

PREVENCIÓN DE ADICCIONES EN CANARIAS

COCAÍNA



Título

Guía de Prevención de Adicciones en Canarias. Cocaína.

Edita

Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias.
Servicio Canario de la Salud.
Dirección General de Salud Pública.

Coordinación técnica

Amelia María Hernández García.
Jefa de Servicio de Coordinación Técnica de Atención a las Drogodependencias.

María del Mar Velasco Villar.
Enfermera. Técnica del Servicio de Coordinación Técnica de Atención a las Drogodependencias.

Nicolás Perdomo Álamo.
Enfermero. Técnico del Servicio de Coordinación Técnica de Atención a las Drogodependencias.

Amalia García Suárez.
Operadora de Sistemas. Servicio de Coordinación Técnica de Atención a las Drogodependencias.

Elabora

Dr. Francisco Pascual
Presidente SOCIDROGALCOHOL. Responsable UCA Alcoi.

Socidrogalcohol.
Servicio de Atención a las Drogodependencias.

Edición

Noviembre de 2022

Diseño

Martín Gràfic

Web de referencia

https://bit.ly/3ccp7ZD_Drogodependencias

ISBN

978-84-16878-48-2



PRESENTACIÓN

La prevención y la sensibilización se entienden como herramientas cuyo objetivo es reducir los factores de riesgo (evitar que el consumo experimental y el uso esporádico se conviertan en uso continuado, previniendo la aparición de los consumos de riesgo y las consecuencias negativas en otras áreas) y aumentar los factores de protección (estilos de vida sana, ocio, formación, etc.), frente al consumo de drogas y otras conductas susceptibles de generar adicción.

IV Plan Canario sobre Adicciones (2022-2024).

La Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud ha elaborado la “Guía de Prevención de Adicciones en Canarias. Cocaína”, con la finalidad de ofrecer una herramienta que sirva para desarrollar y transmitir valores positivos a nuestra población.

Siguiendo los objetivos marcados en el IV Plan Canario sobre Adicciones, dentro del ámbito del ocio y el tiempo libre, destaca la promoción de un ocio saludable y responsable destinado a la difusión de hábitos de vida saludable. La información aportada a la ciudadanía es fundamental para que pueda adoptar decisiones y ser capaz de prevenir y canalizar situaciones vinculadas a riesgos relacionados con el consumo o abuso de las adicciones en nuestra comunidad.

El presente documento pretende aportar a la población en general información actualizada sobre datos epidemiológicos, riesgos del consumo, causas y consecuencias, enfoques terapéuticos, advertencias y consejos en relación al consumo de sustancias adictivas.

Esta guía pretende ser una herramienta para sensibilizar y concienciar a nuestra ciudadanía, permitiendo a la persona ser parte activa en la toma de decisiones en lo que respecta a los hábitos personales de cada uno, y en concreto en lo que respecta al uso y consumo de ciertas sustancias que pueden generar un problema de salud.

Conocer los riesgos y tomar consciencia de las consecuencias y repercusiones que pueden acarrear ciertos hábitos, es importante para que valoremos la necesidad de cuidar nuestra salud, el bienestar personal y el desarrollo integral del ser humano.

Desde esta Dirección General deseamos que esta “Guía de Prevención de Adicciones en Canarias. Cocaína” sea de utilidad para alcanzar una sociedad canaria más saludable, más informada y más sensibilizada.

José Juan Alemán Sánchez
Director General de Salud Pública
Servicio Canario de la Salud.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN3

CONCEPTO 7

EPIDEMIOLOGÍA..... 9

CAUSAS 10

DIAGNÓSTICO11

CONSECUENCIAS12

TRATAMIENTO..... 14

CÓMO ACTUAR17

DÓNDE AMPLIAR INFORMACIÓN19

CONCEPTO

La cocaína es un alcaloide de la hoja de la coca, por lo tanto, la coca y la cocaína no son sinónimos, aunque las hojas de coca contienen cocaína.

La cocaína es una droga estimulante que actúa sobre el sistema nervioso central, es uno de los 17 alcaloides que contiene la planta llamada *Erythroxylon coca*, una planta que se cultiva fundamentalmente en zonas con una temperatura y una altitud especial como puede ser el altiplano andino.

La coca es un arbusto de la familia de las eritroxiláceas, con hojas alternas, ovadas 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.

