



emcdda.europa.eu

Drogas en el punto de mira

ISSN 1681-6307

Nota del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías

El consumo de cocaína en Europa: implicaciones de la asistencia

Se calcula que 12 millones (3,5 %) de adultos europeos de 15 a 64 años han probado la cocaína y que 4,5 millones (1,3 %) la han consumido el último año. En términos generales, en el último decenio han surgido en Europa problemas relacionados con la oferta y el consumo de cocaína, y los precios han bajado. Sin embargo, esta tendencia general enmascara una notable variación entre los distintos países. En algunos, como el Reino Unido, España e Italia, el consumo de cocaína ha experimentado un incremento considerable, mientras que en otros, especialmente en los de la

Europa oriental, el consumo es muy limitado.

El consumo de cocaína plantea nuevos desafíos a los servicios de tratamiento de las drogodependencias en Europa. Pese a que estos servicios pueden aprovechar la experiencia recabada en la respuesta a otros tipos de problemas relacionados con las drogas, la farmacología de la cocaína, la diversidad social de los consumidores y el consumo simultáneo de otras sustancias psicoactivas complican el desarrollo y la aplicación de medidas. Además, a diferencia de lo que sucede con el

consumo de opiáceos, actualmente no existe ningún tratamiento farmacológico ni de sustitución de eficacia demostrada para los adictos a la cocaína.

En este artículo se abordan algunos aspectos importantes para la asistencia a los consumidores de cocaína. ¿Qué debemos hacer para llegar a los diferentes grupos de consumidores y para ayudarlos? ¿Qué tipo de tratamiento debería proporcionarse a los adictos a la cocaína? ¿Es necesario crear nuevos servicios especializados o hay que adaptar los existentes?

Definición

La **cocaína** es la sal de hidrocloreto producida de las hojas de la planta de la coca (*Erythroxylon coca Lam*), que se cultiva principalmente en América del Sur. La cocaína en polvo normalmente se esnifa y, con menor frecuencia, se inyecta. Produce euforia, suprime el apetito y tiene múltiples efectos negativos en la salud (véase «Problemas de salud»).

El **crack** es la forma de la cocaína que se fuma y se elabora a partir del hidrocloreto de cocaína. Se conoce por sus efectos inmediatos y se asocia a pautas de consumo problemáticas.

Algunos aspectos fundamentales

1. El año pasado 4,5 millones de adultos europeos (1,3 %) consumieron cocaína. El consumo de cocaína ha mostrado una tendencia al alza durante el último decenio, aunque con variaciones entre los Estados miembros de la UE; las cifras oscilaron entre el 0,1 % y el 3,0 % de la población.
2. El consumo de cocaína puede provocar dependencia, y la demanda de tratamiento relacionada con la cocaína ha crecido. El consumo de cocaína se asocia a problemas psiquiátricos, cardiovasculares y de otros tipos. El consumo por vía parenteral comporta el riesgo de contagio de enfermedades transmitidas por la sangre, como la infección por el VIH y la hepatitis C.
3. Se han identificado tres grupos esenciales de consumidores de cocaína problemáticos: personas bien integradas en la sociedad; consumidores de opiáceos, algunos de cuales reciben tratamiento de sustitución; y consumidores de crack marginados.
4. Las pautas de consumo de droga, el estado de salud y las condiciones de vida varían en estos grupos. Sus necesidades van desde el acceso a información acerca de los riesgos relacionados con la cocaína hasta intervenciones específicas de tratamiento o de reducción de daños.
5. Las medidas adoptadas actualmente frente a los problemas relacionados con la cocaína se sirven en gran medida de los servicios existentes dirigidos al consumo de opiáceos y de drogas en zonas recreativas. Es necesario adaptar estos servicios existentes para satisfacer las necesidades específicas de los consumidores de cocaína y de crack.
6. Las mejoras podrían comprender: estrategias específicas centradas en la cocaína y el crack; educación e investigación en el tratamiento de la adicción a la cocaína; intervenciones de proximidad; servicios de tratamiento adaptados para grupos específicos de consumidores de cocaína y crack.

