sostenido de la presencia de cocaína en todos los mercados europeos (Observatorio Europeo de Drogas y de Toxicomanías, 1999).

Fumar cocaína implica una progresión más rápida desde el consumo hasta el abuso o la dependencia que cuando se esnifa, es decir, cuando se consume fragmentada en polvo que se inhala por vía intranasal que es la forma más utilizada (Smelson et al, 1999).

Hoy día está claro que el consumo de cocaína conlleva alteraciones mentales no pocas veces graves (Ochoa E, 2000) y en algunos casos, mortales (Ruttenber et al, 1999). Los daños neuroconductuales que produce serían dosisdependientes (Bolla et al, 1999).

2. ABORDAJE TERAPÉUTICO

El abordaje terapéutico integrado, es decir, la integración de farmacoterapia y psicoterapia, es lo que se considera actualmente como el abordaje de elección. Ello facilita alcanzar los objetivos del tratamiento en los pacientes con trastornos por consumo de cocaína. El epígrafe del tantas veces citado texto del Dr. Arthur Conan Doyle utilizado para encabezar el artículo, ilustra, precisamente, que en el tratamiento de adicciones se hace imprescindible tener en cuenta la motivación e influir técnicamente en ella por medio de la psicoterapia. En sustancias que como la cocaína carecerían de síndrome de abstinencia físico fácil de observar, los aspectos psicosociales del tratamiento cobran mayor importancia si cabe. Tratamiento integrado, en fin, quiere decir que enfocamos el proceso terapéutico intentando abarcar toda la complejidad biopsicosocial de los consumidores problemáticos de cocaína, y por ello junto a la farmacoterapia incluimos la psicoterapia, los abordajes individual, familiar y gru-

pal y las intervenciones de índole informativa y terapéutica.

En general, la elección de un centro para el tratamiento se basa en las características clínicas del paciente, sus preferencias, las necesidades terapéuticas y las alternativas disponibles (Beck, 1991). Al igual que ocurre con el tratamiento de los demás pacientes, en pacientes consumidores de cocaína debe optarse por el entorno (setting) terapéutico menos restrictivo y que menos interfiera en la vida cotidiana, siempre que sea capaz de albergar un tratamiento seguro y lo más eficaz posible.

Está 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 (Compendium 2000). Los tratamientos que han resultado eficaces en determinadas poblaciones de pacientes con abuso de cocaína son los de litio en pacientes con un trastorno bipolar y los antidepresivos en pacientes con depresión (Ochoa, 2000). Sin embargo, teniendo en cuenta los datos existentes hasta la fecha, no cabe prever que estos tratamientos por sí solos reduzcan el consumo de cocaína, por lo que debe acompañarse de tratamiento psicosocial apropiado (Washton et al, 1988).

2.1. Tratamiento de la intoxicación

Dado que no existe un antídoto específico para la cocaína, el tratamiento es de tipo sintomático y de apoyo (San et al, 1996). La intoxicación por cocaína puede inducir delirios paranoides. Aunque los neurolépticos son eficaces, muchos individuos se recuperan espontáneamente en unas horas al cesar el consumo de cocaína, por lo que no suelen requerir tratamiento. Los pacientes que presentan agitación psicomotriz pueden requerir sedación con benzodiacepinas o con neurolépticos; la administración puede ser oral o parenteral.

El consumo agudo de cocaína puede producir hipertensión, taquicardia y crisis convulsivas. Los datos obtenidos en animales y la experiencia clínica sugieren que debe evitarse los bloqueadores adrenérgicos y los antagonistas dopaminérgicos en el tratamiento de la intoxicación aguda por cocaína. Las benzodiacepinas se utilizan con frecuencia en la intoxicación aguda por cocaína, y se han descrito también resultados favorables con enfriamiento ambiental. No hay pruebas de que los medicamentos anticonvulsivos permitan prevenir las crisis epilépticas inducidas por la cocaína, por lo que hay que contraindicar su empleo para este fin (Galaner & Kleber, 1999).

En resumen, y según sea la sintomatología que muestre el caso de sobredosis, la conducta terapéutica a seguir es la siguiente (American Psychiatric Association, 1995): implantar tratamiento cardiorrespiratorio cuando haga falta, efectuar lavado gástrico y administrar carbón activado si la ingesta se ha producido en las últimas 2 o 3 horas, tratar la hipertermia con enfriamiento externo y paracetamol, tratar la arritmia cardiaca con antiarrítmicos e incluso cardioversión, tratar las crisis hipertensivas con nifedipina o captopril por vía sublingual, y tratar las convulsiones tónico-clónicas generalizadas con diacepán por vía intravenosa. En este último caso habrá de haber ulterior derivación neurológica. En caso de intensa agitación psicomotriz, el paciente tendrá que estar en ambiente tranquilo, desaferentizado, sometido a sujeción mecánica si es preciso. También deberá recibir benzodiacepinas.

2.2. Tratamiento del síndrome de abstinencia

La interrupción del consumo de cocaína no suele causar síntomas de abstinencia. Lo frecuente es la abulia y el deseo de consumir de nuevo. Sin embargo, hay personas que experimentan síndrome de abstinencia entre pocas horas y varios días después del cese agudo o en plena reducción de un consumo

intenso y prolongado de cocaína (Washton, 1989).

Las características clínicas y la duración del síndrome de abstinencia de cocaína son cuestiones todavía discutidas y mal definidas. Se suele hablar de una fase aguda de sensación de gran "bajón" (*crash*), un periodo de deprivación menos pronunciado, y una fase de extinción que dura de 1 a 10 semanas (American Psychiatric Association, 1995).

El síndrome de abstinencia agudo se observa después de periodos de consumo frecuente a dosis altas. Puede haber sensaciones intensas y desagradables de depresión y fatiga, acompañadas a veces de ideas de suicidio, pero lo usual son síntomas relativamente leves de depresión, ansiedad, apatía, insomnio o hipersomnia, enlentecimiento psicomotor, y aumento de apetito, todo lo cual va desapareciendo a lo largo de días o semanas. Hay que señalar aquí que consumir cocaína puede estar parcialmente motivado para control del propio peso (Cochrane et al, 1998), tal como sucede con el consumo de nicotina.

Hace algún tiempo se pensó que agonistas de la dopamina como la amantadina serían eficaces para reducir los síntomas de abstinencia de cocaína, el deseo de la droga y el consumo posterior de la misma, pero no se ha logrado confirmar. De igual modo, los estudios con bromocriptina no han prosperado. Es posible que exista un subgrupo de pacientes que respondan a alguna forma de farmacoterapia con reducción del deseo de la droga y, posteriormente, con disminución del consumo. Sin embargo, hasta la fecha los datos de investigación son poco convincentes (Compendium 2000).

2.3. Tratamiento sintomático antipsicótico

Debe conocerse el tratamiento de los cuadros psicopatológicos por consumo de cocaína, para cuya evaluación nos valdremos de los libros de referencia diagnósticos DSM-IV o CIE-10 . El tratamiento de las psicosis por sustancias incluye situar al paciente en ambiente desaferentizado, es decir muy tranquilo, efectuando sujeción mecánica en caso de agitación o inquietud psicomotriz. Inicialmente es mejor indicar benzodiacepinas que neurolépticos, pues con éstos cabe el riesgo de empeorar la hipertermia y aumentar el riesgo de crisis convulsivas. De todos modos, es usual indicar haloperidol por vía intramuscular.

En caso de que persista el cuadro psicótico, el psiquiatra deberá prescribir neurolépticos. De primera intención quizá optemos por los de última generación como la risperidona, la olanzapina o la quetiapina, por el plus de tolerabilidad que se acepta tienen los atípicos. Sin embargo, también puede recomendarse la clorpormacina en dosis alrededor de 75 mg/día, pues presenta una semivida de eliminación (t1/2) lenta, unas 30 horas, siendo todavía el patrón de referencia de los antipsicóticos. Se obtienen también excelentes resultados con tioridazina (t1/2 también de unas 30 horas) y levomepromazina (t1/2 entre 16 y 77 horas). Ello es extensible también al haloperidol, con una t1/2 algo menor, de unas 18 horas. La t1/2 de la 9-hidroxi-risperidona, el metabolito activo de la risperidona, es de unas 24 horas, suficiente también para neutralizar el efecto psicotomimético de la cocaína. La semivida de la cocaína es de 7 a 13 horas. La semivida de eliminación de la cocaína, al contrario que en el caso de los cannabinoides (en que su vida media prolongada favorecería la indicación de antipsicóticos de parecida cinética lenta), no hace que tengamos que decantarnos por neurolépticos de farmacocinética disímil a la media, por lo que en la práctica utilizaremos los usuales. La psicotomímesis por cocaína se manifiesta durante las primeras horas siguientes a la inhalación o ingesta. De ahí que también neurolépticos de vida media más breve que los enumerados más arriba, como la perfenacina, loxapina, y clozapina, con t1/2 que no rebasan las 12 horas, se adapten bien al periodo a cubrir y den una buena respuesta antipsicótica. En la práctica todos los neurolépticos pueden ser indicados. Lo importante es que el médico prescriba el neuroléptico con el que

se halle más familiarizado. En el momento de salir a la luz este trabajo son de primera elección los antipsicóticos olanzapina, risperidona, quetiapina y flupentixol, por un perfil de tolerabilidad acorde con los estándares actuales.

El diagnóstico de delírium por cocaína, raro pero existente (Ruttenber et al, 1999), obliga a la monitorización hidroelectrolítica del enfermo, como si de un delírium tremens se tratara. El tratamiento de urgencia puede ser la administración intramuscular de 25-50 mg de clorpromacina o de 5-10 mg de haloperidol, aunque también de 10 mg o más de diacepán o 50 mg o más de clorazepato (Compendium 2000). Puede estar indicado administrar también antipsicóticos en el síndrome de abstinencia por cocaína, pues no pocas veces aparecen síntomas de la serie psicótica y entonces vale la pena prevenir complicaciones en este sentido.

Los antidepresivos son los medicamentos más prescritos para afrontar el consumo de cocaína y también de anfetaminas. Queda claro que se trata de una indicación genérica. En este campo hay que reiterar que todavía no disponemos de una medicación específica (San et al, 1996), que puede tardar en llegar. Además de tricíclicos como la imipramina, puede prescribirse inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina como fluoxetina, paroxetina, fluvoxamina, sertralina y citalopram, por su mayor tolerabilidad. Aunque apenas se dispone de experiencia con venlafaxina, nefazodona, mirtazapina y reboxetina, su uso en medicina de la adicción también parece prometedor (American Psychiatric Association, 1995).

En cuanto a las reacciones adversas, ansiosas, por intoxicación aguda reciente, hay que indicar lavado gástrico y, eventualmente, administrar benzodiacepinas vía oral y/o vía parenteral (Galanter & Kleber, 1999).

2.4. Farmacoterapia para cocaína

Aunque diversos estudios han presentado resultados prometedores con el empleo de diversos agentes farmacológicos, no hay ninguna medicación con la que se haya demostrado una eficacia clara en el tratamiento de la dependencia de la cocaína (San et al, 1996). Por ello no hay que tener prisa para indicar farmacoterapia como medida inicial en los pacientes consumidores de cocaína o de anfetaminoides. Sin embargo, en pacientes con abuso o dependencia de cocaína graves y en quienes no responden al tratamiento psicosocial habría de indicarse antidepresivos e incluso ansiolíticos, esto último con cautela por el indudable riesgo de adicción a las benzodiacepinas. Medicaciones más eficaces y específicas deberían aparecer en un futuro.

Se han venido estudiando numerosas medicaciones diferentes en la búsqueda de un tratamiento farmacológico eficaz. La mayor parte de estas investigaciones se han visto dificultadas por problemas metodológicos, como la falta de controles adecuados y de medidas homogéneas de evaluación de los resultados (por ejemplo, análisis de orina en vez de notificación propia), falta de estandarización del tipo y la "dosis" de las intervenciones psicosociales acompañantes, falta de claridad respecto a la importancia del deseo de droga (craving) en el mantenimiento de la dependencia de la cocaína, el papel del deseo de la droga en el curso natural del síndrome de abstinencia cocaínica no tratado, y falta de coincidencia en cuanto a definir el craving (Galanter & Kleber, 1999).

Los medicamentos investigados han sido, entre otros, la desipramina, carbamazepina, pergolida, L-dopa/carbidopa, fluoxetina, flupentixol, bupropión, amantadina y maprotilina. Todos estos fármacos han presentado resultados más o menos prometedores, aunque en ensayos no controlados y relativamente pequeños. No se recomienda el uso del IMAO fenelcina por riesgo de crisis hipertensivas durante las recaídas cocaínicas (American Psychiatric Association, 1995).

El agonista-antagonista opiáceo mixto buprenorfina pareció presentar también resultados prometedores en ensayos clínicos de diseño abierto en el tratamiento de pacientes con doble dependencia de cocaína

y opiáceos, pero recientemente no han podido ser replicados. Al respecto, colegas estadounidenses (American Psychiatric Association, 1995) han sugerido que dosis altas de buprenorfina (12-16 mg/día) pueden resultar eficaces, pero esta hipótesis ni siquiera tiene validez de fachada (face validity): en Francia, donde se prescribe buprenorfina (Subutex) a dosis 10 veces mayores de promedio que en el resto de Europa, hay un doble consumo de cocaína-heroína que es similar al de España y demás países europeos (Solé Puig, 1999).

Los intentos de encontrar un fármaco que bloquee o atenúe los efectos subjetivos (por ejemplo, euforizantes) de la cocaína han incluido ensayos de imipramina, desipramina en EE.UU., bromocriptina, trazodona, neurolépticos y otros. No hay pruebas convincentes de que ninguna de estas medicaciones resulte eficaz en esta indicación (San et al, 1996).

2.5. Psicoterapia en trastornos por cocaína

Aunque hay abordajes psicoterapéuticos prometedores en estudios preliminares, no hay ninguna modalidad de tratamiento para la que se haya demostrado de manera uniforme superioridad respecto a las demás en los pacientes con dependencia de la cocaína.

El conocido estudio de Carroll, Rounsaville y colaboradores (1994) por el que se comparaba farmacoterapia y psicoterapia ya infería la necesidad de desarrollar tratamientos específicos para distintos subtipos de consumidores de cocaína. De momento y sin entrar en el tipo concreto de tratamiento psicosocial a indicar, lo que se acepta es que la psicoterapia ambulatoria intensiva, a ser posible más de una vez por semana, centrada en la estabilización de la abstinencia, sería el abordaje de elección (Karabanda et al, 1999). La terapia familiar, la psicoterapia individual o la terapia de grupo una vez por semana tendería a ser insuficiente, y en cambio una frecuencia a partir de dos veces por semana, con o sin medicación, mejoraría el resultado (Crits-Christoph et al, 1997). Cualquiera que sea el abordaje psicosocial elegido, se tiende, por tanto, a intensificar el tratamiento. El problema de este tratamiento sobreintensivo, a aplicar dos veces por semana o más, es que quizá sea eficaz, pero parece ser menos efectivo (práctico) y sobre todo menos eficiente (relación coste/beneficio). El ejemplo histórico de tratamiento psicológico sobreintensivo es el psicoanálisis, que sólo una minoría de beneficiarios se ha podido permitir.

2.5.1. Terapia cognitivo-conductual

Los estudios fiables que demuestran la eficacia de las estrategias cognitivoconductuales en los pacientes con dependencia de la cocaína son escasos. Los estudios con contratos de contingencia, es decir, con compromisos de cumplimiento, han puesto de manifiesto la obtención de resultados positivos durante el período en el que el contrato o compromiso está en vigor, mejorando el cumplimiento terapéutico y la abstinencia. El refuerzo social combinado con incentivos y la terapia de exposición a estímulos también han merecido estudios. Las mejorías obtenidas no suelen estar a la altura de los esfuerzos terapéuticos empleados, por lo que hay claramente falta de eficiencia. Habría, por tanto, cierta eficacia, pero escasa efectividad. La opinión que se está abriendo camino en medios científicos es que si el abordaje cognitivoconductual en general y la prevención de recaídas en particular han dado resultado en adicción a la nicotina, el psicoestimulante del tabaco, entonces también debería ser útil para abandonar el consumo problemático del estimulante cocaína (NIDA, 1998).

2.5.2. Terapia psicodinámica

Todavía más escasos son los ensayos controlados de tratamientos de orientación psicodinámica del abuso o la dependencia de la cocaína. Tanto en formato individual como de grupo parece aumentar la tasa de retención, pero esto debe confirmarse con más datos de eficacia (NIDA, 1998).

2.5.3. Terapia interpersonal

En trastornos graves por cocaína, la prevención de recaídas de índole cognitivoconductual sería algo más eficaz que la terapia interpersonal, aunque para los pacientes con cocainodependencia moderada ambos tratamientos resultarían igual de eficaces (Rounsaville et al, 1993). En cualquier caso, los seguimientos terapéuticos de un año o más ponen de manifiesto un efecto positivo de la psicoterapia a largo plazo (Klerman et al, 1984; Elkin et al, 1989).

