

Consumo de cocaína en jóvenes españoles

MI. Medranda de Lázaro^a, MR. Benítez Rubio^b

^aPediatra.

^bDoctora en Medicina.

CS ISFAS, Cuatro Vientos, Madrid

Rev Pediatría Aten Primaria. 2006; 8 Supl 3: S69-79

María del Rosario Benítez Rubio, charbenrub@hotmail.com

Resumen

El abuso de cocaína no suele acompañarse de cambios físicos espectaculares ni existe un gran fenómeno de tolerancia, pero tiene un enorme poder de adicción, incluso superior al de la heroína.

Existe alta comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos que pueden favorecer su consumo.

El uso habitual y/o abusivo puede provocar importantes complicaciones orgánicas, psicológicas y sociales.

Palabras clave: *Cocaína, Intoxicación, Abstinencia, Legislación, Adolescencia.*

Abstract

Cocaine abuse usually is not accompanied by spectacular physical changes nor exists a great phenomenon of tolerance, but it has an enormous power to create addiction, even superior to the one of heroin. High comorbidity with other psychiatric disorders exists, and they can favour the consumption. The habitual and/or abusive use can cause important organic, psychological and social complications.

Key words: *Cocaine, Intoxication, Abstinence, Legislation, Adolescence.*

Introducción

Argot: Nieve, polvo de estrellas, dama blanca.

La cocaína es uno de los estimulantes naturales del sistema nervioso central (SNC) más potentes que se conocen. Su abuso no suele acompañarse de cambios fisiológicos espectaculares ni existe gran fenómeno de tolerancia, pero tie-

ne un enorme poder de adicción, incluso superior al de la heroína. Uno de cada tres jóvenes que la ha probado repitió su consumo en el último mes, y el 44,7% en los últimos 12 meses, cifra que se eleva al 81% en el caso de los estudiantes de secundaria. Se produce una rápida dependencia tras el primer consumo, dada su gran capacidad para producir un refuerzo positivo; la duración del efecto es corta¹.

Existe una alta comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos que pueden favorecer el consumo de cocaína, como el trastorno bipolar, trastornos depresivos o el trastorno por déficit de atención. En estos casos, el sujeto posiblemente buscaría el consumo como automedicación, para evitar la depresión y mejorar la concentración¹.

La cocaína es la segunda droga ilícita más consumida en España y en la Comunidad de Madrid².

Existe una leyenda sobre la cocaína que vincula su consumo con el prestigio, el éxito social y el poder.

El consumo de cocaína se promovió recurriendo a dos ideas básicas:

- Afirmar que era una droga limpia, que supuestamente no generaba problemas. Esta idea se vio favorecida por el hecho de que, en algunos consumidores, las consecuencias negativas asociadas a su consumo tardaron varios años en hacerse sentir, debido a que era escaso el número de consumidores y a que, en general, tenían una buena posición social, lo que les permitía buscar soluciones discretas a sus problemas en centros privados.
- Pensar que su uso estaba reservado a las elites sociales (ejecutivos, modelos, artistas...). Aunque inicial-

mente el consumo de cocaína se puso de moda en ciertos círculos profesionales y artísticos de éxito, poco a poco su uso se extendió en los años ochenta entre personas de clase media y baja.

Recuerdo histórico

La cocaína es un alcaloide derivado del arbusto *Erythroxylon Coca*, que se cultiva fundamentalmente en los países del altiplano andino (Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú). Allí desde hace siglos se mascan las hojas de la planta, bien con carácter ritual, o bien por sus propiedades energéticas (que permiten realizar trabajos físicos extremadamente duros sin cansarse en exceso) y anorexígenas, para combatir las carencias alimentarias. Esta forma secular de consumo apenas registra consecuencias adversas, ya que la cantidad absorbida por vía digestiva es muy reducida³. Aún hoy se mascan las hojas de coca durante horas, junto con una pequeña piedra caliza o polvo de cal, que aumentan la salivación, o en infusión, para soportar los inconvenientes de las grandes altitudes andinas, el hambre y las fatigas del trabajo⁴.

