

---

## PERFIL DE LOS USUARIOS DE COCAÍNA

---

**Bartolomé Cañuelo Higuera, María del Pilar García García**  
*Servicio de Drogodependencias de Cruz Roja Española de Córdoba*

La cocaína en su historia más reciente (últimos 20 años), ha pasado de ser una sustancia con un cartel de droga poco ó casi nada adictiva, identificada con una determinada clase social bien posicionada económica y socialmente que por definición no se mezclaba con drogas como la heroína, considerada de marginados sociales, a ser una sustancia omnipresente en el panorama del consumo de drogas que en la actualidad se presenta en nuestro país.

En su evolución social se ha ido expandiendo en los distintos estratos sociales y se ha ido incorporando al policonsumo con distintas variables tanto en la vía de administración como en la asociación a otras drogas y redes de distribución, causando diferentes problemas según el marco de distribución, la población-diana y la vía por la que se administra.

A pesar de esta circunstancia, aún conserva esa imagen de sustancia de cierto nivel social, asociada al uso recreativo, sobre todo, cuando la vía de administración es esnifada, y perdiendo este carácter, cuando se consume asociada a depresores del sistema nervioso central por vía inhalada (fumar plata ó revuelto), que le hace adquirir condición de marginalidad, de trasgresión de la norma y de ilegalidad, más propias de los consumidores más cercanos a los clásicos “yonkees”.

Otro fenómeno importante en el consumo de esta droga es la incorporación de un grupo de población de más edad a la hora de su inicio, que en un principio la utilizan para contrarrestar los efectos depresores de sustancias como el alcohol, para poder alargar el tiempo de diversión (básicamente en fines de semana), por los efectos claramente estimulantes que posee, lo que les permite disfrutar de un estado de vigilia y actividad mucho más amplio y no dejarse vencer por los efectos sedativos del alcohol que les haría no poder alardear de una falsa vitalidad que la

edad ya no les permite y que refuerza positivamente la sensación juvenil y mantener una actividad festiva sino frenética, al menos aceptable.

Esta asociación de alcohol-cocaína es un binomio muy frecuente en la actualidad que es necesario considerar de forma muy especial, ya que el consumo de las dos sustancias produce un nuevo metabolito, el coca-etileno, que conserva los poderes estimulantes de la cocaína, y por tanto muy reforzadores psicológicamente, al mismo tiempo que evita los síntomas desagradables que produce la “subida” del consumo de cocaína y que hace que algunos potenciales consumidores, cuando la han consumido las primeras veces sin asociar al alcohol la hayan rechazado por esta circunstancia.

Este hecho provoca una sensación de bienestar que hace que su consumo sea tremendamente reforzador desde el punto de vista psicológico, lo que condicionará volver a asociar alcohol con cocaína, que permite alargar la diversión y disfrutar de una sensación de constante estímulo sin los efectos no deseados del consumo excesivo del alcohol (la sedación y finalización de la actividad lúdica) ni los efectos desagradables que en un primer momento provoca el consumo aislado de cocaína (nerviosismo, sudoración, cefalea... etc).

Otro factor a tener en cuenta es la casi nula criminalización que el consumo de cocaína tiene desde el punto de vista social, frente a sustancias como la heroína, lo que ha originado una mayor permisividad al mismo tiempo que una red de distribución distinta y por lo tanto una mayor disponibilidad, al mismo tiempo que las redes de distribución clásicas de drogas ilegales mantienen su actividad, aunque más asociadas a otro tipo de consumo como es el de heroína-cocaína ó el consumo por vía intravenosa que ha experimentado en los últimos años un aumento considerable.

Es interesante contemplar la evolución del período de consumo de cocaína por vía nasal, ya que presenta un período de silencio clínico, cifrado por los expertos de entre 3 y 5 años desde iniciado su consumo recreativo y la frecuencia de consumo, ya que en las primeras etapas se produce asociado a acontecimientos relacionados con lo festivo ó en fines de semana, bien con intención de colocarse ó de alargar la fiesta contrarrestando los efectos del alcohol, que en la mayoría de los casos es la droga de elección ó primaria (Consumidores “atrapados”. Calafat. Adicciones. Vol 13, suplemento 2.001).