Para su cultivo son necesarios una altitud de entre los 500 a los 1.200 metros y un clima tropical y 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. 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. 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.

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, empleada 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 oxígeno y el hidrógeno: $C_{17}H_{21}O_4N$.

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 llevaría a utilizarla como remedio en algunas enfermedades. Uno de los primeros usos fue la anestesia local.

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.

La cocaína es un compuesto cristalino, 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 (disminuir el apetito) e inhibidores del sueño, se producen al actuar directamente sobre el hipotálamo, el sistema reticular ascendente y en el cerebelo.

Cuando la cocaína llega a los países europeos no llega en forma de planta como otras drogas sino ya convertida en polvo blanco que es lo que se conoce como cocaína, farlopa, perico.

La cocaína es una droga que actúa sobre el sistema nervioso central y provoca efectos estimulantes, por lo tanto, hablamos de una droga estimulante del sistema nervioso central.

Las personas que la consumen la suelen consumir en un contexto recreativo, de fiesta, para no notar el cansancio, para “divertirse más”, sentirse más fuertes, tener menos apetito.

Al fin y al cabo, es una droga que usan para mantenerse despiertos, lógicamente mientras hace efecto.

Por otro lado, es una droga que muchas veces no se consume sola, muchos de los consumidores empiezan “sus fiestas” o “sus momentos” con consumos de alcohol y como el alcohol es un depresor, cuando aparecen los efectos de éste empiezan a consumir la cocaína para contrarrestar este efecto tranquilizador o depresor de las bebidas alcohólicas.

También nos encontramos con un grupo de personas que no consumen exclusivamente en contextos de fiesta o recreativos y a veces los consumos los hacen en solitario y en su domicilio, cuando la familia se ha acostado, cuando se quedan solos, en estos casos debemos averiguar si esta persona puede tener algunas características personales que le hagan que se aísle y que necesite este punto de evasión para compensar determinadas carencias, a veces emocionales, fisiológicas o personales

De cualquier forma, no estamos hablando de una droga que sea inocua.

La cocaína se suele consumir esnifada, pero hay otra presentación de consumo fundamentalmente fumado, se trata de cocaína base “crack”, 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 sobre todo en EE.UU. se convirtió 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.

EPIDEMIOLOGÍA

Para hacer los estudios de prevalencia, es decir para saber la cantidad de personas que consumen drogas en España, se realizan 2 encuestas bienales y en años alternos, una dirigida a estudiantes de secundaria denominada ESTUDES y otra para población general entre 15 y 64 años, la encuesta EDADES.

Los datos que veremos a continuación se basan en estas dos encuestas estatales en sus últimas ediciones.

Se estima en 61.000 las personas (15 a 64 años) que consumieron cocaína (polvo y/o base) por primera vez en 2020, el mayor inicio de consumo tiene lugar entre los hombres menores de 25 años, habiendo empezado a consumir 3.000 menores de 15 a 17 años.

El 10,9% de la población de 15 a 64 años ha consumido cocaína en polvo alguna vez en su vida, el 2,5% en el último año y el 1,1% en los últimos 30 días. La prevalencia de consumo de

El patrón de consumo puede cambiar a lo largo del tiempo y consumidores sociales y esporádicos terminan en ocasiones siendo consumidores diarios y a veces con consumos en solitario

cocaína en polvo muestra un aumento respecto a 2018, confirmándose la tendencia ascendente iniciada en el año 2001.

Entre los consumidores, el 80'9% son hombres, siendo el grupo de edad de mayor consumo el comprendido entre los 25 y los 34 años, y el consumo es mayoritariamente en polvo.

En 2021, el 2,7% de la población de 14 a 18 años ha consumido cocaína (polvo y/o base) alguna vez en la vida, el 2,1% en el último año y el 0,6% en el último mes.

La prevalencia observada en el consumo de cocaína (polvo y/o base) en los últimos 12 meses muestra un valor máximo de 5,0% en los estudiantes de 18 años, mientras que en el resto de las edades las cifras adquieren valores por debajo del 3%.

El 64,1% de los consumidores son hombres, con una edad media de inicio en el consumo de 15,3 años. Al igual que con el cannabis, el consumo de cocaína (polvo y/o base) tiene una mayor prevalencia de consumo entre los chicos, con independencia de la edad.

En 2020 la cocaína se mantenía como la droga ilegal que causó un mayor número de admisiones a tratamiento (45,4% del total), en los servicios asistenciales españoles.