2.5.4. Psicoterapias comparadas

Ya en los años 1980, Kathy Carroll, Bruce Rounsaville y colaboradores (Carroll et al, 1994) empezaron a comparar el tratamiento de prevención de recaídas cognitivoconductual con la psicoterapia interpersonal. En un estudio de 12 semanas llevado a cabo en 42 pacientes ambulatorios con trastornos por consumo de cocaína no observaron diferencias significativas en cuanto a los resultados globales del tratamiento entre los dos grupos, si bien los pacientes con problemas de abuso de cocaína más graves evolucionaban ligeramente mejor con la técnica de prevención de recaídas. En un segundo estudio de los primeros años 1990, Carroll, Rounsaville y colaboradores (Rounsaville et al, 1992) asignaron aleatoriamente 139 pacientes a una de las cuatro situaciones siguientes: a) prevención de recaídas y desipramina; b) tratamiento clínico y desipramina; c) prevención de recaídas y placebo, y d) tratamiento clínico y placebo. Al final de las 12 semanas del ensayo, todos los grupos presentaron una mejoría significativa, pero no hubo ningún efecto principal de la psicoterapia o la medicación. Los pacientes con mayor intensidad basal de consumo de cocaína presentaron mejor resultado con la prevención de recaídas que con el tratamiento clínico, mientras que en los que tenían un trastorno de consumo de cocaína menos intenso la evolución fue mejor con desipramina que con placebo. En los depresivos, los resultados en cuanto a abstenerse del consumo de cocaína fueron mejores que en los no deprimidos, y estos pacientes evolucionaron mejor con la prevención de recaídas que con el tratamiento clínico usual. A los 6 y 12 meses de control evolutivo, quienes recibieron prevención de recaídas presentaban menor consumo de cocaína que quienes recibieron el tratamiento clínico usual. Es interesante señalar que no hubo diferencias de consumo de cocaína entre los individuos tratados con desipramina y los tratados con placebo.

También en los años 1990, el grupo de Higgins (Higgins et al, 1994) comparó el tratamiento conductual, consistente en contrato de contingencias y refuerzo comunitario, con el aconsejamiento tradicional del tipo "12 pasos" de Alcohólicos Anónimos, mediante un estudio de asignación aleatoria. Aunque el tamaño de la muestra fue relativamente bajo, los resultados obtenidos indicaron mejor mantenimiento del tratamiento a las 24 semanas (58% en comparación con 1 1 %) y mayor abstinencia a las 16 semanas (42% en comparación con 5%) en los pacientes tratados con terapia conductual. En este ensayo, todos los pacientes recibieron refuerzo comunitario, pero sólo un grupo recibió vales como premio por contingencias. En dicho grupo se observó mayor probabilidad de completar las 24 semanas de tratamiento (75% en comparación con 40%), mayor duración media de la abstinencia continuada de cocaína, y mejoría significativa en cuanto al consumo y la sintomatología psíquica.

Hay acuerdo creciente en que la *terapia psicodinámica breve* de Luborsky (1984) –para su aplicación en drogodependencias véase Luborsky et al, 1995-, muy parecida a la *psicoterapia interpersonal,* demuestra tener parecida eficacia a la que tiene la terapia *cognitivoconductual* (Carroll et al, 1995). Todos estos procedimientos psicosociales, junto al *enfoque motivacional* de Millner y Rollnick (1992), son las cuatro psicoterapias de primera elección en el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias.

2.5.5. Grupos de autoayuda

En Estados Unidos de América suele utilizarse el abordaje del tipo "12 pasos" de Alcohólicos Anónimos, en el tratamiento de la dependencia de la cocaína, que ha resultado útil para reducir la tendencia a las recaídas (Wells et al, 1994). La participación en programas de autoayuda mejoraría los resultados, con independencia de otros factores relacionados con el tratamiento (Weiss et al, 1996).

3. TRATAMIENTO INTEGRADO COMO TERAPIA DE CESACIÓN DEL CONSUMO DE COCAÍNA

El consumo de cocaína conlleva alteraciones en las esferas cognitiva, emocional (estado de ánimo) y psicosocial beneficiarias de diagnóstico y tratamiento y con una evolución clínica aproximadamente predecible. También con el consumo de cocaína, tal como siempre ocurre en caso de problemas por consumo de sustancias, la conceptualización de enfermedad puede conducir a malpraxis si no se abordan las condiciones psicosociales, interpersonales y de rol, que contextualizan el consumo, abuso, o dependencia de dichas sustancias (Budney et al, 1991).

La cocaína se sabe que se asocia al uso recreativo. Se ha demostrado que el ambiente o setting en que el consumo tiene lugar va a determinar en gran manera los efectos (Nowinski et al, 1994). Existe escasa literatura acerca de los efectos de la cocaína en la conducta social, lo que se explicaría por las dificultades metodológicas que comporta dicho análisis (Shaner et al, 1997). Para ello sería necesario recrear in vitro el entorno en que se desarrolla el uso, con sujetos voluntarios que consumieran cocaína y en dosis estrictamente controladas. En la práctica, dichos estudios se han basado en cuestionarios o entrevistas semiestructuradas, con sujetos que en el momento de la evaluación estaban, o parecían estar, abstinentes. No había, por tanto, un entorno similar al del consumo y tampoco había un grupo control. Dichas deficiencias técnicas hacen que sea muy difícil la extrapolación de los resultados obtenidos.

Cuando se han creado las condiciones adecuadas controlándose las distintas variables que intervienen, se ha observado que los efectos farmacológicos del consumo de cocaína dependen en gran medida de variaciones situacionales, que los efectos de dosis relevantes de la droga no siguen un patrón lineal, y que una misma cantidad de la sustancia puede presentar efectos muy diferentes, en función de si se toma en un lugar familiar o extraño, en compañía de amigos o desconocidos, y si se asocia o no a consumos de alcohol y demás psicotropos (Washton, 1990a).

Al margen de estas consideraciones, que nos ayudan a situar el tema desde una perspectiva más amplia, aquí nos centraremos en los aspectos terapéuticos de este tipo de consumo. En primer lugar, cabe decir que una cosa es tratar las secuelas próximas o remotas del consumo de cocaína, y otra es tratar el hábito de "esnifar" rayas de cocaína o tomarse pastillas anfetaminoides siguiendo la ruta del "bakalao". Esto último es precisamente lo que corresponde al concepto de terapia de cesación, que presenta una notable dificultad psicológica. En este sentido, son de sobras conocidos los obstáculos motivacionales que un dependiente de nicotina debe salvar, tanto si decide cesar de fumar con asistencia técnica o por si solo (Daley et al, 1998).

Las estadísticas acerca de los hábitos de consumo de la población general nos muestran que, en su historia natural, el consumo de cocaína decrece con la edad (Silverman et al, 1996). Esto parece cumplirse menos en los casos en que el consumo haya supuesto el primer peldaño en la toma de contacto con otras sustancias ilegales. En efecto, nos estamos refiriendo al clásico, aunque siempre polémico, concepto de escalada en el consumo de drogas, en la que de forma clara interviene una presión grupal tendente a menospreciar el riesgo de posibles dependencias posteriores.

Además de estos dos factores reforzantes del consumo de cocaína, es decir, la sustancia en si misma (refuerzo primario) y el clima grupal inductor (refuerzo secundario), en el caso del hábito de inhalar cocaína hay que añadir el obstáculo principal: que el usuario no suele sentir la necesidad de dejar de consumir. Aun en el caso de que aqueje molestias y refiera síntomas, normalmente no lo relacionará con su consumo. Ello sucede porque, en un contexto de uso múltiple de psicotropos, la cocaína quizá no se incluya entre las principales drogas nocivas, por ejemplo la heroína e incluso el alcohol. Pero el consumo de cocaína es evidente que puede conllevar adversidades. La negación de las mismas por parte de quien las sufre es simplemente un ejemplo más de la distorsión atributiva que típicamente muestra cualquier consumidor de sustancias de abuso: nicotina, alcohol, heroína, cocaína, etc. (Higgins, 1996).

¿Es entonces posible la terapia de cesación del consumo de cocaína? Sí, a condición de dotar de suficiente contenido psicopedagógico a la intervención terapéutica, considerando a priori que no pocos consumidores pueden abandonar el hábito sin someterse a ningún tipo de tratamiento. Sólo aquellos que han decidido abandonar las sustancias y no lo han conseguido por sus propios medios serán los que realizarán algún tipo de demanda, normalmente en centros públicos especializados o bien en gabinetes privados.

En general, si la implicación con la droga no es muy profunda y se cuenta con un mínimo de recursos personales, lo más aconsejable es optar, de entrada, por modalidades poco intrusivas como el tratamiento ambulatorio o bien la participación en grupos de autoayuda para cesación, si éstos existen y están disponibles. Sólo en caso de consumos paralelos de otro tipo de drogas, o bien si aparece sintomatología psiquiátrica, habría de plantearse otro tipo de intervención. La opción preferible en estos supuestos sería la de la asistencia en régimen cerrado, esto es, un recurso de tipo residencial que dotara de mayores garantías al proceso de deshabituación, por lo menos en sus inicios.

Existen diferentes abordajes terapéuticos para tratar este tipo de drogodependencia, pero cualquier tipo de intervención orientada al cambio (Prochaska et al, 1992) debería partir de las siguiente premisas:

1) La cesación del consumo de cocaína provendrá de una terapia principalmente psicológica y pedagógica, en régimen ambulatorio, similar a la terapia de cesación del hábito tabáquico.
2) Se centrará en pacientes adolescentes y adultos jóvenes, los principales afectados, como forma de prevención secundaria. Aunque es evidente, también, que tendrá en cuenta cualquier franja de edad.
3) Los terapeutas deberán evitar dar pie a que los pacientes adolescentes les identifiquen automáticamente con los padres. Si éstos desean intervenir o necesitan ayuda, es mejor derivarlos a otro equipo terapéutico.
4) Los terapeutas han de ser concretos en los contenidos. La interacción gestual, complementaria de la verbal, es importante. El estilo de interacción terapeuta-paciente no debe ser sólo vertical (autoridad), pero tampoco falsamente horizontal (compañerismo). Si es oportuno, cabe echar mano de juego de roles, manualidades, instrumentos musicales, dibujos, collages, etc. *Cuanta mejor formación psicoterapéutica y psicofarmacológica tenga el profesional concernido, tanto más beneficiado resultará el paciente* (Washton, 1989).
5) El objetivo es, también aquí, la responsabilización del consumidor de cocaína en relación a sí mismo y a los demás. Es meta de la terapia psicosocial desactivar prejuicios y falsas atribuciones, así como clarificar el campo motivacional de cada paciente para que sus intenciones de salud se conviertan en realizaciones concretas.
6) El aquí y ahora del paciente importa más que su pasado. Siempre es meta de la terapia despertar expectativas de futuro en el paciente, tratando de activar sus propios recursos personales.

La terapia de cesación del consumo de cocaína requiere un estilo terapéutico semidirectivo/directivo. Al principio, el terapeuta opta por una pasividad aparente, omitiendo hacer muchas preguntas y planes. Puede que quien consume cocaína no exprese quejas al respecto o no sea muy consciente de ellas. De ahí que no suela haber demanda de ayuda inmediata y explícita para dejar de consumir cocaína; lo habitual es que se consulte por depresión (Ochoa, 2000). Esta realidad, tan distinta de la del heroinómano que urge vehementemente la asistencia, le impone al terapeuta una actitud inicialmente de aceptación, para ulteriormente entrar en las posibles clarificaciones y soluciones. La terapia de cesación que juzgamos posible, en la práctica únicamente indicada si hay fuerte consumo continuado durante tiempo, puede esquematizarse como sigue.

El programa comienza con la *desintoxicación ambulatoria* del paciente, cosa que significa abstinencia de cocaína y eventual administración de ansiolíticos y/o antidepresivos. Sucede como en cesación antitabáquica, en que también puede prescribirse benzodiacepinas para neutralizar en sistema nervioso central el efecto psicoestimulante, pero siempre con la cautela inherente al peligro de dependencia de hipnótico-sedantes.

En terapia de cesación de consumo de cocaína no disponemos de técnicas aversivas como por ejemplo la técnica de fumar de forma rápida en tabaquismo. Esto no nos debería preocupar, porque entre los inconvenientes de las técnicas aversivas se señalan las dificultades de mantenimiento de sus resultados, debidas a que entonces el objetivo es meramente el de la interrupción o disminución de la conducta problema y no la instauración de nuevas formas alternativas de conducta. Por eso, con el fin de lograr buenos resultados, tales técnicas aversivas siempre deberían asociarse a otro tipo de intervenciones, de tipo individual o grupal, que desde una vertiente positiva de activación de los propios recursos personales de cada paciente, modificara las atribuciones cognitivas que da el sujeto a los efectos de la sustancia. En la práctica, una vez más, rigen los mismos principios que en toda la psiquiatría de la adicción, por lo que las técnicas aversivas serán una indicación secundaria o incluso desechable.

Durante las dos o tres primeras semanas de desintoxicación, el cliente deberá acudir al ambulatorio a diario, y si no es posible, cuanto más frecuentemente mejor. Es obvio que la ansiolisis farmacológica sólo tiene sentido mientras haya ansiedad. El médico no debe dilatar el periodo de prescripción de benzodiacepinas por el conocido problema de la dependencia, potencialmente grave. Sin embargo, tampoco deberá acortarlo por exceso de alarma ante dicha yatrogenia, pues entonces podría quedar comprometido ya de entrada el éxito del tratamiento.

En cada sesión, si ello es factible, se tomará *muestra de orina* para detección de cocaína y otras sustancias consumidas en el entorno, con el doble propósito de comprobar si efectivamente hay abstinencia y, más que nada, alentar (refuerzo social) al paciente. El terapeuta, además, puede anticipar acontecimientos al paciente (que puede sobrevenir insomnio por nerviosismo, etc.), con lo que el paciente recibe un mensaje de dominio técnico que le tranquiliza, y le afianza así su sentido de seguridad en una abstinencia sólo muy recientemente adquirida. Más tarde, llegado el momento en que se comprueba que la orina está establemente limpia (drug free), incluso podrá haber muestras visibles de satisfacción (alborozo) en el grupo terapéutico, con el consiguiente efecto reforzador.

Superada esta primera etapa de la desintoxicación, la *monitorización terapéutica* o *deshabituación* debe prolongarse todo el tiempo necesario. Como referencia sugerimos un año, tiempo durante el cual se seguirá aplicando técnicas de carácter psicológico, con el fin de poder favorecer dicho proceso.

3.1. Abordaje individual

Es probablemente la parte más importante dentro del abordaje destinado a la deshabi-

tuación, debiéndose considerar los aspectos generales anteriormente comentados. Dentro de las diferentes escuelas psicológicas existentes, nos centraremos en las cognitivo-conductuales, las interpersonales, y las psicodinámicas. Según sea la formación del psiquiatra o del psicólogo clínico que hace la terapia, las técnicas de dichas escuelas se aplicarán de forma separada o integrada. La tendencia actual es a integrar las psicoterapias. *La gravedad de los trastornos adictivos justifica la necesidad de la doble integración terapéutica: de las psicoterapias entre sí y de estas y la farmacoterapia*. La psicoterapia se orientará hacia el aumento de la conciencia de problema, normalmente baja, así como a incrementar la motivación, usualmente también escasa, por abandonar definitivamente el consumo. Los tratamientos eficaces incluyen aconsejamiento y orientación, enseñanza de habilidades adecuadas, y refuerzo de la conducta alternativa apropiada.

El psicoterapeuta puede organizar un sistema de incentivos: pagar deudas, que los padres asignen algún dinero en pago de prestaciones, etc. De esta manera se intenta neutralizar la inercia de pasividad que todavía muestra el paciente, llevándole a avanzar en el programa de rehabilitación. En esta planificación de incentivos ocuparán un lugar clave los allegados. Si éstos no existen, es el equipo terapéutico quien se erige en familia sucedánea, y los mensajes de aprobación/desaprobación logran tener alguna fuerza moduladora en la manera de conducirse el paciente.

Siempre hay que tener en cuenta que los cambios generales de comportamiento o actitudinales pueden deberse a factores distintos del consumo de cocaína, como el mismo proceso evolutivo que es la propia adolescencia, que conlleva manifestaciones de indolencia (se ha hablado de letargo puberal), o bien los rasgos de personalidad ya existentes, los diversos factores socioculturales que puedan favorecer la pasividad, así como el consumo concomitante de otros psicofármacos. A su vez, podría plantearse la hipótesis de que los consumidores presentan una mayor tendencia a recurrir al uso de cocaína precisamente porque se sienten apáticos, hecho que explicaría que diferentes estudios no hayan encontrado diferencias significativas entre los adolescentes universitarios que consumen cocaína y los que no lo hacen.

La realidad clínica nos presenta a un grupo de adolescentes y adultos jóvenes con gran dificultad para desarrollar una vida diaria lo suficientemente gratificante como para no reiniciar el consumo, sobre todo cuanto menor es su edad de inicio. El consumo de cocaína normalmente dificulta el proceso de maduración del individuo, sobre todo cuando el consumo ha comenzado en la adolescencia, que es la etapa vital en la que el individuo aprende a adoptar una conducta activa ante los problemas. Desde esta perspectiva se explica el hecho de que los consumidores habituales puedan presentar dificultades para plantearse objetivos, quizá por menor autoestima que la de los no consumidores (Barber et al, 1996).