A finales del siglo XIX se consiguió aislar el principio activo de la planta de la coca y aparecieron otras formas de

consumo, con mayor potencial dañino. Durante los primeros años del siglo XX, el principio activo de la coca se utilizó en la elaboración de tónicos, como el vino Mariani y la Coca-cola.

El consumo de cocaína se popularizó en los años setenta y ochenta entre las clases medias de EE. UU., desde donde se extendió a Europa; se asoció a una imagen social positiva. El consumo de cocaína se puso de moda entre profesionales de éxito y en las vanguardias culturales, pero progresivamente esta conducta comenzó a ser imitada por personas pertenecientes a clases sociales medias y bajas, y perdió su carácter elitista. La posibilidad de consumir crack a un bajo coste ha extendido su uso entre jóvenes y adolescentes¹. La cocaína comienza a ser ilegal en EE. UU. en 1914.

Farmacología

Principio activo

El principal alcaloide activo es Benzoilmetil-Ecgonina, un potentísimo estimulante que se absorbe y distribuye rápidamente por el organismo y cuyas acciones farmacológicas fundamentales son la vasoconstricción y la anestesia local¹. En el SNC bloquea la recaptación de dopamina, adrenalina y serotonina a nivel presináptico. Se produce, por tan-

to, un aumento de la concentración de dopamina en el espacio intersináptico que da lugar a la activación de los receptores dopaminérgicos. El consumo crónico de cocaína produce depleción importante de catecolaminas y disminución de los receptores dopaminérgicos postsinápticos¹.

La dosis letal es de 1-1,2 g en dosis única, aunque en dosis repartidas se pueden tolerar hasta 4 g diarios.

Presentación

- Hojas de planta de coca: para masticar o para infusión.
- Clorhidrato de cocaína: cocaína (*coca, nieve, farlopa o perica*). Es un polvo blanco, fino y cristalino, de sabor amargo. Para esnifar, fumar (nevados) o por vía intravenosa⁴.
- Sulfato de cocaína: basuco (*suzuki, suko o baserolo*). Pasta base. Para fumar con tabaco o marihuana.
- Cocaína base: crack. Son pequeños cristales. Para fumar mezclada con tabaco o en pipa de agua o para inhalar. Es la presentación que contiene el porcentaje más elevado de alcaloide de cocaína puro^{1,2,4}.

Vías de consumo

- Vía digestiva: masticar hojas de la planta de coca. Las hojas de coca

contienen un 1% de su peso en forma de principio activo. La cocaína se absorbe a través de la mucosa de la boca y se inactiva parcialmente por el ácido gástrico. La cocaína masticada generalmente produce acción estimulante leve de poca o ninguna intensidad (*rush*) y disforia limitada (*crash*) a medida que disminuye el nivel en sangre.

- Vía intranasal (esnifada): se produce una respuesta más fuerte que al masticar hojas. Sin embargo, debido a que el fármaco constriñe los vasos sanguíneos de la mucosa nasal, la absorción sistémica es limitada. Es la vía de consumo más frecuente, en dosis que comúnmente se denominan tiro o raya⁵.
- Inhalación de humo (fumada): es rápida y completamente absorbida por vía pulmonar, produciendo un pico intenso de duración muy breve, seguido por un fuerte choque disfórico⁵.
- Vía intravenosa: actualmente en desuso.
- Impregnación sobre la mucosa genital durante las relaciones sexuales, sobre todo en varones, con el fin de conseguir la absorción y retrasar el orgasmo (efecto anestésico local).

Determinación analítica

- Determinación de metabolitos de cocaína (benzoilecgonina y metilecgonina éster) en orina.
- Determinación de cocaína y benzoilecgonina en saliva, suero, pelo, líquido amniótico, meconio y orina neonatal.