1. Aumento del consumo de cocaína en Europa

La cocaína es la segunda droga con la que más se trafica en el mundo, después del cannabis. Se calcula que en 2005 se incautaron 752 toneladas en todo el mundo y 107 en Europa; cerca de la mitad de todas las incautaciones de Europa se realizaron en España. En total, las cantidades aprehendidas y el número de incautaciones han aumentado desde el año 2000 en Europa, llegando a unas 70 000 en 2005. Los precios medios de la cocaína han descendido en casi todos los países que han facilitado información.

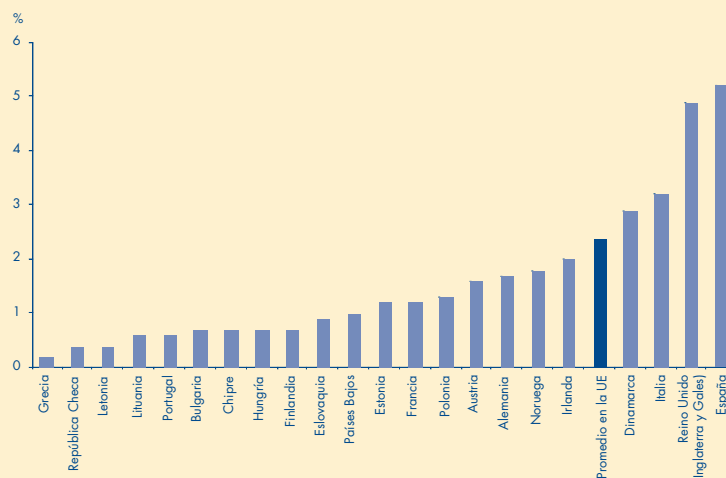
Las encuestas de población general muestran un crecimiento del consumo de cocaína en muchos países de la UE, si bien es posible que esté disminuyendo en algunos Estados miembros donde la prevalencia es más alta (Reino Unido, España). El consumo de cocaína es más frecuente entre los adultos jóvenes de 15 a 34 años (gráfico 1) y entre los varones. Esta droga suele consumirse junto con otras drogas ilícitas y alcohol.

2. Problemas de salud

Se ha constatado que el consumo de cocaína tiene efectos negativos para la salud, sobre todo, entre los consumidores frecuentes. Sin embargo, sigue siendo complicado calcular la magnitud de la morbilidad y la mortalidad relacionadas directamente con el consumo de cocaína.

La cocaína y el crack actúan sobre el sistema de recompensas del cerebro y su consumo repetido puede causar dependencia. Se trata de la droga citada en tercer lugar entre los motivos para solicitar tratamiento por drogodependencia en la UE, suponiendo alrededor del 13 % de todas las demandas de tratamiento en 2005. No obstante, hay variaciones considerables entre unos países y otros. En España y los Países Bajos, la cocaína representa el 40 % y el 35 %, respectivamente, de todas las demandas de tratamiento, mientras que esta cifra es del 0 % en Finlandia y del 0,1 % en Lituania. El número de demandas de tratamiento relacionadas con el consumo de cocaína ha aumentado en los últimos años, sobre todo, entre los pacientes que solicitan tratamiento por primera vez (gráfico 2). En 2005 más de una de cada cinco demandas de tratamiento por primera vez (21,5 %) estuvo relacionada con la cocaína.

Gráfico 1. Prevalencia del consumo de cocaína el pasado año entre los adultos jóvenes (de 15 a 34 años) en Europa



Fuente: Boletín estadístico del OEDT, gráfico GPS-38.

El consumo de cocaína, tanto ocasional como prolongado, combinado a menudo con otras sustancias, puede provocar diversos trastornos (cardiovasculares, cerebrovasculares, neurológicos, psiquiátricos, etc.). El consumo por vía parenteral comporta además el riesgo de contagio de enfermedades transmitidas por la sangre, como el VIH y la hepatitis C. No se notifican con frecuencia muertes súbitas por una sobredosis de cocaína y, en los casos excepcionales en que se hace, se menciona un contacto masivo con la droga. Las muertes por cocaína que más se notifican son consecuencia de su toxicidad a largo plazo, que provoca complicaciones cardiovasculares y neurológicas.