Para concluir, cuando la asistencia del paciente se vuelve intermitente y con escasa motivación para proseguir con el tratamiento, se aconseja una actitud de aceptación del hecho. Dicha aceptación implica mostrarse disponible para recuperar la relación si el usuario decide su reinicio. Aunque la mayoría de los pacientes deshabituados vuelve a consumir, se espera de ellos que no lo hagan con tanta intensidad, es decir, que pasen a ser consumidores sobrios (si es que ello es factible).

3.2. Abordaje grupal

El consumo de cocaína como cocaína suele iniciarse dentro del propio grupo de pares, en edad juvenil y con un escaso conocimiento de las posibles consecuencias negativas que puede entrañar a medio o largo plazo. Cabría hablar, por tanto, de un típico ejemplo de presión grupal, que suele acentuarse cuando el grupo es un referente más importante para el joven que la propia familia (Compendium 2000).

Las sesiones terapéuticas grupales ofrecen un marco muy adecuado para el entrenamiento en técnicas de relajación así como para la prevención de otras posibles drogodependencias y la prevención de recaídas (Daley, 1993), puesto que rentabilizan las intervenciones y favorecen la adquisición de habilidades sociales que después se extrapolarán a otro tipo de situaciones.

Las intervenciones grupales deberían partir, en teoría, de una adecuada selección de sus participantes, adoptando los criterios más adecuados en función de los objetivos perseguidos. Es evidente que hay que huir de una aplicación de los mismos demasiado rígida e incluso defensiva por parte del terapeuta. Damos aquí, como ejemplo, tres criterios de selección que creemos exigentes: no deberían impedir la celebración de sesiones grupales tentativas, más flexibles:

1) Exclusión de psicopatologías incapacitantes. En caso de diagnósticos duales (abuso de sustancias junto con trastornos psíquicos) se prioriza el seguimiento individualizado. El equipo terapéutico siempre hará una valoración personal de cada caso.
2) Edades homogéneas: sujetos con un alto historial de consumo no deberían coincidir con adolescentes recién iniciados, puesto que las problemáticas asociadas tienen pocos puntos en común y por posible riesgo de resultados contraterapéuticos.
3) Ausencia de consumos asociados de otras drogas ilegales, pero no de tabaco y alcohol (Brady et al, 1995).

En la práctica, como sucede en los grupos terapéuticos con pacientes alcohólicos, hay autoselección, tanto espontánea del mismo paciente como orientada más o menos implícitamente por el terapeuta que lleva el grupo.

Al margen de los grupos terapéuticos de carácter estructurado y que suelen estar dirigidos por un profesional, también existen grupos de autoayuda para consumidores de cocaína en los países anglosajones (Janowsky et al, 1999). En nuestro entorno es más difícil encontrarlos, hasta el punto de que no tenemos noticia de ninguno que perdure en el tiempo, formalmente estructurado, en nuestro medio. Los grupos de autoayuda se han desarrollado a partir de las experiencias de los ya clásicos grupos de Alcohólicos Anónimos. Se basan en el principio del apoyo mutuo entre personas con un mismo problema, e inciden mucho en los aspectos emocionales de la relación persona-sustancia (Nowinski et al, 1994).

3.3. Abordaje familiar

Cuando un profesional de la salud sospecha que un menor de edad está utilizando cocaína como cocaína y otras sustancias de riesgo, debería confirmar el diagnóstico y valorar los resultados tanto con el posible consumidor como con sus padres. Debería utilizar un discurso firme, de apoyo, y por supuesto de índole no acusatorio. La intervención debería aportar referentes apropiados para la rehabilitación, así como propiciar un seguimiento posterior del caso.

La educación global a la familia acerca de lo que representa el consumo de tóxicos y sus riesgos, y la monitorización clínica del paciente en aras de la consecución de la abstinencia son los primeros pasos para poder concluir con éxito el proceso de rehabilitación. Gran parte de las reglas del sistema familiar especifican la manera en que el joven y allegados deben actuar, puesto que la familia modela, canaliza y delimita la conducta del joven.

Dentro del amplio espectro de intervenciones con o para la familia que se desarrollan en un servicio para drogodependientes, en los casos de fuerte consumo de cocaína hay, como mínimo, dos niveles diferentes de actuación: por un lado, el asesoramiento a la familia, y por otro, mucho más complejo, la integración de la familia dentro del tratamiento del consumidor. Veamos cada uno de ellos:

3.3.1. Intervención informativa:

No son pocas las demandas generadas por padres u otros familiares en relación a la posible sospecha o falta de información sobre un

posible consumo de cocaína por parte del hijo, normalmente adolescente. La consulta suele iniciarse con los siguientes términos: "encontré esto en el bolsillo del pantalón", "llegó a casa que no era él/ella", "va con amigos que se drogan", etc.

En esta situación, el primer objetivo es el de lograr, en la medida de lo posible, una desdramatización del hecho, valorando si se han producido o no cambios relevantes en la conducta del paciente potencial. Es obvio que desdramatizar no equivale a minimizar, y el terapeuta es, por definición, un aliado de los aspectos sanos de su paciente, no de los problemáticos. Áreas importantes a analizar son: nuevas amistades, rendimiento escolar y/o laboral, actitudes con la familia, incrementos en el gasto de dinero, cambios de la imagen externa y del carácter, cambio en los horarios, etc.

En caso afirmativo en uno o varios de estos ítems, las sospechas iniciales deberán indagarse con mayor profundidad. Sin embargo, hay que insistir en el hecho de que los padres deben actuar como tales y no como pseudodetectives, partiendo de que una posición excesivamente inquisidora puede producir el efecto contrario al deseado. En muchas ocasiones es conveniente reconducir a los padres a otras posibles vías de exploración, dirigiéndolos a los profesores o a los amigos del hijo, los cuales tienden a presentar una visión más objetiva de la situación por no llevar la carga emocional propia de la interacción familiar.

En el primer contacto, si la familia lo solicita, habrán de abordarse las posibles consecuencias, a corto y medio plazo, del consumo de cocaína, ofreciendo una alternativa de tratamiento para el afectado, en caso de que sea necesario. En este punto hay que valorar los pros y los contras de la intervención (indicación intervencionista) o la no intervención (indicación conservadora). Por supuesto, hay que descartar previamente que el consumo sólo haya sido un hecho esporádico en la vida del sujeto, sin otras consecuencias asociadas, ya que entonces es inútil intervenir.

Lo que nunca debe hacerse es sobrecargar a los allegados con una cantidad mayor de información de la que éstos puedan asimilar. Queda claro que en circunstancias como éstas no es bueno ofrecer clases magistrales. En un primer contacto siempre será preferible programar una segunda intervención a dejarse llevar por la ansiedad de los padres, que tienden a querer arreglarlo todo milagrosamente de una sola vez. El profesional de la terapia no debe correr el riesgo de hablar en exceso y proferir juicios precipitados.

3.3.2. Intervención terapéutica:

La familia juega un papel importante en el desarrollo de la motivación del paciente: constituye su red de apoyo social básica. Por ello, será preciso establecer de forma conjunta pautas específicas de interacción familiar que favorezcan la buena marcha del proceso de recuperación (CSAT, 1998). Entre ellas destacan:

1) normas de actuación familiar, que deben ser coherentes entre los distintos miembros de la familia;
2) entrenamiento en habilidades de comunicación, que suelen distorsionarse durante el tiempo de dependencia; y
3) contrato de contingencias o acuerdos entre las partes afectadas, para lo cual pueden utilizarse las analíticas de orina como forma objetiva de control y de ir restableciendo la confianza de la familia en el paciente (Budney et al, 1996).

3.4. Controles de orina

Los controles de orina o urinálisis para detectar cocaína, en la práctica sus metabolitos, y eventualmente otras sustancias de riesgo, tienen sobre todo finalidad terapéutica, con un innegable aspecto fiscalizador, cosa que es positiva sin ambages siempre que el consumidor lo acepte mínimamente. Por lo tanto, constituye una estrategia de control en términos preventivos o de disuasión que los profesionales concernidos debe-

ríamos asumir perfectamente (Braithwaite et al, 1995). Monitorizar metabolitos diana con repetidos e irregulares, no predecibles, controles de orina constituye una indicación racional atendiendo a todas las premisas científicas y psicosociales contempladas en este contexto. Los controles de orina funcionan, se muestran útiles y son, según la experiencia de la mayoría de profesionales, indispensables. Esto no debería sorprendernos, pues se ha demostrado hasta la saciedad que el tratamiento forzado, por orden judicial, de la heroinodependencia no es menos beneficioso que el tratamiento estrictamente voluntario (Crits-Christoph et al, 1997). Por tanto, hay que decir que es altamente terapéutico el componente disuasivo –psicológicamente punitivo, en el sentido del efecto de reproche social que tiene sobre el interesado- del control de orina para detección de sustancias como alcohol, benzodiacepinas, heroína, cocaína, anfetaminas, y, en general, aquellas sustancias en que hay mayor adecuación farmacocinética entre estos controles y los psicotropos a detectar (Galanter & Kleber, 1999).

Como es bien sabido, la motivación por sanar se nutre fundamentalmente de dos tipos de fuentes actitudinales. El primero es el conjunto de atractores normativos que gravitan sobre el paciente, como las ganas de curarse, de disfrutar de más bienestar, de salir de la exclusión social, etc. El segundo tipo de motivación es de índole evitativo y en términos de cesación del hábito no es menos importante que el anterior. Es el miedo del fumador ante pronósticos oncológicos o cardiológicos sombríos a corto plazo y que por fin le fuerzan a abandonar el tabaco. Es el miedo de acabar en la cárcel, en caso de mal cumplimiento, que siente el heroinómano beneficiándose del principio judicial moderno terapia-en-vez-de-castigo. Y es también el temor al reproche social y al fracaso que siente el paciente sometido a controles de orina en caso de dar positivo. Vale la pena disponer de este factor motivante e integrarlo con habilidad y sentido de la proporción en el conjunto del proceso terapéutico (Miller y Rollnick, 1992). En relación a ello, es evidente que en los centros de nuestro país especializados en drogodependencias, tanto ambulatorios como hospitalarios, la detección sistemática de cocaína y demás drogas de abuso debería ser rutinaria. En un marco clínico general, en cambio, este screening o cribado sólo tiene sentido en las subpoblaciones de drogodependientes, de enfermos psiquiátricos y de pacientes de difícil diagnóstico, en especial entre adolescentes y adultos jóvenes (Washton, 1990c).

Para concluir señalar que cuando el Observatorio Europeo sobre las Drogas (Plan Nacional sobre Drogas, 2000) define operativamente el consumo problemático de sustancias ilícitas, habla sobre todo de tres tipos de droga problemáticas que son la heroína, por supuesto, pero también la cocaína y los anfetaminoides. Vemos, pues, que los trastornos por consumo de cocaína y sustancias de uso asociado constituyen un tema sin duda grave y preocupante, siendo a todas luces necesario que sepamos ofrecer el mejor tratamiento posible a los numerosos pacientes que lo sufren y que no es otro que los tratamientos farmacológico y psicosocial integrados en la práctica.

BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association, Work Group on Substance Use Disorders. Practice guidelines for the treatment of patients with substance use disorders: Alcohol, cocaine, opioids. *Am J Psychiatry* 152(supl):2-59, 1995.

Beck AT, Wright FD, Newman CF, Liese BS: *Cognitive Therapy of Cocaine Abuse: A Treatment Manual*, manuscrito no publicado, 1991.

Barber JP, Mercer D, Krakauer I, Calvo N: Development of an adherence/competence rating scale for individual drug counseling. Drug Alcohol Depend 43:125-132, 1996.

Bolla KI, Rothman R, Cadet JL: Dose-related neurobehavioral effects of chronic cocaine use. *Journal of Neuropsychiatry & Clinical Neurosciences* 11, 3:361-369, 1999.

Brady KT, Sonne E, Randall CL, Adinoff B, Malcolm R: Features of cocaine dependence with con-

current alcohol abuse. *Drug Alcohol Depend* 39(1):69-71, 1995.

Braithwaite RA, Jarvie DR, Minty PS, Simpson D, Widdop B: Screening for drugs of abuse. I: Opiates, amphetamines and cocaine, *Ann Clin Biochem* 32(Pt 2):123 - 153, 1995.

Budney AJ, Higgins ST, Delaney DD, Kent L, Bickel WK: Contingent reinforcement of abstinence with individuals abusing cocaine and marijuana. *J Appl Behav Anal* 24(4):657 - 665, 1991.

Budney AJ, Higgins ST, Wong CJ: Marijuana use and treatment outcome in cocaine-dependent patients. *J Exp Clin Psychopharmacol* 4:396 - 403, 1996.

Carroll KM, Nich C, Rounsaville BJ: Differential symptom reduction in depressed cocaine abusers treated with psychotherapy and pharmacotherapy. *J Nerv Ment Dis* 183(4):251-259, 1995.

Carroll KM, Rounsaville BJ, Gordon LT, Nich C, Jatlow P, Bisighini RM, Gawin FH: Psychotherapy and pharmacotherapy for ambulatory cocaine abusers. *Arch Gen Psychiatry* 51: 177-187, 1994.

Carroll KM, Rounsaville BJ, Nich C, Gordon LT, Wirtz PW, Gawin FH: One-year follow-up of psychotherapy and pharmacotherapy for cocaine dependence: Delayed emergence of psychotherapy effects. *Arch Gen Psychiatry* 51:989 - 997, 1994.

Castonguay LG: "Common factors" and "nonspecific variables": Clarification of the two concepts and recommendations for research. J Psychother Integration 3:267-286, 1993.

Chaney EF, O'Leary MR, Marlatt GA: Skill training with alcoholics. *J Consult Clin Psychol* 46:1092-1104, 1978.

CIE-10, *Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento*, Organización Mundial de la Salud, 10ª revisión, Meditor, Madrid,1992.

Cochrane C, Malcolm R, Brewerton T: The role of weight control as a motivation for cocaine abuse. *Addictive Behaviors* 23, 2:201207, 1998.

Compendium 2000. American Psychiatric Association (APA): *APA Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders.*, Washington DC, 2000.

Crits-Christoph P, Siqueland L, Blaine J, Frank A, Luborsky L, Onken, LS, Muenz L, Thase ME, Weiss RD, Gastfriend DR, Woody G, Barber JP Butler SF, Daley D, Bishop S, Najavits LM, Lis J, Mercer D, Griffin ML, Moras K, Beck A: The NIDA collaborative cocaine treatment study: Rationale and methods. Arch Gen Psychiatry 54:721 - 726, 1997.

Crits-Christoph P, Siqueland L, Blaine J, Frank A, Luborsky L, Onken LS, Muenz L, Thase ME, Weiss RD, Gastfriend DR, Woody G, Barber JP, Butler SF, Daley D, Salloum I, Bishop S, Najavits LM, Lis J, Mercer D, Daley, D.C. Relapse Prevention Workbook. Holmes Beach, FL: Learning Publications, 1986.

CSAT, Center for Substance Abuse Treatment: Adolescent substance abuse *Assessment and treatment, Treatment Improvement Protocol Series* (TIPS), National Institute on Drug Abuse, Rockville (Md), 1998.

Daley DC, Salloum IM, Zuckoff A, Kirisci L, Thase M: Increasing treatment adherence among outpatients with depression and cocaine dependence: results of a pilot study. *American Journal of Psychiatry* 155, 11:1611-1613, 1998.

Daley DC: Dual Disorders: *Relapse Prevention Workbook*. Center City (MN), Hazelden Foundation, 1993.

De la Fuente de Hoz L, Rodríguez Arenas MA, Vicente Orta J et al. Epidemiología del consumo de drogas de diseño en España, *Medicina Clínica* 108 (2), 54, 1997.

DSM-IV: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, 4ª edición, Masson, Barcelona, 1995.

Elkin I, Shea MT, Watkins JT, Imber SD, Sotsky SM, Collins JF, Glass DR, Pilkonis PA, Leber WR, Docherty JP, Fiester SJ, Parloff MB: National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: General effectiveness of treatments. *Arch Gen Psychiatry* 46(11):971-982, 1989.

Galanter M & Kleber HD (eds): *The American Psychiatric Press Textbook of Substance Abuse Treatment, Second Edition*, Washington DC, 1999.

Galanter M: Social network therapy for cocaine dependence. *Adv Alcohol Subst Abuse* 6:159 - 175, 1986.

Gorski T, Miller M: *Counseling for Relapse Prevention*. Independence (MO), Herald House/Independence, 1982.

Hall SM, Havassy BE, Wasserman DA: Effects of commitment to abstinence, positive moods,

stress, and coping on relapse to cocaine use. *J Consult Clin Psychol* 59(4):526-532, 1991.

Higgins ST: Some potential contributions of reinforcement and consumer-demand theory to reducing cocaine use. *Addict Behav* 21(6):803-816, 1996.