Interacción con otras drogas

El consumo simultáneo de cocaína, alcohol u otras drogas potencia el abuso de estas sustancias, lo que aumenta el riesgo de sobredosis y de muerte súbita.

Se ha popularizado entre los jóvenes el consumo de speedball, que consiste en una mezcla de heroína y cocaína con el fin de dar mayor rapidez y duración a los efectos.

Epidemiología

La cocaína es, después de los derivados del cannabis, la segunda droga ilícita de mayor consumo en la Comunidad de Madrid, destacando los distritos de Centro (18,5%) y Salamanca (16,6%), frente a otros distritos de menor consumo como Vicálvaro (5,8%) y Moratalaz (5,9%)⁶.

Su consumo es más importante entre los estudiantes de secundaria (tabla I, figura 1)⁷.

Perfil general del consumidor de cocaína

- Varón (en estudiantes de secundaria mujeres discretamente superior a varones).
- Nivel de instrucción y académico medio.
- Residente en núcleos urbanos.
- Frecuentemente realiza policonsumo de sustancias psicoactivas.
- La mayoría de los consumidores de cocaína bebe alcohol y fuma tabaco y derivados del *cannabis*.
- Casi la mitad compatibiliza su uso con otros estimulantes como drogas de síntesis y anfetaminas.
- En los ambientes lúdicos es muy frecuente que se consuma cocaína para contrarrestar los efectos del alcohol (para poder beber sin emborracharse y seguir la marcha hasta el otro día).

- El consumo simultáneo de cocaína, alcohol u otras drogas potencia el abuso de estas sustancias, aumentando el riesgo de sobredosis y de muerte súbita.

Se produce una rápida dependencia tras el primer consumo, pues tiene gran capacidad de producir refuerzo positivo y la duración del efecto es corta. Parece que determinadas personalidades con tendencia a la búsqueda de novedades y necesidad de autosuficiencia y de mantener alta la autoestima son más proclives al consumo de cocaína¹.

Patrón de consumo

Existen diferentes tipos de consumo de cocaína, como son:

- Consumos ocasionales: sólo en ocasiones especiales.
- Consumos recreativos: realizados por jóvenes y adolescentes de for-

Tabla I. Consumo de cocaína entre la población española

Grupos de edad /año	15-64 años 1999	15-64 años 2003	14-18 años 1998	14-18 años 2004
Alguna vez	3,1%	5,9%	5,4%	9%
Últimos 12 meses	1,6%	2,7%	4,5%	7,2%
Últimos 30 días	0,9%	1,1%	2,5%	3,8%
Edad de inicio		20 años		15,8 años
Percepción de riesgo	95,4%	93,1%		
Percepción de accesibilidad			90,5%	93,8%

Fuente: Plan Nacional Sobre la Droga. Estrategia Nacional Sobre Drogas 2000-2008. Plan de Acción 2005-2008. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.

ma esporádica, con fines recreativos y en contexto de ocio, combinando la ingesta de cocaína con otras drogas: alcohol, cannabis, drogas de síntesis...

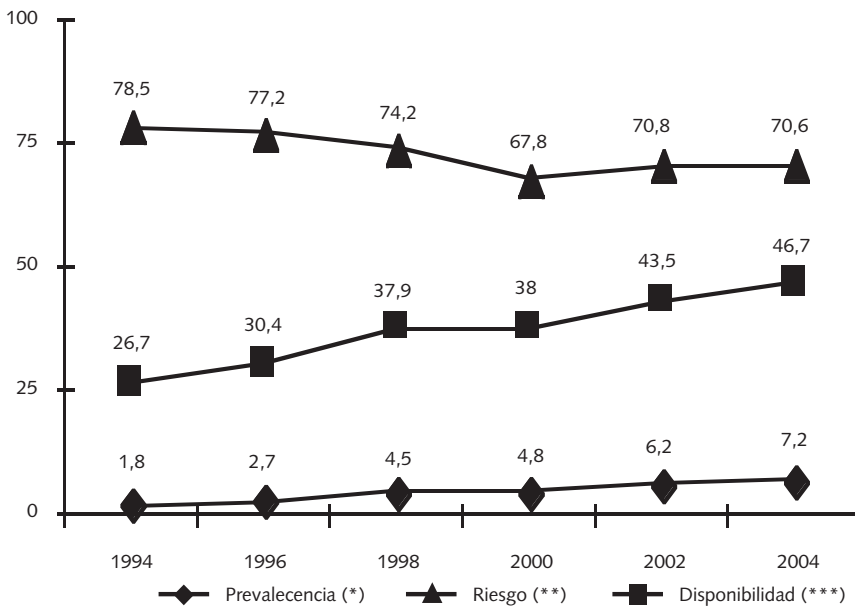
- Consumos habituales: realizados de forma frecuente, que puede llegar a ser diario o de varias tomas en pocas horas.
- Consumos realizados por drogodependientes: los heroinómanos con-