Esto permite una sensación de control del consumo y de normalidad social que no produce alarma en los recientemente iniciados, pero que

progresivamente aumenta en la cantidad consumida y se intensifica la frecuencia del consumo, por lo que cuando perciben la situación real de dependencia llevan una evolución adictiva bastante dilatada, siendo la causa de consulta con frecuencia las manifestaciones de una patología psiquiátrica posiblemente premórbida y que tal vez no hubiese aflorado sin el consumo crónico de cocaína, o posiblemente hubiese tardado más tiempo en aparecer.

A la hora del abordaje terapéutico de la adicción o el abuso de cocaína en un principio se hizo con el modelo de las drogas ilegales como la heroína ó el cannabis, lo que originó no pocos fracasos asistenciales, ya que los propios afectados, si previamente no eran consumidores de heroína, no se sentían identificados ni comprendidos, al mismo tiempo que se resistían a que los encuadraran dentro del marco de los “drogadictos”, porque no se consideraban excluidos sociales y presentaban en general un patrón de vida más normalizado y menos delictivo.

Sin embargo, aquellos consumidores que asociaban el consumo mixto de heroína y cocaína se adherían al tratamiento con más facilidad que los anteriores, sin que ello quiera decir que obtuvieran resultados más satisfactorios que los que procedían del consumo de cocaína sin haber pasado por consumo de heroína, aunque en su mayoría siempre por consumo abusivo de alcohol.

Este hecho, nos ha llevado a comprender que para el abordaje clínico del abuso o dependencia de la cocaína, sea imprescindible recomendar una abstinencia absoluta de alcohol, aunque la persona afectada no cumpla criterios de dependencia al mismo, ya que el estímulo previo del consumo alcohólico ponga en una situación de máximo riesgo para terminar consumiendo cocaína, por el refuerzo positivo que presenta la formación del coca-etileno, demostrándose por experiencia clínica, que obtienen más éxitos terapéuticos cuando se trabaja con este modelo y los periodos de abstinencia son mucho más alargados en el tiempo, produciéndose la recaída de consumo cuando se inicia el consumo alcohólico y en un entorno de consumo recreativo ó ante situaciones personales de conflicto que puede no ser real, sino elaborado como mecanismo de racionalización.

Para los profesionales que se dedicaban a las conductas adictivas se planteaba un problema importante, ya que no disponían del modelo asistencial adecuado, ni de las herramientas terapéuticas que pudiesen contrarrestar farmacológicamente el craving al consumo tremendamente compulsivo de la sustancia ni de antagonistas o interdictores que bloqueasen ó previniesen el consumo de cocaína.

La adulteración que presenta la cocaína con sustancias como procaína, benzocaínas, metil-anfetamina y otros, es interesante tenerla en cuenta a la hora de diseñar un abordaje terapéutico, así como la vía de consumo y la asociación a otras drogas.

La historia nos demuestra que esta droga no irrumpe en nuestra civilización hasta bien avanzado el siglo XIX, y cuando se incorpora a Europa pierde el carácter de droga asumida y cambia en la forma de consumo, ya que pasa de ser una sustancia consumida masticando directamente la hoja de la planta a estar elaborada en laboratorio, con lo que aumenta el poder de concentración de alcaloide.

Comienza utilizándose con fines terapéuticos, incluso para combatir la adicción a la morfina, pasando posteriormente a comercializarse en numerosos productos tan variados como el vino ó el paté, comenzando el tráfico ilegal, cuando tras la Primera Guerra Mundial, pasa a manos civiles.

La vía de administración condicionará el tiempo en desarrollar la dependencia a la sustancia, ya que la forma de consumo masticada va a proporcionar menor cantidad de principio activo a nivel sanguíneo que si la vía de administración es endovenosa.

#### Las vías habituales de administración:

- Oral (masticada)
- Esnifada
- Endovenosa
- Speed-ball (asociada a heroína)
- Fumada e inhalada al mismo tiempo.