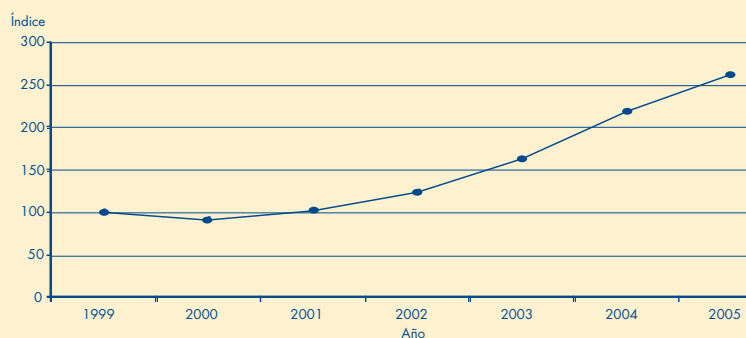
3. Diferentes grupos de consumidores

Los consumidores de cocaína están repartidos en diversos grupos sociales.

Por ejemplo, las encuestas realizadas en locales nocturnos indican una prevalencia de 5 a 20 veces mayor entre quienes frecuentan estos clubes que en la población general. En los estudios de consumidores de cocaína que no reciben tratamiento, los datos demográficos se corresponden habitualmente con un consumidor culto e integrado en la sociedad. Es más, los estudios y los datos sobre tratamiento permiten diferenciar tres perfiles o grupos distintos de consumidores de cocaína problemáticos.

El primer grupo consume cocaína en polvo sola o combinada con cannabis, alcohol o ambos. Está formado en su mayoría por varones, que a menudo reciben tratamiento a instancias del sistema de justicia penal o por la presión de la familia y la sociedad. Suelen estar bien integrados en la sociedad, tienen condiciones de vida estables y un empleo fijo.

Gráfico 2. Evolución del número de demandas de tratamiento por primera vez debidas principalmente a la cocaína en veinte países de la UE (partiendo de un índice del 100 % en 1999)



Veinte países: BG, CZ, DK, DE, GR, ES, FR, IE, IT, HU, MT, NL, PL, PT, RO, SI, SK, FI, SE, UK incluidos.

El segundo grupo consume opiáceos y cocaína. Sus integrantes fueron, o todavía son, consumidores de heroína que han desarrollado además problemas relacionados con la cocaína. Algunos pueden estar recibiendo tratamiento de sustitución. Los estudios nacionales centrados en los consumidores de cocaína en tratamiento señalan que este grupo suele ser el más numeroso.

El tercer grupo consume *crack*, a menudo combinado con opiáceos. Sus integrantes suelen estar muy marginados y cuenta con un elevado porcentaje de miembros de minorías étnicas y de personas sin hogar, desempleadas o con condiciones laborales precarias. Es el grupo más pequeño de los tres (2,5 % de todos los pacientes europeos en tratamiento) y sólo se ha identificado en algunos lugares.

4. Las necesidades de los diferentes grupos de consumidores

Los consumidores de cocaína y *crack* representan una población heterogénea con necesidades específicas que pueden precisar servicios adaptados a sus necesidades. Los consumidores de cocaína en polvo integrados en la sociedad necesitarían estar mejor informados sobre los riesgos relacionados con esta droga. Es posible que se muestren reticentes a comenzar o continuar el tratamiento junto con drogodependientes marginados y que piensen que los pacientes que acuden a estos servicios cargan con un estigma.

Entre los adictos a la cocaína que también consumen heroína o que reciben tratamiento de sustitución, el consumo continuo de cocaína puede afectar al programa de tratamiento y, más adelante, poner en peligro los resultados finales si no se soluciona a tiempo. Igualmente, el consumo simultáneo de alcohol y los trastornos psiquiátricos y de la personalidad concomitantes (agresividad, psicosis aguda y conducta paranoide) observados con frecuencia en los pacientes cocainómanos representan problemas importantes para el personal y los médicos. El consumo simultáneo de varias sustancias también eleva notablemente el riesgo de padecer otros problemas de salud y el riesgo de muerte en esta población.