Higgins ST, Budney AJ, Bickel WK, Badger GJ, Foerg FE, Ogden D: Outpatient behavioral treatment for cocaine dependence: One-year outcome. *Exp Clin Psychopharmacol* 3:205 -212, 1995.

Higgins ST, Budney AJ, Bickel WK, Foerg FE, Donham R, Badger GJ: Incentives improve outcome in outpatient behavioral treatment of cocaine dependence. *Arch Gen Psychiatry* 51(7): 568-576, 1994.

Janowsky DS, Boone A, Morter S, Howe L: Personality and alcohol/substance-use disorder patient relapse and attendance at self-help group meetings. *Alcohol & Alcoholism* 34, 3:359-369, 1999.

Karabanda ND, Anglin MD, Khalsa-Denison E, Paredes A: Differential effects of treatment modality on psychosocial functioning of cocaine-dependent men. *Journal of Clinical Psychology* 55, 2:257-274, 1999.

Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville BJ, Chevron ES: *Interpersonal Psychotherapy of Depression.* New York: Basic Books, 1984.

Liddle HA: *Multidimensional family therapy treatment manual*, Center for Treatment Research on Adolescent Drug Abuse, University of Miami School of Medicine, 1998.

Luborsky L, Barber J, Siqueland L, McLellan AT, Woody G: Establishing a therapeutic alliance with substance abusers. En Onken S, Blaine JD, Boren JJ (eds): *Beyond the Therapeutic Alliance: Keeping the Drug-Dependent Individual in Treatment*. National Institute on Drug Abuse Research Monograph 165. NIH Publication No. 97- 4142. Washington, DC: U.S. Government Print Office, 1997.

Luborsky L: *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy: A Manual for Supportive-Expressive Treatment*. New York: Basic Books, 1984.

Mark D, Luborsky L: A Manual for the Use of Supportive Expressive Psychotherapy in the Treatment of Cocaine Abuse, manuscrito no publicado, 1992.

Marlatt GA, Gordon JR (eds): *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford, 1985.

McCann UD, Eligulashvili, Ricaurte GA: (+/-)3,4-Methylenedioxymethamphetamine (Ecstasy)-induced serotonin neurotoxicity: clinical studies. *Neuropsychobiology* 42, 1:11-16, 2000.

Mercer D & Woody G: Addiction Counseling, manuscrito no publicado, University of Pennsylvania/Veterans Administration Medical Center: Center for Studies of Addiction, 1992.

Miller WR, Rollnick S: *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior*. New York: Guilford, 1992.

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA en siglas inglesas): *Informe anual sobre el problema de la drogodependencia en la Unión Europea*, Lisboa, 1999. www.emcdda.org

Òrgan Tècnic de Drogodependències: *L'atenció primària davant les drogues de síntesi*, Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Barcelona, 1999.

Plan Nacional sobre Drogas: *Observatorio Español sobre Drogas. Informe nº 3, marzo 2000*, Ministerio del Interior, Madrid, 2000 www.mir.es/pnd.

NIDA, National Institute on Drug Abuse: *Therapy Manual for Drug Addiction*, Rockville (Md) 1998.

Nowinski J, Baker S, Carroll K: *Twelve-Step Facilitation Therapy Manual: A Clinical Research Guide for Therapists Treating Individuals With Alcohol Abuse and Dependence*, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, Project MATCH Monograph series, Vol 1, NIH Publication Nº 94-3722, Washington, DC: US Government Print Office, 1994.

Ochoa E: Cocaína y comorbilidad psiquiátrica. *Actas Españolas de Psiquiatría* 28, 1:40-52, 2000.

Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC: In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *Am Psychol* 47(9):1102-1114, 1992.

Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK: Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug use. Results from the Epidemiological Catchment Area (ECA) Study. *JAMA* 264(19):2511-2518, 1990.

Ricaurte GA, Yuan J, McCann UD: (+/-)3,4-Methylenedioxymethamphetamine (Ecstasy)-induced serotonin neurotoxicity: studies in animals. *Neuropsychobiology* 42, 1:5-10, 2000.

Rounsaville BJ, Carroll KM: Interpersonal psychotherapy for drug users. En: Klerman GL, Weissman MM (eds): *New Applications of Interpersonal Psychotherapy*. Washington, DC: American Psychiatric Association Press, 1993.

Rounsaville BJ, Carroll KM: Individual psychotherapy for drug abusers. En: Lowinsohn JH, Ruiz P, Millman, R.B (eds): *Comprehensive Textbook of Substance Abuse*. Second Edition. New York: Williams and Wilkins, 1992.

Rounsaville BJ, Gawin FH, Kleber HD: Interpersonal psychotherapy adapted for ambulatory cocaine abusers. *Am J Drug Alcohol Abuse* 11:171 - 191, 1985.

Rozenzweig S: Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *Am J Orthopsychiatry* 6:412-415, 1936.

Ruttenber AJ, McAnally HB, Wetli CV: Cocaine-associated rhabdomyolysis and excited delirium: different stages of the same syndrome. *American Journal of Forensic Medicine & Pathology* 20, 2:120-127, 1999.

San L, Gutiérrez M, Casas M (eds): *Alucinógenos. La experiencia psicodélica*, Neurociencias, Barcelona, 1996.

Shaner A, Roberts LJ, Eckman TA, Tucker DE, Tsuang JW, Wilkins JN, Mintz J: Monetary reinforcement of abstinence from cocaine among mentally ill patients with cocaine dependence. *Psychiatr Serv* 48(6):807 - 810, 1997.

Silverman K, Higgins ST, Brooner RK, Montoya ID, Cone EJ, Schuster CR, Preston L: Sustained cocaine abstinence in methadone maintenance patients through voucher-based reinforcement theory. *Arch Gen Psychiatry* 53(5):409 - 415, 1996.

Smelson DA, Roy A, Santana S, Engelhart C: Neuropsychological deficits in withdrawn cocaine-dependent males. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse* 25, 2:377-381, 1999.

Solé Puig J, Ramos Atance JA: *Cannabinoides. Aspectos psiquiátricos y bioquímicos*. Ediciones Rol, Barcelona, 2001.

Solé Puig J: Tratamiento de las drogodependencias, en: *Curso master en sida y drogodependencias* (3ª edición), Colegio de Médicos de Málaga, 1999.

Washton AM: *Quitting Cocaine*. Center City (MN), Hazelden Foundation, 1990a.

Washton AM: *Staying Off Cocaine*. Center City (MN), Hazelden Foundation, 1990b.

Washton AM: *Maintaining Recovery*. Center City (MN) Hazelden Foundation, 1990c.

Washton AM: *Cocaine Addiction: Treatment, Recovery and Relapse Prevention*. New York: Norton, 1989.

Washton AM, Stone NS, Hendrickson EC: Cocaine abuse. En Donovan DM, Marlatt GA (eds) *Assessment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press, 1988.

Weiss RD, Griffin ML, Najavits LM, Kogan J, Hufford C, Thompson H, Albeck J, Bishop S, Daley D, Mercer D, Simon-Onken L, Siqueland L: Self-help activities in cocaine dependent patients entering treatment: Results from the NIDA Collaborative Cocaine Study. *Drug Alcohol Depend* 43:79-86, 1996.

Wells EA, Peterson PL, Gainey RR, Hawkins JD, Catalano RF: Outpatient treatment for cocaine abuse: A controlled comparison of relapse prevention and twelve-step approaches. *Am J Drug Alcohol Abuse* 20(1):1-17, 1994.

Cocaína en el derecho penal español

Herrero Álvarez, S.

Abogado

Enviar correspondencia: Sergio Herrero Álvarez. Pintor Mariano Moré, 22, 3º A. 33206 Gijón (Asturias).

RESUMEN

Se examina la regulación de las drogas en el derecho español, contenida fundamentalmente en el Código Penal de 1995, actualmente en vigor. También se analizan las sentencias sobre esta materia del Tribunal Supremo. La legislación penal española no contiene una regulación precisa de algunas cuestiones relativas a las drogas. Por ello, la jurisprudencia reviste gran importancia, al haberse encargado de rellenar esos vacios legales. España considera como drogas ilícitas las sustancias catalogadas en los tratados internacionales existentes, entre las que se incluye la cocaína en todas sus formas de preparación. El consumo de drogas ilegales es sancionable administrativamente con multas, pero no constituye delito. Tampoco es delito la tenencia de drogas para el consumo propio. El tráfico de drogas es delito penado con prisión, cuya duración depende, en parte, de la nocividad de la sustancia y, en parte, de la gravedad de la conducta delictiva. El Código Penal distingue entre drogas "duras" y "blandas", en función del peligro de la sustancia para la salud de sus consumidores. La cocaína se considera droga "dura", y su tráfico se sanciona con pena mínima de tres años de prisión y pena máxima que puede alcanzar veinte años y tres meses de prisión.

Palabras clave: *Código Penal español, jurisprudencia, penas, trafico de drogas, autoconsumo, cantidad de notoria importancia, España.*

SUMMARY

A review of Spanish regulations of drug use and trafficking, mainly in current Penal Code of 1995, is made. Sentences given by the Supreme Court are also reviewed. The Spanish laws have not an specific regulation on some questions related with drugs. Due to this, jurisprudence is extraordinarily useful to resolve open legal questions in this field. In Spain, illicit drugs are considered those which are so catalogued in international treaties, as cocaine in any presentation. Drug consumption is not considered as an offence, but it is punished with a fine. In the same way, it is permitted drug possession for self-use. Drug trafficking is punished with imprisonment, which duration depends on the risk for the health of the substance and on the severity of criminal behaviour. The Spanish Penal Code distinguishes between 'soft' and 'hard' drugs, based on the risk for health. Cocaine is considered as a 'hard' drug, and its trafficking is punished with imprisonment with a minimum of three years and a maximum of twenty years and three months.

Key Words: *Spanish Penal Code, jurisprudence, punishment, drug trafficking, self-consumption, notorious drug quantity.*

1. INTRODUCCIÓN

El objeto del presente estudio es el tratamiento de la cocaína y sus derivados en el derecho penal español. Ello nos obliga, en primer lugar, a definir cuales son las sustancias que se consideran drogas ilícitas en este ordenamiento jurídico. A continuación, habremos de examinar las conductas relacionadas con dichas sustancias que resultan castigadas (consumo, tenencia, donación, venta y otras) y, en su caso, con que tipo de sanciones: administrativas o penales. Por último, dentro del ámbito penal, precisaremos

las distintas penas aplicables, que dependen de la nocividad de cada droga y de la gravedad de la conducta delictiva ejecutada. En todo caso, el análisis se desarrollará atendiendo a la realidad cotidiana del proceso de aplicación de las normas jurídicas concernidas, es decir, indagando las pautas interpretativas que emanan de las decisiones jurisprudenciales en la materia, para lo cual hemos manejado las sentencias del Tribunal Supremo español (STS en adelante) dictadas hasta enero de 2001.

La acción nacional en materia de represión del tráfico de drogas se desarrolla, en España y en la práctica totalidad del ámbito europeo, hispanoamericano y anglosajón, en cumplimiento de los tratados internacionales previamente suscritos por cada país. Dichos convenios obligan a las naciones firmantes a castigar penalmente el tráfico ilícito de drogas, entre las que se encuentra la cocaína en todas sus formas de presentación o preparación con efectos psicoactivos.

La regulación de los delitos relativos al tráfico ilícito de drogas se encuentra, en la legislación española, bajo la rúbrica de delitos contra la salud pública, en los artículos 368 a 378 del Código Penal de 1995, en vigor desde el día 25 de mayo de 1996.

El artículo 368 del Código, centro de toda la normativa en examen, sanciona a quienes "ejecuten actos de cultivo, elaboración o tráfico, o de otro modo promuevan, favorezcan o faciliten el consumo ilegal de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, o las posean con aquellos fines". La pena correspondiente a los responsables de esos delitos oscilará entre tres y nueve años de prisión, cuando la droga objeto de tráfico sea una sustancia o producto "que causen grave daño a la salud", y se mantendrá entre uno y tres años de prisión en los demás casos, es decir, cuando la droga de que se trate no sea gravemente dañina. Además, en todos los supuestos, la pena privativa de libertad irá acompañada de otra pena de multa, cuya cuantía dependerá del valor de la droga, suponiendo entre el tanto y el triplo de dicho valor, si se trata de sustancias gravemente dañinas, y entre el tanto y el duplo cuando se trafique con otras sustancias.

Por otra parte, el artículo 369 del Código Penal tipifica nueve supuestos distintos en los que las penas de prisión que han de imponerse serán las superiores en un grado a las establecidas en el artículo 368. Finalmente, el artículo 370 crea unos tipos delictivos superagravados, en los que las penas de prisión a imponer son las superiores en dos grados a las penas básicas del primer artículo citado. A todo ello ha de añadirse la existencia, junto con las penas de prisión indicadas y las multas correspondientes en cada caso, de diversas penas de inhabilitación detalladas en el artículo 372.

Del conjunto de preceptos mencionados, y de los demás relativos al tráfico ilícito de drogas, surgen importantes problemas de interpretación y aplicación, dada la llamativa indefinición de la norma penal en bastantes aspectos, que hace especialmente importante la jurisprudencia en la materia. Como veremos, ha sido el Tribunal Supremo quien ha tenido que, en muchas cuestiones, llenar el vacío legal.

2. CONCEPTO DE DROGA ILEGAL

El artículo 368 del Código Penal (en adelante CP) no define el objeto material del delito descrito. La ley penal no ofrece un concepto de droga ilegal, limitándose a considerar como tales, las sustancias tóxicas, estupefacientes y psicotrópicas, mas sin enumerarlas ni definir sus características.

Se trata de lo que se denomina una ley penal en blanco, es decir, una norma penal incompleta en la que la conducta sancionable no se encuentra totalmente descrita en ella, debiendo acudirse, para su integración a otra norma distinta, de naturaleza extrapenal, con cuyo indispensable complemento resulta suficientemente precisada cual es la actuación punible. La constitucionalidad de este tipo de construcciones normativas ha sido admitida por el Tribunal Constitucional espa-

CUADRO 1

Art. 368 Código Penal

Los que ejecuten actos de cultivo, elaboración o tráfico, o de otro modo promuevan, favorezcan o faciliten el consumo ilegal de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, o las posean con aquellos fines, serán castigados con las penas de prisión de tres a nueve años y multa del tanto al triplo del valor de la droga objeto del delito si se tratare de sustancias o productos que causen grave daño a la salud, y de prisión de uno a tres años y multa del tanto al duplo en los demás casos.

ñol, fundamentalmente en sus sentencias (en adelante STC) 62/1982, 122/1987 y 127/1990.

El Tribunal Supremo ha mantenido reiteradamente la consideración como norma penal en blanco del anterior artículo 344 del Código Penal de 1973. Ese precepto está derogado por el Código Penal de 1995, pero su texto coincide en este aspecto con el nuevo artículo 368 CP, que lo sustituye. Como norma en blanco se le conceptúa, entre muchas otras, en sentencias de 11 de octubre de 1974, 22 de junio de 1981, 25 de octubre de 1982, 4 de febrero de 1984, 7 de mayo de 1984, 15 de noviembre de 1984, 19 de enero de 1985, 15 de julio de 1985, 4 de marzo de 1988, 12 de julio de 1990, 24 de diciembre de 1992, 28 de abril de 1994, 25 de mayo 1994, 27 de setiembre de 1995, 5 de febrero de 1996, 18 de marzo de 1996 y 11 de setiembre de 1996. En ese mismo sentido se inclina la doctrina penal mayoritaria.

El artículo 368 del Código, como ley penal en blanco, deberá ser completado con la legislación administrativa relativa a las drogas ilegales, constituida esencialmente por la Ley 17/67 de 8 de abril de 1967 sobre estupefacientes, cuyo su artículo 22 dispone: "No se permitirán otros usos de los estupefacientes que los industriales, terapéuticos, científicos y docentes autorizados con arreglo a la presente Ley. Los estupefacientes deberán ser usados o consumidos precisamente para el objeto con que hayan sido suministrados por el Servicio o dispensados por las farmacias, considerándose prohibidos cualquier cambio o consumo aunque se lleve a cabo por la misma persona o Entidad que haya obtenido legalmente los estupefacientes, a no ser que obtenga, también reglamentariamente, la autorización o prescripción para el nuevo uso o consumo".

En cuanto al concepto en sí de sustancia estupefaciente, la Ley 17/67 se remite a la relación de productos que considera y define como tales el llamado Convenio Único sobre estupefacientes, de 30 de setiembre de 1961, ratificado por España el 3 de setiembre de 1966, que es, por tanto, el primero de los tratados internacionales que complementan y concretan la ley española. Su texto incorpora como anexos cuatro listas de sustancias. La lista I comprende, entre otros productos, el opio, la heroína, la morfina, la metadona, la cocaína y el cannabis. La lista II incluye la codeína y el dextropropoxifeno. La lista III se refiere a preparados que no se prestan a uso indebido y, finalmente, la lista IV se dedica a las mezclas o preparados, sólidos o líquidos, que contengan las sustancias de las dos primeras listas. La citada Ley española de 8 de abril de 1.967 dispone, en su artículo 2, que se consideran estupefacientes las sustancias incluidas en las listas I, II y IV del Convenio Único, así como también, en lo sucesivo, aquellas otras que se incorporen al Convenio en el ámbito internacional, o en el ámbito nacional por el procedimiento reglamentario que se establece, que se ha ido ejecutando posteriormente y hasta el momento a través de diversas órdenes ministeriales.