#### Formas de consumo:

- Base-libre (Free-base): Inhalación de vapores, producido por el calentamiento de clorhidrato de cocaína con bicarbonato sódico.
- En forma de crack: Clorhidrato de cocaína con agua más bicarbonato sódico pero realizando el calentamiento en una superficie plana, lo que origina una absorción rapidísima consiguiendo casi de inmediato altas concentraciones en el cerebro.
- También existe su uso por vía tópica por el carácter anestésico que posee, aunque su uso está menos difundido y en muchas ocasiones tiene un sentido más ritual, como por ejemplo su aplicación genital tópica en ciertos rituales eróticos.

En cuanto a los patrones de uso (según Schnitman M.D.): podemos diferenciar cinco patrones definidos:

- Consumo circunstancial: En general son personas que generalmente no consumen drogas, excepto algún consumo moderado de alcohol, que por curiosidad ó en un acto social presentan un consumo esporádico, y que en muchos casos no se vuelve a producir. El peligro de este consumo es la ritualidad, que puede condicionar nuevos consumos ante situaciones semejantes.
- Consumo laboral: Este tipo de consumidor busca eliminar la timidez y las inhibiciones de carácter que su perfil depresivo les produce. Lleva una relación directa con aquellas personas que requieren un constante estado de vigilia y agresividad en su trabajo, como cargos directivos de empresas y profesionales liberales. Comienzan en general evitando el consumo durante la mañana, en la que se estimulan con café ó estimulantes más leves y la toman por la tarde, cuando se produce un agotamiento de la capacidad de vigilia y mayor cansancio, aunque posteriormente llegan a un consumo que incluye las mañanas y las tardes.
- Consumo de fin de semana: Caracteriza a este tipo de consumidores tener una ceremonia social concreta, el llamado “viernes cultural” o “la noche de fiesta”, en la que habitualmente se mezclan consumo de alcohol y de estimulantes como anfetaminas basura ó cocaína, habiendo pasado en los últimos años a la noche del jueves en población como la estudiantil universitaria ó funcionarios desplazados a capitales de provincia, que reivindican la noche del jueves, ya que generalmente, al día siguiente se trasladan a su ciudad de origen, donde celebran la noche del viernes con el patrón que estamos describiendo.
- Consumo situacional: Son los consumidores relacionados con la cocaína por razones comerciales, generalmente son distribuidores y que presentan una gran disponibilidad a la sustancia.
- Consumo compulsivo: Son consumidores que presentan con gran frecuencia un trastorno del control de los impulsos, lo que les lleva un consumo continuado, pasando el resto de actividades y relaciones a un segundo plano. Pueden llegar a tomar grandes cantidades diarias de la sustancia que acaba siendo el único objetivo de su vida y a un nivel de marginación importante.

En general, según el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías se produce un aumento paulatino del uso de la cocaína, un

aumento de la disponibilidad y un aumento de los problemas generados por el consumo de esta sustancia en todos los países europeos.

En nuestro país se ha producido un aumento importante, sobre todo en los jóvenes y afecta a grupos de edades de ambos sexos, habiendo otro grupo de adultos de mayor edad que se inician en el consumo recreativo ó como consumidores para poder mantener un mayor nivel de actividad laboral y mayor agresividad empresarial.

Al mismo tiempo se detecta una mayor demanda de tratamiento en usuarios de cocaína que se preveía desde hace más de cinco años y que sin embargo no llegaban a la red asistencial por el silencio clínico que presenta la sustancia y que en la actualidad se refleja en un incremento de casos de urgencias hospitalarias y en las demandas asistenciales sobre todo en centros específicos, así como una elevación del número de muertes como consecuencia de reacciones agudas al consumo de cocaína.

Sin embargo el consumo de cocaína actualmente se encuentra muy por debajo del alcohol, el tabaco ó el cannabis, que son drogas de consumo más tradicional, aunque se observa que cada vez con más frecuencia, aparecen policonsumidores que asocian estas cuatro sustancias, además de los psicoestimulantes menores y que sobre todo los más jóvenes presentan una menor percepción de riesgo ante el consumo de estas sustancias.

A nivel europeo, puede comprobarse que el perfil del consumidor de cocaína es el de un individuo socialmente integrado, de entre 20 y 40 años, que presenta un nivel económico y sociocultural superior a la media, que realiza consumos dentro de un contexto recreativo y social y que sólo una parte de los consumidores presentan un consumo problemático, aunque a esta afirmación habrá que tener presente el silencio clínico que presenta su consumo, teniendo que esperar algunos años para comprobar si los usuarios de este perfil no desarrollan una adicción con el transcurso del tiempo.