Por último, el *crack* es una droga frecuente en las poblaciones marginadas y necesitadas (por ejemplo, personas sin

hogar o prostitutas). Estas poblaciones muestran una amplia variedad de problemas sociales y de salud y es difícil llegar a ellos. Solicitan tratamiento y apoyo en las fases más avanzadas de su dependencia, por lo que resulta más complicado tratarlos.

5. Políticas e intervenciones

Hay muy pocas estrategias antidroga dirigidas específicamente al consumo de cocaína y de *crack*, y sólo el Reino Unido e Irlanda han desarrollado estrategias a escala nacional y/o local. La mayoría de los países europeos señalan que los consumidores de cocaína pueden obtener información acerca de la cocaína y de sus riesgos a través de varias fuentes, como páginas web, líneas telefónicas de ayuda e intervenciones en locales nocturnos.

En algunas ciudades, en especial en aquellas donde el consumo de *crack* es elevado, las agencias para la reducción de daños también facilitan intervenciones de proximidad.

En la actualidad, el tratamiento de la adicción a la cocaína más usado en Europa se presta en centros ambulatorios orientados básicamente a las necesidades de los consumidores de opiáceos. No obstante, los consumidores de cocaína integrados en la sociedad son proclives a solicitar ayuda a través de otros profesionales sanitarios, como médicos generales o clínicas privadas. Los países que cuentan con poblaciones numerosas de consumidores de cocaína están cada vez más interesados en prestar servicios adaptados expresamente a estos consumidores.

En una revisión reciente de la bibliografía sobre el tratamiento de la adicción a la cocaína, el OEDT comprobó que todavía no hay disponible ningún tratamiento farmacológico eficaz, pero que los resultados preliminares de los ensayos experimentales recientes (por ejemplo, topiramato, vacunas contra la adicción a la cocaína) son prometedores. Las intervenciones cognitivas y conductuales, como la psicoterapia cognitiva y del comportamiento, las entrevistas de motivación y las estrategias de refuerzo comunitario, combinadas a veces con la gestión de imprevistos (por ejemplo, incentivos basados en vales), han sido sumamente eficaces para reducir y prevenir el consumo futuro de cocaína. No obstante, estas estrategias y las investigaciones sobre su eficacia proceden casi exclusivamente de los

Estados Unidos, por lo que se necesita urgentemente investigar si son aplicables a Europa.

6. Un paso adelante

En lo que a política se refiere, es necesario desarrollar estrategias de servicios dedicados exclusivamente a los consumidores de cocaína o *crack* en zonas donde la magnitud del problema merezca una respuesta concertada y exhaustiva, por ejemplo, en algunos países y ciudades de Europa. En otros lugares, las políticas antidroga deberían abordar la diversidad creciente de las pautas de consumo de drogas y las necesidades de los consumidores problemáticos.

El tratamiento de la adicción a la cocaína se basa fundamentalmente en intervenciones psicosociales, y muchos médicos utilizan fármacos como apoyo. Sin embargo, hasta el momento no existe ningún medicamento eficaz para tratar la abstinencia de la cocaína y reducir la ansiedad. Por tanto, hay que conceder la máxima prioridad a la investigación y la educación en intervenciones psicosociales. Debería alentarse a los médicos a poner en común sus experiencias y buenas prácticas. También es necesario financiar las investigaciones de medicamentos y publicar los resultados con mayor rapidez, ya sean positivos o negativos. Por último, hay que evaluar a los adictos a la cocaína que reciben tratamiento de sustitución con opiáceos para comprobar que el consumo de droga no está relacionado con una dosis demasiado baja de metadona o de buprenorfina.

Las intervenciones dirigidas a los consumidores de cocaína problemáticos integrados en la sociedad y a los consumidores de *crack* marginados también plantean un desafío. En un reciente proyecto piloto irlandés se reveló que la renuncia de los adictos a la cocaína a acudir a programas orientados a los opiáceos podría evitarse ofreciendo acceso especial por las noches o inmediatamente antes y después del fin de semana. En cuanto a los consumidores de *crack* y las poblaciones marginadas de drogodependientes, debe concederse la máxima prioridad a las intervenciones de proximidad para la reducción de daños, combinadas con derivación a otros servicios.