CAUSAS

El hecho de empezar el consumo de cocaína tiene fundamentalmente características sociales, utilizándola para sociabilizarse, ir de fiesta, divertirse, evadirse, compartir momentos con amigos y conocidos y sobre todo para estar en un ambiente determinado y es que la cocaína se ha convertido con el paso de los años en una droga cuyo consumo recreativo se ha hecho cada vez más frecuente en momentos de fiesta, especialmente entre la gente adulta joven.

Pero no olvidemos que al ser una sustancia que provoca a medio y a largo plazo una dependencia, el patrón de consumo puede cambiar a lo largo del tiempo y consumidores sociales y esporádicos terminan en ocasiones siendo consumidores diarios y a veces con consumos en solitario, lo que indica muchas veces la presencia de alteraciones de carácter, emocionales o incluso carencias afectivas.

DIAGNÓSTICO

Para hacer un diagnóstico, no se hace solamente midiendo los consumos, el diagnóstico de un trastorno por consumo de cocaína se hace a partir de los criterios diagnósticos DSM 5 que son los criterios de la sociedad americana de psiquiatría o los criterios CIE 11 que son los de la clasificación internacional de enfermedades que es la que se utiliza en Europa y es la que promueve la OMS.

Al igual que en todas las drogas, la persona que presenta una adicción, sigue consumiendo a pesar que ya sabe que tiene problemas, podemos observar el fenómeno de tolerancia, es decir la necesidad de consumir cada vez más cantidad para notar los efectos deseados o al revés, tomando la misma cantidad no se nota el efecto que la persona busca, podemos ver también como aparece el fenómeno del Craving, de deseo impulsivo o compulsivo de consumo, presentando esa necesidad imperiosa de consumir fundamentalmente en determinadas circunstancias

Sabemos que hay consumidores que pueden ser consumidores de todos los días, hay consumidores de fin de semana que en determinadas situaciones o circunstancias no pueden abstenerse, incluso para ir de fiesta no saben divertirse, no saben estar si no tienen ciertos consumos de cocaína. Otro criterio es la aparición del síndrome de abstinencia, acompañado de cansancio, ansiedad o incluso de distimia, sensación de disminución del estado de ánimo que a veces llega a profundizarse más y aparecer una verdadera depresión.

Para entendernos, el consumo continuado de cocaína puede desarrollar un cuadro clínico con manifestaciones fisiológicas, cognitivas y comportamentales en el que hay un deseo intenso o compulsión a consumir la sustancia, disminución de la capacidad para controlar el consumo (mayor cantidad, frecuencia o tiempo del previsto), tolerancia y síntomas de síndrome de abstinencia, abandono progresivo de otras fuentes de diversión o placer, fracaso en el intento de abandonar el consumo y persistencia de este a pesar de las consecuencias perjudiciales.

El diagnóstico de trastorno por consumo de cocaína se fundamenta principalmente en la historia clínica, obtenida del paciente y de fuentes cercanas (familia, amigos y registros médicos) cuando estén disponibles.

Como resumen, existen en el momento actual, dos sistemas de clasificación en psiquiatría, muy comunes en la práctica habitual, el DSM5, con especificaciones de gravedad según la cantidad de síntomas presentes (leve, moderado y grave). La CIE11, incluye el

consumo perjudicial y el síndrome de abstinencia dentro de los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cocaína.

CONSECUENCIAS

Por un lado, se producen consecuencias sociales, hasta el extremo de quedar aislado, provocando disrupciones en las relaciones con los amigos, en todo el ámbito familiar con conflictos entre la pareja y con los hijos, y no olvidemos que la cocaína no se consume exclusivamente, ni mucho menos, entre el género masculino cada vez es más frecuente que las mujeres, especialmente las jóvenes hagan consumos. Por otro lado, las consecuencias psicológicas son evidentes, estamos hablando de una sustancia que provoca primero euforia, pero cuando la persona deja de consumir pueden aparecer cuadros de ansiedad, de depresión o incluso de despersonalización, en este contexto podemos ver cómo algunos de los consumidores de cocaína son más propensos a tener distintas enfermedades psiquiátricas o al revés pacientes con una carga psiquiátrica suelen consumir más sustancias tóxicas y la cocaína es una de ellas.