Por otro lado tenemos que considerar el consumo de cocaína asociado a heroína, que se realiza por un tipo de población mucho más marginal y que la adquiere por una red de distribución distinta, que actualmente se encuentra en crecimiento, con una vía de administración distinta, por vía intravenosa, en forma de crack ó fumada "en plata", que se acercan mucho más al usuario de drogas por vía parenteral ó lo que conocemos como el heroinómano clásico.

En países como Francia, Reino Unido u Holanda se detecta un aumento importante de los consumidores de crack, siendo mucho menos importante en países como Alemania ó España.

En las encuestas realizadas por el Plan Nacional de las Drogodependencias entre 1994 y 2000 se puede comprobar que se ha experimentado un crecimiento tanto del consumo experimental como del consumo regular, siendo el primero duplicado y el más regular un 2.2 veces. Aunque hay que destacar que en el periodo 1998-2000, se ha asistido a un leve descenso de los consumidores habituales de cocaína.

El incremento de consumo juvenil afecta por igual a toda la población, sin distinción de sexo, aunque en el caso de las chicas se observa una tendencia a la disminución del consumo.

El aumento de consumo en jóvenes se produce con más intensidad en los más jóvenes, ya que en jóvenes de 16 años ha aumentado en 3 veces y en los de 14 años hasta 4 veces más.

Estas encuestas, cuando abordan a población general, obtienen que el consumo de cocaína afecta en menor grado de crecimiento que a la población escolar, siendo los más consumidores los incluidos entre los 20-24 años y los 30-34 años y que además tienen una continuidad en el consumo, ya que en estos tramos las personas que habían consumido cocaína alguna vez, lo habían hecho en el último mes en un 19.3 %.

En Andalucía, según el último informe de la Oficina del Comisionado para las Drogodependencias (Los andaluces ante las drogas VII. Abril de 2.002), el consumo de cocaína ha aumentado desde 1.999 en un 1.8%, habiendo disminuido la edad en el inicio del consumo, presentando una diferencia importante por sexo, siendo un 8.3 de hombres frente a un 2.3 de mujeres (1999), con una tendencia a disminuir en los últimos años entre sexos y un aumento a la repetición del consumo.

Ante este panorama, deberíamos plantearnos la manera de acceder a los usuarios de todas las edades, con especial incidencia en los más jóvenes, para abordar una patología que tardará mucho tiempo en demandar asistencia especializada y que muchas veces aparecerá por las complicaciones asociadas o cronificada de tal forma que tendrá difíciles soluciones.

Una propuesta posiblemente eficaz, sería utilizar las estrategias de acercamiento a los grupos juveniles, similar a las que se utilizan con grupos marginales, mediante la formación de líderes juveniles, debidamente entrenados, que pudiesen realizar una información directa de las consecuencias reales del consumo de esta sustancia en el entorno de su medio de diversión y en ofertar alternativas válidas incompatibles con el consumo. Para ello sería necesario una formación específica en la materia y en actividades lúdicas atractivas, así como un lenguaje apropiado y

próximo al estilo de diversión de los recién iniciados, así como un perfecto conocimiento de la red asistencial y sus posibilidades, para no defraudar expectativas que después no sean viables.

La prevención del consumo de alcohol es fundamental, ya que casi siempre va asociado al consumo de cocaína, siendo el estímulo iniciador y uno de los factores que desencadenan la búsqueda del efecto que produce el coca-etileno, aunque no se produzca la circunstancia de la dependencia alcohólica.

Los controles toxicológicos de consumo de cocaína similares a los del consumo de alcohol en los eventos sociales, donde se conoce a ciencia cierta que se producen de forma sistemática, sobre todo para la conducción de vehículos de motor, podrían ser un medio de disuasión que evitarían complicaciones en accidentes y muertes de tráfico, aunque se tendría que valorar la posibilidad no solamente sancionadora del consumo, sino el incentivar a aquellos jóvenes que den controles negativos con premios como refuerzo a una diversión sana fuera del consumo de sustancias adictivas.