El otro texto internacional trascendente en esta materia es el Convenio de Viena sobre sustancias psicotrópicas de 21 de febrero de

1971, que cuenta con dos anexos, el primero con cuatro listas de sustancias psicotrópicas, referidas respectivamente a alucinógenos (LSD, THC, DMT, STP, DOM y otros), anfetaminas, barbitúricos y otras sustancias (tales como la anfepramona, el meprobamato y la metacualona). Por su parte el segundo anexo del Convenio comprende y relaciona sustancias que, no siendo propiamente psicotrópicas, se consideran asimilables a ellas: entre otras sustancias, las benzodiazepinas, el fenproporex y la etilanfetamina. Al igual que ocurre con el Convenio sobre estupefacientes, también éste sobre psicotrópicos contiene un mecanismo de actualización periódica de las sustancias incluidas en sus listas anexas.

En consecuencia, la ley penal española ha de ser completada, en cuanto al objeto material de los delitos contra la salud pública, con los listados de drogas contenidos en los Convenios internacionales de los que España es parte, de forma que la inclusión o no de una sustancia determinada en dichas listas, periódicamente actualizadas, lo que determine su consideración legal como droga a efectos penales en nuestro ordenamiento jurídico, y la consecuente persecución de su tráfico.

La cocaína se encuentra incluida en el Convenio internacional de 1961 sobre estupefacientes y se considera, por tanto, como droga ilícita en el derecho penal español, exigiendo dicho tratado que la sustancia contenga al menos un 0,2% de principio activo para ser calificada como tal estupefaciente.

3. CATEGORÍAS LEGALES EN FUNCIÓN DE LA NOCIVIDAD DE LA DROGA

La ley penal española divide las drogas ilegales en dos categorías, atendiendo a la mayor o menor nocividad de sus efectos. La distinción fue introducida en la reforma del Código Penal del año 1983 y aplaudida por la mayoría de la doctrina penal. Se refiere el Código a "sustancias que causan grave daño a la salud", cuyo tráfico se sanciona más severamente, siendo menores las penas cuando el tráfico se produce con otras drogas "blandas" no tan nocivas. Sin embargo, el Código no determina qué sustancias concretas deban ser consideradas legalmente como especialmente dañinas. Ha tenido que ser la jurisprudencia la que clasificara en una u otra categoría cada una de las drogas ilegales contenidas en los tratados internacionales ya mencionados.

La cocaína y todos sus derivados han sido siempre calificados como droga que causa grave daño a la salud (STS de 25 de octubre de 1983, 8 de febrero de 1984, 29 de abril de 1985, 18 de noviembre de 1987 y 12 de julio de 1990, entre muchas otras), y ello con independencia de su forma de presentación o grado de pureza. Así, se ha considerado droga especialmente dañina tanto el crack (STS de 6 de febrero de 1991, 20 de enero de 1992, 20 de mayo de 1993, 16 de noviembre de 1994 y 20 de noviembre de 1997), como la mezcla de cocaína con heroína o speedball (STS de 21 de mayo de 1993), como, recientemente, una sustancia conteniendo cocaína cuya pureza solo alcanzaba el 3,7% del producto (STS de 7 de noviembre de 2000).

Como drogas causantes de grave daño a la salud se consideran también la heroína (STS de 17 de febrero de 1984, 23 de febrero de 1984, 12 de diciembre de 1984, 10 de julio de 1987, 18 de enero de 1991 y 23 de enero de 1992), el LSD (STS de 5 de octubre de 1983, 8 de febrero de 1984, 11 de mayo de 1984, 1 de junio de 1984, 15 de febrero de 1988, 31 de marzo de 1990 y 28 de setiembre de 1992), la mescalina (STS de 17 de setiembre de 1999), las anfetaminas (STS de 20 de abril de 1996, 19 de octubre de 1996, 16 de abril de 1997, 1 de julio de 1997 y 3 de febrero de 1998) y las sustancias de diseño: MDMA (STS de 11 de octubre de 1993, 24 de enero de 1994, 31 de enero de 1994, 1 de junio de 1994, 25 de junio de 1994, 15 de noviembre de 1994, 12 de diciembre de 1994, 10 de enero de 1995, 15 de febrero de 1995, 3 de marzo de 1995, 6 de marzo de 1995, 17 de abril de 1995, 18 de mayo de 1995, 27 de setiembre de 1995, 14 de febrero de 1996, 11 de setiembre de 1996 y 10 de julio de 2000),

MDA (STS de 5 de febrero de 1996 y 25 de abril de 1996) y MDEA (STS de 27 de setiembre de 1994, 1 de abril de 1996 y 1 de julio de 2000).

En la categoría de drogas menos dañinas se encuentran jurisprudencialmente hachís, marihuana, grifa y aceite de hachís, entre cientos más de resoluciones, en las STS de 4 de setiembre de 1983, 20 de febrero de 1984, 3 de diciembre de 1984, 24 de julio de 1991, 15 de octubre de 1991, 24 de setiembre de 1993 y 8 de noviembre de 1995 y 17 de octubre de 1996.

La misma calificación de escasamente dañosas otorga la jurisprudencia a la metacualona (STS de 28 de abril de 1994), el dextropropoxifeno (STS de 11 de febrero de 1991 y 29 de noviembre de 1993), el alprazolam (STS de 21 de diciembre de 1995, 5 de julio de 1997 y 1 de febrero de 1999) y el flunitrazepam (STS de 18 de mayo de 1998 y 20 de julio de 1998).

En relación con la distinción entre drogas más y menos nocivas, ha advertido el Tribunal Supremo que la inclusión de la sustancia en una u otra categoría legal debe ser alegada y justificada en cada proceso penal por la parte acusadora. Por ello, si la acusación se formula únicamente por delito de tráfico de drogas blandas, no puede el tribunal sentenciador condenar por tráfico de sustancias gravemente dañosas, dado que se vulneraría el principio acusatorio (STS de 28 de junio de 1999).

4. TENENCIA Y CONSUMO DE COCAÍNA

El artículo 368 CP considera autores del delito de tráfico de drogas a quienes "ejecuten actos de cultivo, elaboración o tráfico, o de otro modo promuevan, favorezcan o faciliten el consumo ilegal de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas o las posean con aquellos fines". Ello supone una extraordinaria amplitud de la conducta típica sancionable. Prácticamente cualquier actuación que propicie o permita el consumo de otra persona va a reputarse delictiva. Tan sólo quedan fuera del tipo penal el autoconsumo individual o colectivo de la sustancia y la tenencia previa a ese consumo propio.

El consumo de droga ni es actualmente ni ha sido nunca objeto de sanción penal en España, y lo mismo puede afirmarse de la tenencia previa al consumo. La redacción del artículo 344 CP dada por la Ley 44/1971 de 15 de noviembre, que estuvo vigente hasta la reforma operada por la Ley Orgánica 8/1983 de 25 de junio, incluía en la descripción de las acciones típicas delictivas la ejecución "ilegítimamente" de actos de tenencia de drogas. Sin embargo, tal expresión siempre fue interpretada jurisprudencialmente en el sentido de restringirla a la tenencia preordenada a la distribución posterior de la sustancia ilícita (STS de 6 de abril de 1973, 16 de octubre de 1973, 31 de octubre de 1973, 7 de diciembre de 1973, 21 de marzo de 1974, 20 de enero de 1975, 5 de mayo de 1975 y 24 de noviembre de 1975, entre otras), advirtiendo nuestro Tribunal Supremo que "como el consumo de drogas o estupefacientes es atípico, para que la mera tenencia se repute delictiva, es menester que quede acreditado que la poseída no se hallaba destinada al propio consumo" (STS 20 de marzo de 1980). A partir de la reforma del Código de 1983, desapareció cualquier posible duda interpretativa, al eliminarse del texto del artículo la referencia a la "tenencia" de droga.

La atipicidad penal del autoconsumo y de la tenencia de droga para ello, no obsta a que esas conductas resulten castigadas en el ámbito administrativo, con multas y otras posibles sanciones no privativas de libertad.

La Ley Orgánica 1/1992 de 21 de febrero, sobre Protección de la Seguridad Ciudadana, califica como infracciones administrativas, sin rango delictivo, las conductas que describe su artículo 25-1º, consistentes en "el consumo en lugares, vías, establecimientos o transportes públicos, así como la tenencia ilícita, aunque no estuviera destinada al tráfico, de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, siempre que no constituya infracción penal, así como el abandono en los sitios mencionados de útiles o instrumentos

utilizados para su consumo". Esas conductas se reputan infracciones graves a la seguridad ciudadana y se sancionan administrativamente con multa de importe comprendido entre cincuenta mil una pesetas y cinco millones de pesetas, a lo que debe añadirse que sus autores "podrán ser sancionados, además, con la suspensión del permiso de conducir vehículos de motor hasta tres meses y con la retirada del permiso o licencia de armas, procediéndose desde luego a la incautación de las drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas", según establece el artículo 28 de la Ley, cuyo análisis más detallado excedería del objeto de nuestro estudio.

5. LA PRUEBA DEL DESTINO AL TRÁFICO

Al resultar impune penalmente la tenencia de droga cuando está destinada únicamente al consumo propio, y delictiva cuando, al contrario, tiene por finalidad su distribución a otras personas, determinar cual de esas dos intenciones animaba en cada caso al poseedor de la droga va a resultar crucial en múltiples procesos penales, en los que se encuentra probada la tenencia de la sustancia pero sin acreditación directa de ningún acto de tráfico de la misma.

Cabe evidentemente, la confesión por parte del sujeto de su intención de traficar con lo incautado, así como la posible declaración testifical de quienes habían concertado la compra de la droga a su poseedor (STS 19 de febrero de 1990), casos estos en los que se contará con prueba directa del ánimo tendencial de traficar con la sustancia. Ahora bien, cuando esas pruebas no existen, hay que acudir a la prueba indirecta o indiciaria.

Ante el hecho, pues, de la posesión de droga y la alegación de su autor de dedicarla a su propio consumo, será preciso valorar judicialmente el conjunto de indicios disponibles para inferir el destino final de la sustancia, y para esa apreciación el Tribunal Supremo viene señalando como esenciales los siguientes hechos:

a) Acreditación o no de la condición de consumidor del portador de la droga, y de cantidad habitualmente consumida por el mismo.

b) Cantidad de droga poseída.

c) Distribución de la droga en dosis ya preparadas para su posible distribución y presentadas en la forma habitual en el mercado ilegal.

d) Tenencia de productos utilizados habitualmente para adulterar la droga.

e) Ocupación de instrumentos utilizados habitualmente para dividir la sustancia en dosis, tales como dinamómetros, balanzas de precisión, cuchillos con señales de haber sido calentados para cortar mejor hachís, pajitas de plástico para contener cocaína, pequeños recortes de plástico para confeccionar bolsitas termoselladas con heroína, speed o cocaína, etcétera.

f) Circunstancias del hallazgo policial de la sustancia, lugar de aprehensión y razones esgrimidas por el poseedor de la droga para encontrarse allí.

g) Incautación de cantidades notables de dinero sin procedencia lícita justificable.

h) Existencia en poder del poseedor de la droga o en su domicilio de notas o contabilidades manuscritas indicativas de ventas de drogas.

i) Grabaciones, con autorización judicial, de conversaciones telefónicas de esa persona relativas a operaciones de compraventa de drogas.

j) Trasiego continuo de consumidores de drogas en el domicilio de la persona a la que se le ocupa la sustancia, con visitas muy breves, como indicio de posibles operaciones de venta al menudeo.

k) Actitud adoptada al producirse la ocupación policial de la droga, intentando deshacerse de ella, ocultarla o darse a la fuga.

Del examen detenido de todo el material probatorio existente en cada caso ha de surgir, motivadamente, la convicción y decisión judicial sobre el destino o no al tráfico ilegal de la droga poseída, si bien algunos de los posibles indicios mencionados poseen esca-

sa fuerza persuasoria a la hora de alcanzar conclusiones racionales e indubitadas al respecto, abundando las críticas doctrinales en esta materia. Así, por ejemplo, el último de los hechos relacionados como posibles indicios, el comportamiento de quien intenta que no le sea hallada policialmente la droga que lleva consigo, no permite inferir una intención de tráfico ilegal. Como la propia jurisprudencia ha admitido "parece lógico ocultar la droga que se transporta, se destine al tráfico o al propio consumo, pues el que la posee bien sabe que, en cualquiera de los dos casos, se le descubren, se la han de intervenir" (STS de 12 de diciembre de 1992).

Lo que sí resulta claro es que la alegación por la persona en posesión de la misma sobre su destino exclusivo al consumo propio habrá de ir acompañada de la demostración de su condición de consumidor de esa sustancia (STS de 2 de febrero de 1994 y 24 de mayo de 1996, entre muchas otras), mediante las oportunas pruebas documentales (historia clínica, enfermedades o padecimientos concomitantes o derivados de la drogodependencia, atención recibida en unidades o centros especializados de deshabituación, etc.) y periciales (informe del médico forense u otros especialistas). A ser posible, convendrá también la acreditación, al menos de forma aproximada, de la cantidad habitualmente consumida por el sujeto.

6. LÍMITES CUANTITATIVOS DEL AUTOCONSUMO

Existencia del consumo y cantidad objeto del mismo son, como hemos visto, dos extremos que resulta fundamental acreditar para mostrar el destino de una sustancia al autoconsumo penalmente no sancionable, variando enormemente, en cada caso, la cantidad que cada persona pueda tener almacenada con esa finalidad. Se plantea entonces el posible límite cuantitativo, a partir del cual, como criterio general, pueda considerarse que la cantidad de la droga indica ya su destino al tráfico, por exceder de lo que un consumidor medio puede razonablemente tener en su poder en previsión de futuros consumos por su parte. La respuesta jurisprudencial no es excesivamente clara, como vamos a ver a continuación, examinando las principales resoluciones dictadas sobre esta materia.

Se afirma por el Tribunal Supremo que "hay ánimo de traficar si se trata de una cantidad que excede de la que razonablemente está destinada al propio consumo, y que está objetivamente preordenada al tráfico, por exceder de las previsiones de consumo de un drogadicto" (STS de 2 de enero de 1998), y una corriente jurisprudencial viene manteniendo que ha de atenderse a la cantidad que pueda consumirse en cinco días como máxima admisible para el autoconsumo atípico, aplicando para cada día la dosis media ordinaria, según la droga concreta de que se trate en cada caso (STS de 5 de junio de 1997 y 16 de setiembre de 1997).

En aplicación de esa tesis, la STS de 28 de setiembre de 1990 confirmó la condena en un caso de aprehensión de 65 gramos de cocaína en el domicilio del acusado, afirmando que "excede de la cantidad destinada al consumo la que supera la que el procesado utiliza durante un maximun de tres a cinco días. Incluso partiendo de la declaración del procesado de que esnifaba de 4 a 5 gramos diarios - lo que el propio letrado recurrente pone en duda - la cantidad intervenida se extendería a dos semanas de consumo".

Previamente, la jurisprudencia había considerado cantidades indicativas para el tráfico de cocaína, en supuesto de hecho diversos, las de 8 gramos (STS de 19 de setiembre de 1983), 26,2 gramos con una riqueza del 35% (STS de 26 de enero de 1990) y 25 gramos con una pureza del 49,56% (STS de 16 de julio de 1990).

La STS de 7 de noviembre de 1991 afirma que "la cantidad de cocaína ocupada, 14,97 gramos, excede a la que un consumidor medio suele utilizar. También este argumento encuentra apoyo matemático, pues si el procesado ha declarado que la papelina que llevaba era para esnifar cocaína, y visto que el

contenido de aquélla era de 0,1 gramo, es claro que tal décima de gramo implicaba la existencia de 149,7 dosis de consumo, número que evidentemente es también significativo del propósito de venta; y que el hecho de llevar el procesado en el bolso de mano toda la cantidad de cocaína ocupada en el momento de su detención, tras un servicio de seguimiento por la policía, que sospechaba sus conexiones y que por ello fue seguido la noche de autos desde N., donde residía, hasta C., a cuya circunstancia de llevar encima aquella cantidad de droga, dio la inverosímil explicación de que se había olvidado de sacarla del bolso".

Por su parte, la STS de 9 de octubre de 1992 consideró que excedía de la normal previsión de acopio de un consumidor medio la cantidad en aquel caso incautada, que ascendía 13,34 gramos de cocaína.