Si hablamos de las consecuencias económicas, estamos hablando de los préstamos, de las deudas a los camellos, de los robos y de los hurtos y si seguimos con las complicaciones físicas ya hemos comentado principalmente el tema de las alteraciones cardíacas, la cocaína provoca taquicardia, e incluso esta aceleración del latido cardíaco puede provocar infartos, es decir la persona después de un consumo, sobre todo elevado de cocaína se puede jugar la vida. También es muy frecuente la aparición de derrames cerebrales, de ictus, y estos infartos cerebrales pueden provocar que parte del cerebro de la persona quede dañado y como consecuencia tenga limitaciones para distintas funcionalidades, sobre todo del movimiento, pero también de otras tareas ejecutorias y también cognitivas, y esto asociado con la relación que puede existir con distintas enfermedades psiquiátricas. Podemos añadir entre las complicaciones físicas de la cocaína la rabdomiolisis o rotura de las fibras musculares en consumos agudos o muy cronificados, y no olvidemos que uno de los primeros síntomas que pueden aparecer es toda la problemática relacionada con los sangrados nasales, ya que la cocaína es un anestésico potente, de hecho empezó a utilizarse, descubierto por Sigmund Freud y utilizado por un oftalmólogo, en las intervenciones oculares. Este efecto anestésico también es un efecto vasoconstrictor, es decir cierra los vasos sanguíneos, provoca sangrados nasales, ruptura del tabique nasal e incluso hemos visto en grandes consumidores, en personas que consumen mucha

cantidad o con demasiada frecuencia, una perforación del velo del paladar y comunicar la boca con la nariz, lo que les dificulta el poder tragar el poder comer con naturalidad, porque cuando comen a veces la comida se les sale por la nariz.

Hemos revisado los 3 tipos de consecuencias, sociales, físicas y psíquicas. A veces son los familiares los que acuden y les preocupa mucho el cambio de carácter, el cambio en los horarios de la persona, el que no acudan a casa o que lleguen más tarde de lo habitual, que gasten más dinero del debido, que no cumplan con sus obligaciones sociales o incluso laborales. Estas pueden ser las primeras señales de alarma.

La cocaína también provoca atención en urgencias, estando al mismo nivel que las producidas por el alcohol o el cannabis, y es que la cocaína está presente en 2020 en el 52,9% de las muertes por reacción aguda a drogas.

La principal urgencia es la intoxicación por cocaína, producida por el consumo agudo de esta sustancia, pudiendo producir a nivel del sistema nervioso central multitud de síntomas, fundamentalmente por acción sobre el sistema dopaminérgico, entre los que se encuentran elevación del estado de ánimo, aumento de energía, aumento del rendimiento, disminución de sensación de fatiga, hiperactividad motora, aumento de la fluidez verbal, junto con otros más negativos como ansiedad e irritabilidad, insomnio, anorexia, alteraciones en la percepción, alteraciones en la capacidad crítica y discriminativa, reacciones paranoides, conducta estereotipada, así como anhedonia y disforia tras el cese de consumo.

La intoxicación por cocaína puede acompañarse de taquicardia o bradicardia, dilatación pupilar, tensión arterial elevada o reducida, sudoración o escalofríos, náuseas o vómitos, pérdida de peso, agitación o retraso psicomotor, debilidad muscular, depresión respiratoria, dolor torácico o arritmias cardíacas, confusión, convulsiones, discinesias, distonías o coma.

Las alteraciones psíquicas y conductuales más comunes que precisan tratamiento son:

- Cuadros de agitación psicomotora, con agresividad, irritabilidad y síntomas periféricos de estimulación adrenérgica.

- Alteraciones sensoperceptivas que en altas dosis o población vulnerable puede provocar el desarrollo de una psicosis paranoide.

- Cuadros maniformes.

El diagnóstico de intoxicación se hace ante un estado transitorio que aparece durante o poco después del consumo de cocaína, y cursa con las alteraciones comportamentales, cambios psicológicos o alteraciones del estado afectivo clínicamente significativos reseñadas anteriormente.