sumen con relativa frecuencia cocaína para experimentar sensaciones diferentes a las que obtienen con su droga habitual, también se ha popularizado entre esta población el consumo de *speedball* (mezcla de heroína y cocaína).

Efectos

La cocaína es un potentísimo estimulante del SNC que se absorbe y distribu-

Figura 1. Prevalencia de consumo de cocaína, percepción del riesgo y disponibilidad percibida. España. 1994-2004.



(*) Últimos 12 meses.

(**) Consumo una vez o menos al mes.

(***) Fácil/muy fácil.

FUENTE: DGPNSD. Encuesta Escolar sobre Drogas. 1994-2004.

ye rápidamente por el organismo produciendo:

- Gran aumento de la actividad de la vía neural, pero su uso prolongado puede dar lugar a depleción de neurotransmisores monoaminados, que probablemente sea la causa de la depresión que habitualmente se observa en usuarios habituales.
- Estimulación de la rama simpática por sus efectos agonistas sobre receptores simpáticos de las catecolaminas, produciendo:
 - Aumento de la frecuencia cardíaca, respiratoria y de la tensión arterial.
 - Aumento del flujo sanguíneo en el cerebro y las grandes masas musculares.
 - Disminución del flujo sanguíneo en vísceras y extremidades.
 - Aumento de la sudoración.
 - Puede aumentar la temperatura corporal.
 - Pupilas dilatadas pero reactivas.
 - Supresión del apetito.

Efectos agudos del consumo de cocaína

La cocaína produce de manera inmediata sensación de bienestar, euforia, aumento de la autoestima y sensación de mayor rendimiento físico y mental.

También produce disminución del apetito y de la necesidad de dormir¹.

Tras el consumo de cocaína los consumidores suelen experimentar:

- Efectos psicológicos y del comportamiento: sensación de euforia, excitabilidad, hipersexualidad, locuacidad, hiperactividad, sociabilidad, disminución de la fatiga y el sueño, estado de alerta y deterioro de la capacidad de juicio^{3,8}.
- Efectos físicos: taquicardia, dilatación pupilar, aumento de la tensión arterial, sudoración, fiebre, vómitos, inhibición del apetito.
- Efectos adversos: generalmente cuando se asocia con alcohol u otras drogas: taquicardia, arritmia, fallo cardíaco, disminución brusca e intensa de la tensión arterial, infarto de miocardio, hemorragias cerebrales, crisis convulsivas con pérdida de conciencia, asfixia, síndrome hipertérmico, que puede desembocar en insuficiencia renal y fallo metabólico generalizado⁹.

El consumo de cocaína provoca un efecto boomerang: tras la fase estimulante o de subida aparece un “bajón” caracterizado por fatiga y disforia. Al tener una vida media muy corta (20-30 minutos), los consumidores precisan dosis frecuentes para mantener los

efectos euforizantes, lo que da lugar a tomas múltiples en pocas horas. Este consumo compulsivo se conoce como "binges o atracones". Cuanto más alta sea la dosis o más prolongadas las sesiones de consumo, más intenso es el bajón y mayores los efectos desagradables asociados al consumo.