Una cantidad superior a los 20 gramos de cocaína de notable pureza no fue por sí misma denotativa de su destino al tráfico, en la STS de 27 de octubre de 1983, que revocó la condena impuesta inicialmente al poseedor de la droga, afirmando esta resolución que "si al recurrente se le ocuparon 21,8 gramos de cocaína de una pureza del 75% y el consumo que hacía de tal sustancia era nada menos que el de 2 gramos diarios, no es posible, con tales datos, deducir de ellos que el acusado se dedicaba a la venta de tal producto cuando los propios jueces de instancia, conscientes de no poder describir ningún acto concreto que supusiera tráfico de drogas, principian la narración del suceso que se enjuicia con la penalmente inexpresiva frase de que la Policía Judicial de Zaragoza recibió una información confidencial en el sentido de que Alfonso Z.F. se dedicaba a comerciar con cocaína, y como dicha información no aparece en la sentencia constatada por prueba alguna - por lo que ningún valor en conciencia puede dársele - y el volumen de la sustancia aprehendida sólo permitía a su tenedor cubrir sus necesidades durante 10 días, lo que no es inusual, es claro que se infringió el citado artículo", dejando sin efecto, en consecuencia, la condena dictada.

Sin embargo, un año y medio más tarde, se confirmó la sentencia condenatoria dictada contra el poseedor de una cantidad similar. Afirma la STS de 29 de abril de 1995 que "los veinte gramos intervenidos con la pureza indicada del 24% representan casi cinco gramos absolutamente puros de cocaína. En este caso únicamente existe el dato objetivo que refiere tal cantidad, pues no se encontraron objetos complementarios que hubieran ayudado al juicio de valor. Se ha considerado como normal el depósito o la tenencia por parte del drogadicto de cantidades que supongan acopio para el propio consumo durante 5 días (sentencia de 28 de enero de 1993), aunque es muy difícil establecer a priori (sentencia de 6 de marzo de 1992) reglas fijas sobre la cuantía que el drogodependiente precise, que dependerá de la calidad del producto y de las necesidades que el hábito le imponga". Luego, tras diversas consideraciones complementarias y el repaso de la principal jurisprudencia hasta entonces existente, concluye esta sentencia que "aunque no se encontraran útiles complementarios para el tráfico, es evidente que los 20 g. exceden de los permisibles para el propio consumo si el cocainómano necesitas no más de dos gramos diarios (sentencia de 28 de abril de 1993). La concurrencia de principios activos en la proporción indicada del 24% abunda en la tesis asumida por la instancia, pues tal grado de pureza es incluso excesiva para el consumo como no se la corte con los habituales productos adulteradores".

Resulta pues complicado establecer, a la vista de las resoluciones del Tribunal Supremo, un límite cuantitativo de sustancia en principio destinada al autoconsumo. Un buen compendio de la doctrina jurisprudencial, con numerosas citas de resoluciones anteriores, se contiene en la relevante STS de 26 de marzo de 1999, que confirma la absolución inicial decretada por la Audiencia Provincial de Guadalajara a favor de dos acusados, ambos consumidores habituales de fin de semana, que tenían en su poder conjuntamente 26 gramos de cocaína de elevada pureza.

Advierte esta STS de 26 de marzo de 1999 que "la fijación de límites cuantitativos que sirvan para fundamentar el juicio de valor sobre la intención del acusado en orden a distinguir la tenencia para el consumo, la tenencia delictiva para traficar o la tenencia delictiva de notoria importancia, la fijación de tales límites, se repite, es una cuestión ciertamente irritante por los agravios comparativos que pueden originarse si se hace caso omiso de los supuestos de caso concreto (ver sentencias de 5 de octubre de 1993, 15 de octubre de 1992 y 12 de junio de 1991). Siendo ello no obstante necesario para orientar la justa inferencia de los jueces, se ha hablado, en cuanto a la cocaína, de unos 8 g. como cantidades que en término medio podría estimarse propia para el consumo durante tres o cinco días. Siempre será reglas discutibles, solo orientativas. Eso dice la sentencia de 17 de enero de 1997. La abundante doctrina de esta Sala refuerza no solamente la peculiaridad de cada caso sino también el peligro de establecer unas reglas estáticas, rígidas e inamovibles ..... No se olvide que nos movemos, subjetivamente, en el área de lo volitivo, intelectual o anímico a la hora de juzgar sobre los hábitos personales o sobre la drogodependencia. De ahí, insistimos, el peligro de las conclusiones inamovibles. Piénsese sobre todo en que las posibilidades económicas del consumidor y las posibilidades de conservación de la droga sin detrimento de su calidad pueden dar lugar a juicios distintos que nunca serían por ello contradictorios".

Abordando el análisis concreto del caso en cuestión, insiste esta resolución en que "el problema es difícil. Ahora se trata de poco más de 26 g. de cocaína, con una pureza media del 70%, poseída para el autoconsumo de los dos acusados absueltos, los cuales son consumidores habituales en los fines de semana, en la ciudad en la que pacífica y laboralmente conviven, ciudad tan alejada de la capital del Estado como para justificar el viaje realizado a ésta para hacer acopio del alucinógeno. De otro lado no existen indicios de clase alguna que de alguna manera señalen cualquier clase de actividad delictiva, en el mundo de la droga, por parte de los acusados. La resolución de la cuestión debatida estaría en el análisis del razonamiento llevado a cabo por los jueces de la Audiencia que vieron y oyeron lo que otros ojos y oídos no van a percibir después. Ese razonamiento, lógico, racional, completo y sensato, lleva a una conclusión absolutoria que, en base a lo expuesto y atendiendo al supuesto de caso concreto, lejos de la rigidez y de la inmovilidad, este Tribunal no considera justa su rectificación".

En conclusión, la jurisprudencia no ha señalado con claridad una cantidad de cocaína a partir de la cual se considere inferible, a partir del solo dato cuantitativo, el destino de la droga al tráfico ilegal, si bien, cierto número de sentencias sitúa ese límite teórico, de forma puramente orientativa y con todas las reservas y salvedades pertinentes, en torno a los 8 gramos de esta sustancia.

Lo anterior no supone, obviamente, que la tenencia de cantidades inferiores de droga no se sancione como destinada al tráfico, si tal posesión va acompañada de otros elementos indiciarios que acrediten suficientemente ese destino. A modo de ejemplo, en este sentido, la STS de 15 de junio de 1995 mantuvo la condena de una persona, declarada como consumidora de cocaína y encontrada en posesión de una cantidad inferior a los cinco gramos, señalando, respecto a esa condición de cocainómano que "el dato no es en sí mismo decisivo porque es conocida en el ámbito de esta delincuencia la hipótesis de drogadictos en los que confluye la doble condición de consumidores y vendedores, siendo la venta la fórmula que les permite financiar el consumo; y en este caso - entrando en el aspecto sustantivo del tema - es razonable que el Tribunal sentenciador se haya inclinado a esta última tesis, dando al consumo un carácter accesorio, porque la posesión de la droga, aunque sea en la pequeña cantidad de 4,92 gramos, tiene significación indiciaria por el elevado grado de pureza (74,25%) que permite el corte o adulteración en la venta al menudeo, en que no suele pasar del 15% el principio activo, con lo que la posibilidad de venta y difusión no puede descartarse; son,

además, circunstancias que no se concilian con la simple calidad de consumidor la posesión de la droga fuera del domicilio y escondida cuidadosamente en el calzado, y no guarda coherencia con el nivel económico del sujeto en situación de paro sin que consten ingresos distintos en la fecha de autos, el disponer de un vehículo provisto de teléfono móvil, de 40.000 pesetas, que era el precio de la droga adquirida y de 36.500 en efectivo. Finalmente, el alto al automóvil por las fuerzas de seguridad no fue un hecho de puro azar, sino por sospechas de transporte que pasaron como tales al hecho probado. En consecuencia, y aun aceptando la cualidad de consumidor de cocaína del acusado, los elementos que facilita el factum son suficientes para deducir la dedicación al tráfico".

7. ACTOS DE TRAFICO Y AUTORÍA DELICTIVA

Sobre el concepto de tráfico afirma la STS de 16 de junio de 1987 que "tráfico equivale a transmisión de una cosa a otra u otras personas, es decir, a traslación de la propiedad o posesión de las mismas, gratuita u onerosamente, total o parcialmente, directa o indirectamente, siempre y cuando, claro está, la transferencia implique promoción o favorecimiento del consumo de drogas tóxicas, estupefacientes o psicotrópicas".

El mero transporte de la droga, incluso sin interés económico por el transportista, constituye también acto típico penalmente, dado que contribuye a propiciar el consumo ilegal de la droga transportada por sus destinatarios finales. En tal sentido, afirma la STS de 30 de setiembre de 1997, que "asumir el encargo de transportar una cantidad de droga hasta una discoteca es poner una condición necesaria para cerrar el círculo de distribución de tal mercancía, y en su acto de tráfico del que se responde como autor". En el mismo sentido, STS de 21 de enero de 1998 y 21 de febrero de 1998.

El texto legal configura con gran amplitud la conducta típica delictiva, hasta el punto de hacer que se difumine o, al menos, revista enorme dificultad, la distinción técnico-jurídica entre actos directos de ejecución delictiva (autoría en sentido propio), actos de colaboración imprescindible para el delito (coautoría por cooperación necesaria) y actos de ayuda meramente útil, pero no estrictamente necesaria, para la comisión del delito (complicidad). Por ello, la jurisprudencia viene declarando que la figura de la complicidad en los delitos contra la salud pública es de difícil apreciación, dada la amplia tipicidad establecida en el artículo 368 del Código (STS de 3 de marzo de 1987, 19 de setiembre de 1987, 10 de octubre de 1995, 10 de octubre de 1997 y 4 de octubre de 2000), siendo tan sólo posible su aplicación en supuestos de mínima colaboración mediante conductas auxiliares en beneficio del verdadero traficante (STS de 15 de enero de 1991).

En concreto, se han calificado de complicidad hechos como el mero acompañamiento a los compradores para indicarles el domicilio de quien vendía la droga (STS de 9 de julio de 1987), la ocultación ocasional y de brevísima duración de una pequeña parte de la droga poseída por otro (STS de 30 de mayo de 1991, 30 de mayo de 1997 y 15 de octubre de 1998) o la ayuda prestada por quien no era dueño de la droga a otra persona poseedora de la misma para que intentase hacerla desaparecer ante la intervención policial inmediata (STS de 16 de junio de 1995). Fuera de esos excepcionales casos, cualquier intervención en el tráfico se considera incluida en el amplio tipo penal analizado.

Los delitos de tráfico de drogas no requieren, en ningún supuesto, el ánimo de lucro en su autor. Por ello, la donación de droga ha sido considerada siempre como delictiva por la jurisprudencia (STS de 6 de abril de 1989, 19 de mayo de 1989, 22 de octubre de 1990, 4 de febrero de 1991, 3 de mayo de 1991, 25 de enero de 1992, 14 de octubre de 1993, 26 de noviembre de 1994 y 6 de junio de 1997). Sin embargo, hay casos especiales de entrega de drogas que el Tribunal Supremo ha con-

siderado no sancionables penalmente. En general, se trata de la transmisión de dosis mínimas y gratuitamente a una persona que ya es previamente adicta a la sustancia, por parte de un familiar o persona allegada a dicho consumidor y con la intención de evitarle los sufrimientos del síndrome de abstinencia o de ayudarle a intentar una paulatina desintoxicaciòn mediante el consumo de dosis decrecientes (STS 2 de noviembre de 1992, 18 de diciembre de 1992, 29 de mayo de 1993, 15 de julio de 1993, 16 de setiembre de 1993, 6 de octubre de 1993, 16 de marzo de 1994, 8 de abril de 1994, 27 de mayo de 1994, 11 de junio de 1997, 14 de julio de 1997, 22 de enero de 1998 y 22 de setiembre de 2000).

El consumo compartido de una droga entre usuarios habituales de la misma viene siendo también considerado no delictivo (STS de 12 julio de 1984, 6 de abril de 1989, 23 de marzo de 1991, 2 de noviembre de 1992, 25 de marzo de 1993, 27 de setiembre de 1993, 7 de febrero de 1994, 18 de setiembre de 1997, 3 de noviembre de 1997 y 27 de octubre de 1999).

El Tribunal Supremo reputa igualmente atípicos los actos de compra colectiva de droga destinada al consumo de los que la adquieren (STS 25 de mayo de 1981, 11 de noviembre de 1992 y 27 de enero de 1995), e incluso, la compra por encargo de un grupo, del cual forma parte el encargado adquirente de la droga y destinando ésta al consumo de ese propio grupo (STS 18 de diciembre de 1992, 4 de febrero de 1993, 18 de octubre de 1993 y 3 de junio de 1994).

Un problema probatorio peculiar que en ocasiones se plantea es la valoración penal de la actuación de otras personas que conviven en el mismo domicilio con el autor directo de los actos de tráfico de drogas. La jurisprudencia es, en este punto, especialmente clara: la mera convivencia domiciliaria ni es, en si misma, un acto de cooperación con el traficante ni sirve de prueba de participación en los actos de tráfico.

Al respecto, la STS de 26 de julio de 1993 ya proclamaba que "el hecho de la unión matrimonial y el dato de viajar juntos no pueden ser, por sí solos determinantes de la inferencia de la participación de la esposa" en el tráfico ilícito llevado a cabo por el varón, sorprendido con la droga en el automóvil donde se hallaban ambos.

La STS de 30 de diciembre de 1993 afirma que "bajo la fuerza de los principios constitucionales, no puede admitirse ningún tipo de presunciones de participación. No es correcto ni ortodoxo en forma alguna atribuir al hombre el tráfico por el hecho de llevarlo a cabo la mujer o viceversa, por la circunstancia de la convivencia de ambos en el mismo piso o vivienda y el mayor o menor conocimiento que uno de ellos tenga del tráfico que realiza el otro. No se puede, por ello, atribuir la posesión de la droga para su venta o el tráfico de la misma indiscriminadamente a los dos. Hay que probar, fehacientemente y por medios plenos de aptitud incriminatoria o de cargo, que uno y otro llevaron a cabo actos que el legislador incorpora al núcleo de cada uno de los tipos en alguna de las modalidades de participación".

En el mismo sentido se ha pronunciado en bastantes más ocasiones la jurisprudencia. Incluso conociendo uno de los convivientes el tráfico desarrollado por otro en el domicilio, ello no le convierte en partícipe si no se demuestra una contribución concreta al hecho delictivo (STS de 13 de octubre de 1994, 14 de octubre de 1994, 20 de setiembre de 1995, 28 de noviembre de 1997, 6 de octubre de 1998, 12 de mayo de 1999, 4 de abril de 2000 y 29 de mayo de 2000).

Importa, por último, señalar que la naturaleza típica del delito de tráfico de drogas impide apreciar la figura del delito continuado, prevista con carácter general en el artículo 74.1 del Código Penal, cuyo tenor "el que, en ejecución de un plan preconcebido o aprovechando idéntica ocasión, realice una pluralidad de acciones u omisiones que ofendan a uno o varios sujetos e infrinjan el mismo precepto penal o preceptos de igual o semejante naturaleza, será castigado, como autor de un delito o falta continuados, con la pena señala-

da para la infracción más grave, que se impondrá en su mitad superior".

La STS de 20 de febrero de 1993 puso de relieve el carácter de delito permanente de este tipo penal, contraponiéndolo a otros casos de delito continuado. Por su parte la STS de 18 de diciembre de 1993 consideró existente un delito único de tráfico de drogas, rechazando la aplicación de la continuidad delictiva, en un supuesto de venta a una pluralidad de compradores. También negaron la posible apreciación del delito continuado las STS de 18 de marzo de 1999 y 30 de setiembre de 1999.

Recientemente, la STS de 3 de julio de 2000 reiteró que "la singular estructura del delito contra la salud pública en la modalidad de tráfico de drogas, permite entender que una pluralidad de actos realizados por el mismo sujeto que favorece el tráfico o el consumo ilegal por otras personas constituye un solo delito aunque esté integrado por varias acciones".

En la misma línea, la STS de 23 de octubre de 2000 destaca que "la naturaleza del delito de tráfico de droga, de mera actividad, permanente y de peligro abstracto, hace difícil su consideración como delito continuado. En su amplia expresión tipificadora se integran tanto la posesión y tenencia para el tráfico, como los actos aislados de este tráfico y la reiteración de esta clase de actos, pues estos actos de disposición y entrega fragmentaria a otras personas de las drogas en razonable cercanía temporal se realizan ya sobre un delito consumado por la mera tenencia y detentación de esas sustancias con ánimo de entregarlas a cualquier otra persona con finalidad de ilícito tráfico".

8. PENAS APLICABLES

El delito de tráfico de drogas que causan grave daño a la salud, entre ellas la cocaína, se castiga en el artículo 368 CP con pena de prisión de duración comprendida entre tres y nueve años y, además, con pena de multa, cuyo importe dependerá del valor de la droga objeto del delito: una vez calculado, se impondrá una multa de cuantía comprendida entre esa cifra y el triplo de la misma. El artículo 377 CP establece que a estos efectos ese valor de la droga "será el precio final del producto o, en su caso, la recompensa o ganancia obtenida por el reo, o que hubiera podido obtener".