Drogas en el punto de mira es una serie de informes publicados por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT), con sede en Lisboa. Estos informes se publican tres veces al año en las veintitrés lenguas oficiales de la Unión Europea, así como en turco y noruego. La lengua original es el inglés. Se permite la reproducción de cualquiera de los textos, siempre y cuando se mencione la fuente.

Si desea suscribirse gratuitamente, póngase en contacto con nosotros por correo electrónico: publications@emcdda.europa.eu

Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23-25, P-1149-045 Lisboa

Tel. (351) 218 11 30 00 • Fax (351) 218 13 17 11

info@emcdda.europa.eu • <http://www.emcdda.europa.eu>

Conclusiones y consideraciones relacionadas con la política

1. Es necesario desarrollar estrategias específicas que aborden el consumo de cocaína o de crack en zonas donde la magnitud del problema necesite medidas concertadas, como es el caso de algunos países y ciudades de Europa. En otros lugares, las políticas antidroga deberían abordar la diversidad creciente de las pautas de consumo de drogas y las necesidades de los consumidores problemáticos.
2. Es necesario desarrollar estrategias de prevención y reducción de daños relacionadas con el consumo de cocaína, en especial, información sobre los riesgos (trastornos cardiovasculares o psiquiátricos, toxicidad elevada de algunas formas de policonsumo de drogas). Deben dirigirse a consumidores ocasionales y habituales.
3. Pueden desarrollarse intervenciones para llegar y tratar a los consumidores de cocaína problemáticos integrados en la sociedad mediante la adaptación de los servicios existentes o, en algunos casos, prestando servicios de tratamiento especializados.
4. Los consumidores de crack y otras poblaciones marginadas de drogodependientes deben tener acceso a las intervenciones de proximidad para la reducción de daños, incluida la derivación a otros servicios.
5. En todos los centros de tratamiento, debería tener prioridad la educación en intervenciones psicosociales, ya que son las que han obtenido los mejores resultados. Debe alentarse a los médicos y a otros profesionales del ámbito de las drogas a que pongan en común sus conocimientos y sus mejores prácticas.
6. Hay que fomentar la investigación de intervenciones psicosociales y de nuevos fármacos para tratar a pacientes adictos a la cocaína. También es urgente comprender mejor el policonsumo de drogas en el que esté implicada la cocaína, además de sus múltiples variantes y sus consecuencias.

Fuentes principales

Decorte, T. (2000), *The taming of cocaine: cocaine use in European and American cities*, VUB University Press, Bruselas.

Horgan, J. (2007), *An overview of cocaine use in Ireland*, National Advisory Committee on Drugs and National Drugs Strategy Team, Dublín

Kraus, L. y otros (2004), *Epidemiologie, Prävention und Therapie von Kokainkonsum und Kokainbezogene Störungen: Eine Literaturübersicht*, IFT-Berichte Bd.144, Múnich.

OEDT (2007), *Treatment of problem cocaine use – a review of the literature*, Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, Lisboa.

OEDT (2007), *Annual report 2007: selected issue on Cocaine*, Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, Lisboa.

Pascual, F., Torres, M. y Calafat, A. (2001), *Monografía Cocaína, Adicciones* vol. 13, suplemento 2, Plan Nacional sobre Drogas, Madrid.

Prinzleve, M. y otros (2004), 'Cocaine use in Europe — a multi-centre study: patterns of use in different groups', *European Addiction Research* No 10, 2004, pp. 147–155.

Weaver, T. y otros (2007), *National evaluation of crack cocaine treatment and outcome study (NECTOS): a multi-centre evaluation of dedicated crack treatment services*, National Treatment Agency for Substance Misuse, NHS, Londres.

Información en Internet

OEDT, *drug profiles: cocaine and crack*

<http://www.emcdda.europa.eu/index.cfm?nodeid=25482>

National Institute on Drug Abuse: *Infacts on cocaine*

<http://www.nida.nih.gov/Infacts/cocaine.html>



Oficina de Publicaciones
Publications.europa.eu

EDITOR OFICIAL: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas

© Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2007

DIRECTOR: Wolfgang Götz

EDITOR: Peter Thomas

AUTORES: Frank Zobel, Roland Simon

GRAFISMO: Dutton Merrifield Ltd, Reino Unido

Printed in Belgium