Complicaciones del consumo habitual de cocaína

La cocaína tiene enorme capacidad adictiva, incluso superior a la heroína (12.000 personas/año inician tratamiento en España por este motivo y 2.000 en la Comunidad de Madrid), provocando su consumo habitual y/o abusivo importantes complicaciones orgánicas, psicológicas y sociales.

- Complicaciones psicológicas:
 - Fuerte dependencia, incluso tras un período de consumo no demasiado largo, caracterizada por intenso *craving* (necesidad imperiosa de consumo).
 - Síndrome de abstinencia, caracterizado por presencia de estado de ánimo disfórico, somnolencia, fatiga e irritabilidad.
 - Trastornos de concentración y de atención.
 - Trastornos del sueño.
 - Trastornos psicológicos graves:

ideas paranoides, depresión, agotamiento general, crisis de angustia, alucinaciones visuales (micropsias: objetos o animales de tamaño más pequeño), auditivas o cenestésicas, con sensación de tener insectos bajo la piel (formicación), ideas suicidas¹.

- Complicaciones orgánicas:
 - Cardiovasculares: taquicardia, arritmia, cardiopatía, colapso circulatorio, vasoespasmo de la arteria coronaria, infarto de miocardio, miocarditis. Los consumidores de cocaína tienen siete veces más riesgo de sufrir ataques cardíacos no mortales que los no consumidores; de este grupo el 25% es menor de 45 años^{2,5}.
 - Neurológicas: cefalea, migraña, hemorragias cerebrales, interrupción brusca de la actividad cerebral, crisis convulsivas, alteraciones motoras (tics, dificultad de coordinación).
 - Respiratorias: irritación de la mucosa nasal, perforación del tabique, sinusitis, hemorragia pulmonar, neumotórax...
 - Obstétricas: abortos espontáneos y toxicidad fetal.
 - Hepáticas.
 - Anorexia y pérdida de peso.

- Fallo renal agudo.
- Alteraciones menstruales, infertilidad e impotencia.
- Complicaciones sociales:
 - Conflictos familiares y episodios violentos y agresivos.
 - Fracaso escolar. Absentismo.
 - Problemas legales por consumo y/o tráfico.
 - Problemas legales derivados de la comisión de delitos o por peleas y agresiones.
 - Problemas económicos.
 - Prácticamente la mitad de las urgencias hospitalarias por reacción aguda a drogas que se producen en España está relacionada con la cocaína.
 - Parte importante de accidentes laborales está en relación con el uso de cocaína y otras drogas.
 - En la mitad de las muertes producidas por sobredosis o reacción aguda al consumo de drogas en la Comunidad de Madrid se detectó presencia de cocaína.

Síndrome de abstinencia de cocaína

En la adicción a la cocaína no se produce un cuadro de dependencia física importante, ni por tanto un cuadro de abstinencia grave, sino el derivado de la dependencia psíquica⁴.

Sin embargo, la supresión brusca tras un consumo muy prolongado o una embriaguez de varios días se sigue de una depresión (*crash*), que comienza a las pocas horas de privación y que puede durar 3-4 días. Inicialmente aparece agitación, depresión, anorexia y *craving* intenso. Posteriormente desaparece el deseo de cocaína y persiste la depresión; aparecen fatiga y sueño, más tardíamente agotamiento, hipersomnia continua, hiperfagia y anhedonia (pérdida de la sensación de placer en los actos que normalmente lo producen, especialmente los sexuales). El estado de ánimo se restablece en pocos días, y pueden persistir la disforia y la anhedonia, incluso varias semanas⁴.

Problemas legales

Ley sobre Protección de la Seguridad Ciudadana

Contempla como infracción grave el consumo de cocaína, al igual que el de otras drogas ilegales, en lugares, vías y establecimientos o transportes públicos, así como su tenencia ilícita, aunque no estuviera destinada al tráfico; puede ser sancionada con multa de 300-30.000 euros.