En la práctica judicial son tenidos en cuenta, como medio probatorio fundamental, los informes que elabora periódicamente la Oficina Central Nacional de Estupefacientes (OCNE), dependiente del Ministerio del Interior, relativos al precio medio de las drogas en el mercado ilícito. Refiriéndose al primer semestre de 2001, el precio estimado por la OCNE para la cocaína adquirida por kilogramos es de 5.678.193 pesetas, con una pureza media del 74%. El precio de la misma sustancia comprada por gramos supone 9.779 pesetas/gramo, con una pureza media, en esta forma de presentación, del 53%. Por último, el informe cuantifica la dosis de cocaína habitual en el mercado en algo menos de un quinto de gramo (184 miligramos), con una pureza del 44% y un precio de 2.190 pesetas/dosis, lo cual equivale a un precio de 11.902 pesetas/gramo.

A las penas de prisión y multa que se impongan en cada caso, ha de añadirse otra pena cuando el delito haya sido cometido por empresario, intermediario en el sector financiero, facultativo, funcionario público, trabajador social, docente o educador, en el ejercicio de sus respectivos cargos o profesiones. En estos casos, el artículo 372 CP, ordena imponer, además de las penas correspondientes ordinariamente al delito, la de "inhabilitación especial para empleo o cargo público, profesión u oficio, industria o comercio, de tres a diez años". A los efectos de este precepto, se consideran facultativos a los médicos, psicólogos, personas en posesión de título sanitario, veterinarios, farmacéuticos y sus dependientes.

Como supuesto todavía más grave, se impondrá, junto con la pena de prisión y la de multa, la pena de inhabilitación absoluta de diez a veinte años cuando el delito fuere realizado por una autoridad, o un agente de la autoridad, en el ejercicio de su cargo.

CUADRO 2. PENAS APLICABLES EN EL DELITO DE TRAFICO DE COCAINA			
Penas	**TIPO BASICO ART. 368 CP**	**TIPOS AGRAVADOS ART. 369 CP**	**TIPOS ULTRAGRAVES ART. 370 CP**
PRISION	mínimo: 3 años máximo: 9 años	mín.: 9 años máx.: 13 años 6 meses	mín.: 13 años 6 meses máx.: 20 años 3 meses
MULTA	tanto al triplo valor droga	tanto al cuádruplo valor droga	tanto al séxtuplo valor droga
INHABILITACION ESPECIAL	(para empleo o cargo público, profesión, industria o comercio) 3 a 10 años		
INHABILITACION ABSOLUTA	(si el hecho lo comete la autoridad en ejercicio de su cargo) 10 a 20 años		

La condena por delito de tráfico de drogas conllevará, a tenor de lo dispuesto en el artículo 374 CP, además de las penas señaladas, el comiso de las sustancias ilícitas, que serán posteriormente destruidas con arreglo al procedimiento reglamentariamente establecido. También serán objeto de decomiso los equipos y materiales utilizados para la elaboración de la droga y, en general, los vehículos, buques, aeronaves y otros posibles bienes y efectos de cualquier naturaleza que hayan servido de instrumento para la comisión del delito. Por último, serán igualmente decomisados todos los bienes provenientes del tráfico y las ganancias obtenidas con ellos, cualesquiera que sean las transformaciones que hayan podido experimentar.

Se exceptúan del comiso los bienes e instrumentos de lícita posesión que pertenezcan a un tercero de buena fe no responsable del delito, por ejemplo, el titular del vehículo que lo cede o alquila al autor del tráfico sin conocer que va a ser utilizado para la comisión del mismo.

Dispone también el Código Penal la posibilidad de que los bienes, efectos e instrumentos objeto del comiso puedan ser aprehendidos y puestos en depósito desde el primer momento del proceso penal por la autoridad judicial, con el fin de garantizar la efectividad del comiso. Incluso puede acordar el juez que durante la tramitación del procedimiento esos bienes puedan ser utilizados provisionalmente por la policía, con las debidas garantías para su conservación. Una vez sea definitivo el comiso, alcanzada la firmeza de la sentencia condenatoria en que se haya acordado, los bienes quedan adjudicados al Estado.

9. TIPOS AGRAVADOS DE TRAFICO DE DROGAS

Además de la distinción que efectúa el artículo 368 CP entre drogas "duras" y "blandas", el artículo 369 CP establece otra importante diferencia entre conductas básicas de tráfico de drogas y actuaciones especialmente graves. Al tipo básico de tráfico de cocaína le corresponden las penas ya examinadas. En los supuestos de tráfico especialmente grave las penas a imponer serán la de prisión con duración de nueve años a trece años y seis meses, y además la de multa de cuantía entre el valor de la droga y el cuádruplo del mismo.

Existen en el Código Penal nueve supuestos distintos de tráfico especialmente grave, recogidos en el citado artículo 369, coincidente en su contenido con el anterior artículo 344 bis a) del Código Penal de 1973.

De esos nueve tipos agravados el que mayor problema interpretativo suscita es el

CUADRO 3

Art. 369 Código Penal

Se impondrán las penas privativas de libertad superiores en grado a las respectivamente señaladas en el artículo anterior y multa del tanto al cuádruplo cuando:

1º. Las drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas se faciliten a menores de dieciocho años o disminuidos psíquicos, o se introduzcan o difundan en centros docentes, en centros, establecimientos y unidades militares, en establecimientos penitenciarios o en centros asistenciales.

2º. Los hechos fueren realizados en establecimientos abiertos al público por los responsables o empleados de los mismos.

3º. Fuere de notoria importancia la cantidad de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas objeto de las conductas a que se refiere el artículo anterior.

4º. Las citadas sustancias o productos se faciliten a personas sometidas a tratamiento de deshabituación o rehabilitación.

5º. Las referidas sustancias o productos se adulteren, manipulen o mezclen entre sí o con otros, incrementando el posible daño a la salud.

6º. El culpable perteneciere a una organización o asociación, incluso de carácter transitorio, que tuviere como finalidad difundir tales sustancias o productos aun de modo ocasional.

7º. El culpable participare en otras actividades delictivas organizadas o cuya ejecución se vea facilitada por la comisión del delito.

8º. El culpable fuere autoridad, facultativo, funcionario público, trabajador social, docente o educador y obrase con abuso de su profesión, oficio o cargo.

9º. Se utilice a menores de dieciséis años para cometer estos delitos.

de su apartado 3º, relativo a los casos en que "fuere de notoria importancia la cantidad de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas objeto de las conductas a que se refiere el artículo anterior". Nos detendremos en su análisis.

El texto legal no se pronuncia sobre la cantidad de droga a partir de la cual se pueda considerar de notoria importancia, dejando pues su concreción a la labor jurisprudencial, lo que ha motivado abundantes y duras críticas doctrinales contra la utilización de un concepto jurídico tan sumamente indeterminado. Se aduce que la creación de un tipo penal absolutamente abierto supone atribuir al juez la facultad libérrima de determinar los supuestos de hecho en los que va a imponerse una pena superior en grado, lo cual resulta muy difícilmente compatible con la necesidad de taxatividad de los tipos penales y con el propio principio de legalidad. No obstante, la constitucionalidad del uso de este tipo de conceptos relativos, precisados de concreción judicial, ha sido reiteradamente admitida por el Tribunal Supremo y por el Tribunal Constitucional, encontrándose pues zanjada la cuestión (STS de 16 de diciembre de 1986, 11 de noviembre de 1989, 12 de febrero de 1993, 17 de junio de 1993 y 25 de noviembre de 1996; STC 62/82 y 133/87).

En líneas generales, la jurisprudencia ha venido estableciendo como razón de la agravación el mayor peligro potencial que supone para la salud pública una cantidad elevada de droga, al poder alcanzar su difusión a un número considerable de personas (STS de 12 de febrero de 1993 y 28 de abril de 1995).

El límite concreto de la notoria importancia se ha señalado por el Tribunal Supremo calculando la cantidad que supondrían 200 dosis medias de cada tipo de droga (STS de 9 de octubre de 1987). Con ese criterio, ha afirmado que la cantidad de notoria importancia se iniciaría a partir de 120 gramos de cocaína

(STS 29 de abril de 1988, 20 de setiembre de 1989, 2 de febrero de 1990, 24 de enero de 1995, 5 de julio de 1999, 15 de noviembre de 1999 y 20 de setiembre de 2000).

La doctrina jurisprudencial sobre la frontera cuantitativa de la notoria importancia fue configurándose durante la vigencia del Código Penal de 1973, en cuyo antiguo artículo 344 bis a) 3º se establecía el tipo agravado a que nos venimos refiriendo. Al producirse la entrada en vigor del nuevo Código de 1995, que elevó, en general, las penas imponibles en los delitos de tráfico de drogas, se planteó la posibilidad de elevar, correlativamente, los límites jurisprudenciales de la notoria importancia. Los argumentos a favor se apoyaban, esencialmente, en la necesidad de guardar cierta proporcionalidad entre la gravedad del hecho y la de la pena correspondiente, que, en el tipo agravado por la notoria importancia, llega a superar a la prevista para delitos de violación (castigados en el artículo 179 CP con pena de seis a doce años de prisión) y casi alcanza la del delito de homicidio (sancionado con pena de diez a quince años de prisión en el artículo 138 CP). A ello se añade que la posesión o transporte de cantidades de droga que superan la barrera establecida para la notoria importancia se da cada vez más en escalones muy bajos de la escala delictiva, tratándose, en muchas ocasiones, los condenados de meros correos o transportistas sin relevancia en las organizaciones delictivas, a cuya dirección son ajenos. Sancionar a esas personas con una pena mínima de nueve años de prisión resulta injusto por excesivo y, además, obliga a tratar sin distinción casos de aprehensión de muy diferentes alijos de droga. Piénsese en la posesión de, por ejemplo, 200 gramos de cocaína y la de 20 kilos de la misma sustancia. En ambos casos la pena oscilará entre nueve y trece años y medio de prisión, lo que es susceptible de producir, incluso, un indeseado efecto criminógeno: si la pena que puede acarrear el delito es la misma ¿que motivo existe para traficar con 200 gramos en vez de con 20 kilos?

Pese a todo, el Tribunal Supremo ha sostenido el criterio preexistente sobre los topes de la notoria importancia para cada sustancia: se mantiene pues la frontera en los 120 gramos de cocaína (STS de 25 de octubre de 1999, 15 de noviembre de 1999, 1 de junio de 2000, 10 de julio de 2000 y 2 de enero de 2001).

La pervivencia del límite cuantitativo anterior es justificada por las razones expuestas en la STS de 4 de mayo de 2000, que afirma "la doctrina de esta Sala Segunda ha concretado el concepto jurídico indeterminado de la cantidad de notoria importancia que, como elemento normativo, configura el subtipo agravado previsto en el art. 369.3 CP, y ha establecido que dicho subtipo habrá de ser aplicado cuando, tratándose de cocaína, la sustancia aprehendida supera los 120 g. de peso neto. Es cierto que tras el incremento de las sanciones para este tipo de actividades delictivas que introdujo el CP vigente, algún sector doctrinal ha apuntado la posibilidad de que ese incremento punitivo viniera seguido de una reforma del criterio jurisprudencial sobre la notoria importancia, elevándose los parámetros hasta ahora utilizados, a fin de conseguir un equilibrio con la mayor agravación sancionadora establecida por el legislador de 1995. Pero no debe olvidarse que cuando éste decide aumentar la pena a una actividad delictiva que se ha convertido en una de las amenazas más relevantes para la sociedad, ya era conocedor del concepto de notoria importancia acuñado por el TS y, sobre el conocimiento de este dato, adoptó la decisión de elevar la pena mínima a imponer estableciéndola en nueve años de prisión, en lugar de la hasta entonces vigente de ocho años y un día de prisión mayor (art. 344 bis.a CP 1973) cuando se trata de sustancias que afecten gravemente a la salud. Alterar ahora la definición y el alcance que esta Sala Segunda ha efectuado del concepto en cuestión supondría una suerte de subversión a la voluntas legislatoris si se tiene en cuenta que una de las razones que le haya impulsado a incrementar las penas para los delitos de tráfico de drogas es la de potenciar el efecto disuasorio que la pena supone para los eventuales delincuentes, es decir, la pre-

vención general, que se vería seriamente comprometida en el caso de que se modificara al alza el elemento de notoria importancia que examinamos".

En cualquier caso, es preciso destacar que lo que se tiene en cuenta para comprobar si se ha superado el tope de la notoria importancia no es el peso total de la sustancia incautada, sino la parte de ese peso correspondiente a droga pura, descontando la parte que corresponda a adulterantes o excipientes (STS 19 de diciembre de 1988 y 13 de noviembre de 1989). De esa forma, de un alijo, por ejemplo, de 200 gramos de cocaína, con una pureza del 55%, se computarán sólo los 110 gramos de sustancia pura, con lo que no se aplicará el tipo agravado, ya que este se inicia con los 120 gramos mencionados de esa droga.

Igualmente hay que advertir que la jurisprudencia viene descontando también, para comprobar la superación de la barrera de la notoria importancia, la parte de la droga poseída que se encuentre destinada al autoconsumo. Así pues, en los casos en que se considere probado, por una parte, la posesión de cierta cantidad de droga destinada al tráfico y, por otro lado, la adicción del sujeto a esa sustancia y el consiguiente destino de una parte de lo poseído al consumo del mismo, habrá que deducir esta última parte del total del alijo para determinar si el resto, objeto del tráfico ilícito, supera o no el límite de la notoria importancia (STS de 15 de octubre de 1991, 30 de abril de 1993, 9 de diciembre de 1994, 19 de setiembre de 1995 y 19 de julio de 2000).

Para hacer la deducción expresada, la sentencia deberá determinar la cantidad de droga que considera probado fuese a dedicarse al autoconsumo del acusado, siendo llamativo que en algunas resoluciones se señalan al respecto cantidades ciertamente elevadas. Como muestra servirán dos.

La STS de 19 de setiembre de 1995 confirmó la condena, dictada sin aplicar la agravación por notoria importancia, contra el poseedor de 209 gramos de cocaína de una pureza comprendida entre el 63 y el 68%.

Convalida esta resolución el criterio de la Audiencia Provincial que había inaplicado la notoria importancia "porque entendió que el acusado, que era consumidor de tal clase de droga, tenía destinada para su propio consumo alguna parte de la cantidad de cocaína que poseía, cifrando tal parte en treinta gramos, con lo cual, ya se calculara sobre el peso bruto, ya sobre el resultante de droga pura, en ningún caso la cantidad destinada a terceros sobrepasaría la cifra de 120 gramos que viene siendo considerada como límite mínimo".

Se continua añadiendo que "la cifra de 30 gramos calculada por la sentencia recurrida como la que el acusado tenía para su consumo personal se encuentra dentro de lo razonable, conforme a los datos que al efecto se nos ofrecen como probados. Un consumo de 2 a 4 gramos diarios para unos 10 días alcanzan como total los mencionados 30 gramos. Por otro lado, el límite indicado de 120 gramos para la aplicación de la agravación específica que estamos examinando y la reducción de la cantidad que se calcula para el autoconsumo cuando el reo al tiempo que traficante es adicto al uso de la droga, son doctrina reiterada de esta Sala de lo Penal del Tribunal Supremo".

La STS de 19 de julio de 2000 mantuvo la inaplicación del tipo agravado por la notoria importancia a una condenada sorprendida en el Aeropuerto de Madrid-Barajas con 445,3 gramos de cocaína en el doble fondo de sus zapatos. Como la droga tenía una riqueza del 46,6%, el alijo contenía 207,5 gramos de cocaína pura, sobrepasando, pues, el límite jurisprudencial de 120 gramos de sustancia. Sin embargo, esta sentencia señala que, en el caso concreto enjuiciado, había "quedado acreditado del análisis del cabello de la procesada llevado a cabo por el Instituto Nacional de Toxicología, que la misma ha venido consumiendo cocaína de forma habitual y reiterada desde mayo de 1998 hasta su detención". Por ello, se continua, "no es descartable que parte de la sustancia que transportaba Francesca estuviera destinada a su propio consumo. Dada la relativa proximidad de las cifras

que se manejan, resulta necesario precisar cuál es esa parte de droga no destinada a terceros. El Ministerio Fiscal dice que utilizando criterios jurisprudenciales, la cantidad destinada al propio consumo será, como máximo, de 40 gramos, es decir, 4 gramos diarios durante diez días, lo que dejaría como destinado a terceros 167,5 g. de cocaína, cifra todavía superior al indicado límite de 120 gramos. Ahora bien, ese acopio de droga para diez días que resulta lógico en circunstancias de vida normales, puede ser superado cuando, como ocurre en el presente caso, la droga se va a buscar a un país tan lejano de Italia como es Venezuela, situación en la que no es ilógico pensar que se adquiere para uno mismo una cantidad superior a la normal aprovechando su mejor precio, como afirma la acusada".

Por tanto, concluye la sentencia, "en estas circunstancias, dada la proximidad de las cifras que se manejan, no es posible asegurar, con la trascendental repercusión que ello implica en la pena privativa de libertad a imponer, que la cantidad de cocaína ocupada a la procesada en la ocasión de autos, una vez deducida la destinada al propio consumo, superara los 120 gramos. Por ello el motivo único del recurso interpuesto por el Ministerio Fiscal debe ser desestimado".