En cuanto al tratamiento farmacológico, aún no existen criterios unificados sobre la eficacia de los fármacos a utilizar de forma selectiva, pues se han ensayado distintos protocolos con resultados diversos según los distintos autores, aunque parece revelarse como fármacos eficaces los ISRS y los antipsicóticos atípicos, asociados a ansiolíticos, y siempre que se haga una contención del consumo alcohólico, para lo que es conveniente utilizar interdictores como el disulfiram ó la cianamida, siempre dentro de un marco terapéutico más amplio donde se practique una psicoterapia reglada tanto al afectado como a su familia, sin lo cual no tendría muchas posibilidades de éxito.

## CONCLUSIONES

- El aumento del consumo de cocaína es un hecho constatado en nuestro país, presentando un índice superior de consumo que en el resto de la Comunidad Europea.
- Se produce una disminución del inicio de la edad de consumo tanto a nivel nacional como en las distintas comunidades autónomas.
- La mujer se incorpora de forma importante al consumo de cocaína, disminuyendo las diferencias con los hombres.
- Se presentan dos grupos muy diferenciados en el patrón de consumo, según se asocie a heroína ó se inicie como consumo recreativo ó para conseguir una mayor actividad social ó profesional.
- Aparecen nuevas vías de distribución, lo que permite una mayor disponibilidad y por tanto un mayor número de usuarios.
- Cada vez es más frecuente la asociación a otras sustancias como psicoestimulantes menores, cannabis, tabaco y alcohol.
- Las demandas asistenciales aumentan en los últimos años básicamente por dos motivos: Aumento del número de consumidores y por consumidores que tras un silencio clínico desarrollan una adicción que no les permite el control de la sustancia.
- Aparece un grupo de consumidores de edad más avanzada que se incorporan al consumo por motivos laborales ó secundarios a un consumo de alcohol como droga primaria para paliar sus efectos y que tras un período más dilatado crean una adicción a la cocaína.
- Se detecta un escaso consumo de crack en nuestro país frente a estados como Francia, Reino Unido ó Francia.
- Se detecta un aumento del consumo por vía parenteral que le imprime un nuevo carácter de marginalidad.
- La prevención del consumo en grupos juveniles es una necesidad inmediata, para evitar la cronificación de la adicción y las complicaciones psiquiátricas y sociales que pueden condicionar. Para ello pueden ser útiles las estrategias de acercamiento, mediante la formación de líderes juveniles que puedan intervenir desde dentro.
- Pueden ser útiles los fármacos actualmente utilizados para tratar las patologías directamente relacionadas con la falta del control de los impulsos, como son los antipsicóticos atípicos

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- Bobes J. y cols. (2.001). *“Epidemiología del uso/abuso de cocaína”*. Monografía cocaína. Adicciones. Vol 13, suplemento 2. 2..01. (pág.. 23 -38).
- Calafat A. y cols. (2001) *“Vida social de la cocaína”*. Monografía cocaína. Adicciones. Vol 13, suplemento 2. 2001 (pág. 61 – 103).
- Informe de la Consejería de Asuntos Sociales de la junta de Andalucía. *“Los andaluces ante las drogas VII”*. Rueda de prensa. Inédito. Sevilla. Abril 2.002.
- Larger Brancolini F. Y cols. (2.002). *“Manual de drogodependencias para profesionales de la salud”*. Ediciones LU. Barcelona (pág.. 113 – 134).
- Navarro Botella J. (1.999). *“Los andaluces ante las drogas VI”*. *“La cocaína”*. Junta de Andalucía. Consejería de Asuntos Sociales. Comisionado para las drogas. (Págs. 75 -79)
- Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta sobre drogas a la población escolar, 1994. Madrid. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas. 1.995.
- Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta sobre drogas a la población escolar. 1996. Madrid. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. 1.997
- Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta sobre drogas a la población escolar, 1.998. Plan Nacional sobre Drogas/Internet.2.000.
- Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta sobre drogas a población escolar. PNSD/Internet. 2001
- Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta domiciliaria sobre uso de drogas,1.999.Madrid. Delegación del Plan Nacional sobre Drogas. 2.000.
- Plan Nacional sobre Drogas: Informe sobre la situación de la cocaína en España. Abril 2001. PNSD/Internet. 2.001.