Se prevé la posibilidad de suspender la sanción si el infractor se somete a tra-

tamiento de deshabituación en centro o servicio debidamente acreditado.

Código Penal

Los Tribunales de Justicia consideran la cocaína como droga que causa grave daño para la salud.

- **Artículo 368:** 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 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 causaren daño para la salud, y de prisión de uno a tres años y multa del tanto al duplo en los demás casos^a.

Tratamiento

Intoxicación aguda

- Casos leves: benzodiazepinas, preferentemente de larga duración.
- Se aconseja ingresar a las personas

en estado de intoxicación en un servicio hospitalario².

- Casos más graves: urgencia médica que precisa reanimación o ingreso en UCI, generalmente con tratamiento sintomático:
 - Convulsión: diacepan.
 - Arritmia: propanolol.
 - Cuadro hipertensivo: nifedipino o nitroprusiato sódico.
 - Hipertermia: medios físicos más paracetamol.
 - Manifestaciones psicóticas: haloperidol, si no existe disfunción hepática.
 - Si la intoxicación es por vía oral y hace menos de dos horas, lavado gástrico más carbón activado.
- Intoxicación de carácter mixto: *speed-ball* (heroína + cocaína): naloxona.

Síndrome de abstinencia: benzodiazepinas.

Deshabituación

- Psicoterapia de prevención de recaídas, con técnicas conductuales y cognoscitivas, buscando el refuerzo negativo de la consecuencias del consumo.
- Grupos de autoayuda.
- Fármacos para evitar *craving*¹:
 - Agonistas dopaminérgicos (amantadina y bromocriptina)

^a Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. [en línea] [consultado el 07/09/2006]. Disponible en http://noticias.juridicas.com/base_datos/Penal/lo10-1995.l2t17.html#c3

- Antidepresivos tricíclicos.
- Anticomociales (carbamacepina y lamotrigina).
- Litio.
- Metilfenidato.
- L-tirosina.

Bibliografía

1. Sáiz Ruiz J, Montes Rodríguez JM. Toxicodependencias. *Medicine*. 2005;8: 5745-9.
2. Los padres frente a la cocaína. Guía para padres preocupados. Madrid: Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad y Consumo. Agencia Antidroga; 2004.
3. Los jóvenes y la cocaína. Guía para no terminar rayados. Madrid: Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad y Consumo. Agencia Antidroga; 2004.
4. Cabrera Bonet R, Del Río Muñoz PA, Ballesteros Jerónimo S. Cocaína. En: Cabrera Bonet R, Torrecilla Jiménez JM, editores. *Manual de drogodependencias*. Madrid: Comunidad de Madrid. Agencia Antidroga; 2004. p. 63-88.
5. Jonson MD, Heriza TJ, St. Dennis C. Cómo detectar en sus pacientes el abuso de drogas ilícitas. *Postgraduate Medicine*. 2003;9:71-85.
6. Los adolescentes madrileños retrasan la edad del inicio en el consumo de alcohol. [en línea] [consultado el 07/07/2006]. Disponible en www.adolescenciasema.org/index.php
7. Plan Nacional Sobre la Droga. Estrategia Nacional Sobre Drogas 2000-2008. Plan de Acción 2005-2008. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
8. Plan Nacional Sobre Drogas. Drogas: + información = - riesgos. Tu guía. Madrid: Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas; 2003.
9. Jiménez Busselo MT, Arago Domingo J, Nuño Ballesteros A, Loño Capote J, Ochando Perales G. Atención al paciente agitado, violento o psicótico en urgencias: un protocolo pendiente para una patología en aumento. *An Pediatr (Barc)*. 2005;63:526-36.
10. Royo-Isach J, Magrané M, Velilla A, Martí R. Consumidores de cannabis: una intervención terapéutica basada en los programas de disminución de daños y riesgos. *Aten Primaria*. 2003;32:590-3.