10. TIPOS ULTRA AGRAVADOS DE TRÁFICO

Además del tipo básico y de los agravados, existe en el Código Penal un tipo ultraagravado de tráfico de drogas, contemplado en el artículo 370 CP y castigado con pena de prisión de duración mínima de trece años y seis meses, y máxima de veinte años y tres meses, y con multa con cuantía comprendida entre el valor de la droga y su séxtuplo.

El contenido de este precepto es coincidente con el del anterior artículo 344 bis b) del Código Penal de 1973, pudiendo, por tanto, trasladarse las referencias que hace la jurisprudencia a ese artículo al art. 370 CP ahora vigente.

Este tipo especialmente grave se aplica en dos supuestos: cuando las conductas de tráfico de drogas, además de encajar en algún tipo agravado del artículo 369 CP, revistan extrema gravedad, y cuando los reos hayan actuado como jefes de organizaciones delictivas dedicadas al tráfico.

El texto legal no ofrece ningún detalle sobre el concepto jurídico indeterminado "conductas de tráfico de extrema gravedad", en otra laguna más que ha debido cubrir la jurisprudencia. Obviamente, se vuelven a plantear en este extremo las mismas objeciones doctrinales, aun acrecentadas, que cuestionaban la constitucionalidad del concepto abierto de notoria importancia, las cuales, sin embargo, no han sido acogidas por la jurisprudencia penal y constitucional. Examinaremos ahora las resoluciones más relevantes al respecto.

La STS de 19 de junio de 1995 afirma que "nos hallamos ante un concepto - extrema gravedad - sumamente indeterminado, por lo que suscita dificultades en relación a las exigencias propias del principio de legalidad penal en su vertiente de lex certa, de tal modo que algún autor ha afirmado su inconstitucionalidad por no respetar dicho principio reconocido en el art. 25 de nuestra Ley Fundamental. Sin compartir tan radical postura (véanse las sentencias del TC 105/88, 69/89 y 150/91 entre otras), sí hemos de decir que las debidas garantías del ciudadano exigen una aplicación muy cuidadosa mediante una interpretación restrictiva de la mencionada expresión legal".

Tras establecer ese punto de partida, se ocupa esta resolución de advertir que la extrema gravedad no puede identificarse con una cantidad elevadísima de droga. Afirma la sentencia que "en tal línea de interpretación restrictiva, entendemos que no basta una exacerbación en la cantidad de droga para aplicar la agravante penal aquí examinada. El legislador ha previsto una agravación por la cantidad de primer grado, las del nº 3 del art. 344 bis a (cantidad de notoria importancia) y sobre ésta

podría haber establecido otra segunda referida a los casos extremos al respecto, pero no lo ha hecho así, pues no habla de extrema cantidad, sino de extrema gravedad".

¿Cuales son entonces los casos en que deba aplicarse este tipo hiperagravado?. La STS que estamos comentando señala que ha de atenderse, fundamentalmente, a cinco grupos de elementos que sistematiza así:

"1. Aunque no único, como ya hemos dicho, el criterio de la cantidad, ha de ser considerado imprescindible en estos casos. Si de cantidades pequeñas o normales se tratara, parece claro que nunca habría de aplicarse la agravación de segundo grado a que nos estamos refiriendo.

2. Otro criterio para la valoración de la extrema gravedad puede ser el de que concurran en el supuesto varias de las conductas relacionadas en el art. 344 bis a). Sin embargo, la del nº 6 (pertenencia a una organización, aun transitoria) parece que poco puede añadir a la reprochabilidad del hecho, pues se pruebe o no su existencia, es lógico pensar que una organización siempre ha de existir para traficar con droga en las cantidades extremas a que nos estamos refiriendo ...

3. Otro elemento que puede determinar un mayor reproche social contra estas conductas, puede ser el uso de elementos especialmente preparados para este tráfico ilícito, como ocurrió en el caso presente en que se utilizó un remolque frigorífico preparado para transporte de fruta en el que se había construido un departamento aislado donde se ocultaba la mercancía prohibida.

4. Ha de tenerse en cuenta, además, el papel que cada acusado desempeña en el hecho. Los jefes, administradores o encargados de la organización prevista como agravación específica en el nº 6 del art. 344 bis a) en el mismo precepto que estamos examinando, pero en un inciso segundo separado por la conjunción disyuntiva "o" tienen asignada la misma pena con que se sancionan los casos de extrema gravedad. Por ello, no puede exigirse tal condición (de jefes, administradores o encargados) para aplicar la agravación del inciso 1º, pues si así lo hiciéramos dejaríamos a este inciso sin contenido (interpretación abrogatoria prohibida por el art. 117.1 de la Constitución Española). Ahora bien en el lado opuesto de la organización están los meros peones a quienes se encomiendan funciones subalternas, que carecen de toda capacidad de decisión. Entendemos que a estos meros subalternos no cabe aplicar nunca la agravación específica aquí estudiada. A tales personas de último rango la sociedad no les reprocha una "conducta de extrema gravedad" que parece habrá de aplicarse solamente a los jefes, administradores o encargados, por aplicación del inciso 2º, o a los escalones intermedios por aplicación del 1º.

5. Otro criterio que podría tenerse en cuenta es si se actúa en interés propio o al servicio de otra persona, para excluir de tal extrema agravación a estos últimos".

La STS de 16 de febrero de 1999 aplicó el tipo hiperagravado en un supuesto de transporte de 1.754 kilogramos de cocaína.

Por su parte, la STS de 20 de marzo de 1999, resumiendo la jurisprudencia anterior insiste en que "la propia indeterminación del concepto extrema gravedad exige una interpretación restrictiva y de minucioso examen en cada caso concreto", añadiendo que "en esa línea restrictiva la jurisprudencia señala como elementos que han de tomarse en consideración los siguientes: el criterio de la cantidad como ineludible aunque no único; la concurrencia simultanea de varias de las agravaciones que se recogen en el precepto; y el uso de grandes elementos de transporte especialmente preparados para el tráfico ilícito (fletaje de barcos, camiones de un cierto tonelaje, etc)".

En igual dirección, resalta la STS de 9 de octubre de 1999, que "el legislador, tanto en el Código de 1973 como en el vigente de 1995, ya ha previsto una agravación importante de la pena por la llamada agravación de primer grado, es decir, la notoria importancia, y la agravación de segundo grado solo puede referirse a casos extremos en que nos encontremos ante una cantidad de droga enormemente elevada, ciertamente extrema

CUADRO 4

Art. 370 Código Penal

Los Jueces o Tribunales impondrán las penas privativas de libertad superiores en grado a las señaladas en el artículo anterior y multa del tanto al séxtuplo cuando las conductas en él definidas sean de extrema gravedad, o cuando se trate de los jefes, administradores o encargados de las organizaciones o asociaciones mencionadas en su número 6º. En este último caso, así como cuando concurra el supuesto previsto en el número 2º del mencionado artículo, la autoridad judicial podrá decretar, además, alguna de las medidas siguientes:

a) Disolución de la organización o asociación o clausura definitiva de sus locales o de los establecimientos abiertos al público.
b) Suspensión de las actividades de la organización o asociación, o clausura de los establecimientos abiertos al público por tiempo no superior a cinco años.
c) Prohibición a las mismas de realizar aquellas actividades, operaciones mercantiles o negocios, en cuyo ejercicio se haya facilitado o encubierto el delito, por tiempo no superior a cinco años.

o absolutamente excepcional. Incluso esta hiperagravación no puede basarse únicamente en la cantidad objeto de tráfico, sino que requiere otros elementos cualitativos que acentúen al límite la gravedad de la conducta examinada en su globalidad, o lo que es lo mismo, hay que fijarse en el conjunto de elementos objetivos y subjetivos que conforman el concreto comportamiento enjuiciado".

Esta resolución termina confirmando la correcta aplicación del tipo hiperagravado por la extrema gravedad a un caso concreto que describe de la siguiente manera: "una operación de tráfico de drogas de cantidad extrema y excepcional que incluye 3.775 kg de hachís, como parte de una partida más voluminosa, descargada en las costas gallegas en tres sucesivas etapas, más otro desembarco de 600 kg de cocaína. Todo ello en operaciones realizadas con la intervención de numerosas personas, controladas por el acusado, intervención de embarcaciones varias, transporte en planeadoras, traslado a otras lanchas para el desembarco, empleo de vehículos terrestres, y encomienda y control de la distribución, todo ello en los términos precisos que los hechos probados reflejan. En definitiva se trata de una operación de gran escala que por la cantidad, número de personas intervinientes y uso de grandes elementos para su realización cumple las exigencias que la doctrina de esta Sala precisa para la apreciación de la extrema gravedad".

Por el contrario, la STS de 16 de diciembre de 1999 no consideró aplicable este tipo a un supuesto de transporte en un pesquero de algo más de 800 kg de cocaína por no apreciar la concurrencia de otros factores objetivos y subjetivos, añadidos al dato cuantitativo, que hicieran calificar esa conducta delictiva como extraordinariamente grave.

Por último, la STS de 24 de octubre de 2000 mantiene la negativa a aplicar la agravación en cuestión si el único dato cuantitativo de la cantidad de droga no va unido a otros elementos, tales como la existencia de una organización criminal bien estructurada y la utilización de medios o métodos especialmente sofisticados o aptos para ejecutar impunemente el delito.

Afirma esta resolución que "esta agravación requiere unos requisitos de carácter objetivo, pero también subjetivos. Entre los primeros cuenta, no cabe duda, la cuantía de la droga aprehendida y su pureza, pero a ellos se deben añadir otros elementos sobre la forma de realizarse la acción, como son los instrumentos materiales para llevarla a efecto, la organización previa y, en conjunto, lo que podríamos denominar la logística especialmente preparada. En cuanto a lo subjetivo

no cabe duda que debe tenerse en cuenta el papel o rol que hayan podido jugar los acusados en la operación en cada caso concreto, pues, insistimos, la norma nos habla de acción peligrosa y ese peligro no puede achacarse lo mismo a personas que juegan un papel importante y decisivo en la acción delictiva que a aquellos que son simples mandatarios o asalariados. Así a guisa de ejemplo, no se puede aplicar el mismo baremo de peligrosidad o medir por el mismo rasero al capitán del buque que transporta la droga que a un simple marinero aunque sea también componente de la tripulación".

En el caso concreto objeto de la sentencia, se había aprehendido 118 kg de cocaína, de la que el Tribunal Supremo afirma que "es cierto que nos encontramos ante una cantidad de droga muy elevada e importante, que podría determinar la aplicación de la agravación en conjunción con otras circunstancias, aun cuando tampoco puede calificarse de extrema o absolutamente excepcional". Sin embargo, continua afirmando esta resolución "en el caso actual al margen de la cantidad de droga ocupada no se aprecia la concurrencia de otras circunstancias de agravación del art. 369, pues la sala sentenciadora no estima acreditada la pertenencia a una organización, ni consta tampoco que el velero de recreo utilizado para el transporte dispusiese de compartimentos ocultos o estuviese especialmente acondicionado o preparado para ese tráfico ilícito. Por otra parte, desde la perspectiva subjetiva, no consta que los acusados representasen un papel principal en la formación o diseño de la operación sino que más bien se presentan como simples colaboradores últimos o recaderos del tráfico ilícito de que se trata, apareciendo en el primer plano y corriendo el máximo riesgo al participar en las fases más comprometidas de la operación, pero sin constancia de que sus conductas vayan más allá de esta intervención, directa e inmediata pero no necesariamente principal". En consecuencia, no se aplica el tipo hiperagravado por la extrema gravedad.

Analizada ya la jurisprudencia relativa a este concepto jurídico indeterminado, resulta obligado repetir aquí, con más motivo, la crítica ya formulada a la desproporción punitiva que existe con otros delitos que se encuentran entre los más graves del Código Penal. Que una conducta de tráfico de drogas, por más grave que llegue a ser, pueda ser castigada con una pena máxima (veinte años y tres meses de prisión) superior incluso a la pena máxima imponible por un delito de asesinato (veinte años) nos parece manifiestamente injusto.

11. CONCLUSIONES

El examen efectuado de la regulación en el derecho penal español y de la producción jurisprudencial sobre la cocaína nos conduce a las siguientes conclusiones:

a) El derecho español considera como drogas ilícitas las sustancias definidas como tales en los Convenios internacionales sobre la materia, entre las que se incluye la cocaína en todas sus formas de preparación (clorhidrato de cocaína, crack u otras) y con independencia del grado de pureza con que se presente el producto final.

b) El consumo de las drogas mencionadas es ilegal en España, por lo que puede ser sancionado administrativamente con multas. Sin embargo, no constituye delito. Tampoco es delito la tenencia de dichas sustancias destinada al autoconsumo de su poseedor y sin ánimo de transmisión a otras personas, pero esa intención de tráfico de la sustancia se presume cuando lo poseído supera claramente el acopio previsible para un consumo de pocos días. En muchas ocasiones se plantean dificultades probatorias a la hora de dilucidar el destino o no al tráfico ilegal de la droga incautada a su tenedor.

c) Se considera legalmente tráfico de drogas cualquier acción de difusión, distribución o entrega de la sustancia a otras personas, o de favorecimiento del consumo ilegal por ellas. El tráfico de drogas se califica como

delito y se castiga con penas de prisión y multas, cuya severidad depende, en parte, de la nocividad de la sustancia y, en parte, de la gravedad de la conducta delictiva. El Código Penal distingue entre drogas "duras" gravemente dañosas para la salud y drogas "blandas" que no causan ese grave daño. Por otro lado, el Código diferencia las conductas básicas de tráfico de drogas de otras actuaciones más graves.

d) La cocaína y todos sus preparados se incluyen en la categoría legal de sustancias que causan grave daño a la salud, y su tráfico se sanciona con penas de prisión de duración comprendida, en principio, entre tres y nueve años, además de multa y otras posibles penas accesorias de menor entidad.

e) Los delitos de tráfico de cocaína se sancionan más gravemente cuando la cantidad de droga objeto del tráfico excede de 120 gramos de sustancia pura, en cuyo caso la pena a imponer oscila entre nueve años y trece años y seis meses de prisión. En casos excepcionales de tráfico a gran escala por parte de bandas organizadas, la pena máxima aplicable puede alcanzar los veinte años y tres meses de prisión.

Indice

Presentación. *Gonzalo Robles* 5

APROXIMACIÓN HISTÓRICA A LA COCAÍNA. DE LA COCA A LA COCAÍNA.
Historical aproximation to cocaine. From coca to cocaine.
Pascual Pastor, F. 7

EPIDEMIOLOGÍA DEL USO/ABUSO DE COCAÍNA.
Epidemiology of use/abuse of cocaine.
Bobes, j.; Sáez, P.A.; González M.P.; Bascarán, M.T. 23

COCAÍNA: ASPECTOS FARMACOLÓGICOS.
Cocaine: pharmacologia aspects.
Lizasoain, I.; Moro, M.A.; Lorenzo, P. 37

PERSONALIDAD Y USE-ABUSO DE COCAÍNA.
Personality and use-abuse of cocaine.
Sáiz, P.A.; González, M.P.; Paredes, B.; Martínez, S.; Delgado, J.M. 47

VIDA SOCIAL DE LA COCAÍNA.
Cocaine social life.
Calafat, A.; Juan, M.; Becoña, E.; Fernández, C.; Gil, E.; Llopis, J.J. 61

USO RECREATIVO DE COCAÍNA POR LOS JÓVENES DE LA COMUNIDAD VALENCIANA.
Cocaine recreational use in Valencia region.
Torres Hernández, M.A. 105

USO RECREATIVO DE COCAÍNA Y ASUNCIÓN DE RIESGOS: RESULTADOS CONVERGENTES EN CUATRO MUESTRAS.
Recreational use of drugs and coping with risks: convergent findings across four samples.
Calafat Far, A.; Fernández Gómez, C. Juan Pérez, M. 123

DEPENDENCIA, INTOXICACIÓN AGUDA Y SÍNDROME DE ABSTINENCIA POR COCAÍNA.
Dependence, acute intoxication and withdrawal syndrome in cocaine users.
Llopis Llácer, J.J. 147

COMPLICACIONES ORGÁNICAS DE LA COCAÍNA.
Medical complications induced by cocaine.
Balcells Oliveró, M.. 167

COMPLICACIONES PSICÓTICAS DEL CONSUMO DE COCAÍNA.
Psycotic complications in cocaine dependence.
Roncero, J.; Ramos, J.A.; Collazos, F.; Casas, M. 179

APROXIMACIÓN TERAPÉUTICA DE LA DEPENDENCIA DE COCAÍNA.
Therapeutic appproach to cocaine dependence.
San Molina, L.; Arranz Martí, B.. 191

TRATAMIENTO DEL CONSUMO DE COCAÍNA. INTEGRANDO PSICOTERAPIA Y FARMACOTERAPIA.
Cocaine abuse treatment. Integrating psychotherapy and pharmacotherapy.
Solé Puig, J.. 209

COCAÍNA EN EL DERECHO PENAL ESPAÑOL.
Cocaine in the spanish penal code.
Herrero Álvarez, S. 227