En el tratamiento de la intoxicación por cocaína se recomienda priorizar el tratamiento con benzodiacepinas y evitar en lo posible los antipsicóticos. Su utilización en este contexto tiene un mayor riesgo de efectos extrapiramidales [hipersensibilidad de receptores dopaminérgicos], de aumentar el craving y de reducir el umbral convulsivo. El uso de antipsicóticos se reserva para:

- La presencia de sintomatología psicótica o maniforme. En estos casos se recomienda la utilización de antipsicóticos atípicos, excepto clozapina.
-
- Importante agitación psicomotriz. A mayor componente de agitación psicomotora existe un riesgo mayor de rabdomiolisis. Su presencia obliga a medidas de hidratación y alcalinización de la orina.
-

TRATAMIENTO

En 2020 se han registrado 17.490 admisiones a tratamiento por cocaína, de las cuales 15.357 eran por cocaína polvo y 2.122 por cocaína base.

El tratamiento ha de ser de forma voluntaria por lo tanto uno de los trabajos más importantes será el de motivar a la persona, procurar que se dé cuenta de las consecuencias del consumo de la cocaína ya que como hemos comentado no es una sustancia inocua que incluso a veces va acompañada del consumo de otras sustancias. Hay que tener mucho cuidado especialmente con el consumo de alcohol ya que el alcohol es un depresor del sistema nervioso central, nos desinhibe, nos baja nuestras capacidades a la hora de tomar decisiones, nos convierte en personas más laxas y puede ser la puerta de entrada hacia el consumo, incluso en una persona que ha recibido un tratamiento puede ser motivo de recaída, empezar con el alcohol y volver al consumo de cocaína, por lo tanto el consejo en una persona que es consumidora de cocaína y sobre todo si has recibido un tratamiento es el huir al máximo del consumo de bebidas alcohólicas o incluso abstenerse.

Los trastornos adictivos tienen tratamiento, pero el tratamiento se tiene que hacer siempre por profesionales especializados, no hay soluciones mágicas, no nos dejemos engañar por falsas promesas, por anuncios, ahora que las redes sociales están tan de moda que nos prometen lo que no es el tratamiento de una persona con un trastorno adictivo.

El proceso terapéutico debe durar como mínimo entre año o año y medio después de haber logrado los objetivos cumplidos, porque la meta no es solamente el abandono del consumo sino mantener la abstinencia y reestructurar la forma de vida de esta persona.

No existe un tratamiento farmacológico específico, para la cocaína por lo que podemos utilizar algunos medicamentos para tratar las enfermedades provocadas por consumo de sustancias, sabemos que algunos cuadros psiquiátricos que pueden originar un incremento en el consumo de esta sustancia. El tratamiento central de la adicción a la cocaína es el tratamiento psicológico consistente sobre todo en un cambio de hábitos, un cambio de conducta pero sobre todo a partir del propio reconocimiento por parte del consumidor del problema que tiene con el consumo de esta sustancia, de hecho el tratamiento que se adopta es un tratamiento sintomatológico, se tratan los síntomas de la privación, ese cuadro de ansiedad, de disforia es lo que solemos tratar para que la persona mejore, al mismo tiempo sí utilizamos algunos fármacos que no tiene indicación en ficha técnica, por lo tanto es un tratamiento “off label”, que tienen buenos resultados a la hora de trabajar con el “craving”, de disminuir el ansia de consumo, lo que ayuda a mantener la abstinencia y a veces si hay una comorbilidad psiquiátrica asociada se tiene que dar algún tipo de fármaco psiquiátrico para tratar de forma concomitante el trastorno cocaína y el trastorno psiquiátrico que pueda tener el paciente como causa o como consecuencia de sus consumos, pero como estamos diciendo son tratamientos inespecíficos a nivel farmacológico, por lo que el tratamiento más específico es el tratamiento psicológico.

El tratamiento psicológico va encaminado sobre todo a que la persona tenga un conocimiento mayor de lo que es su enfermedad, porque estamos hablando de enfermedades, el paciente cocainómano no es un vicioso, no es un delincuente, aunque pueda delinquir. El paciente con trastorno por consumo de cocaína es una persona que tiene una enfermedad y que por lo tanto debe de ser tratado como un enfermo. En primer lugar para que sea consciente de que la cocaína la ocasiona problemas muy importantes en su vida, que al final reconozca su propia enfermedad y que esté dispuesto a establecer una serie de cambios vitales, por lo tanto el cambio de grupo de amigos, el cambio de su forma de vida, de las actividades que hace, de los lugares de reunión y el poder detectar las

situaciones de riesgo, es decir aquellos factores que le pueden inducir al consumo, siendo consciente al mismo tiempo de las situaciones que le pueden proteger, por ejemplo ciertas actividades, deportivas, actividades para el uso de un tiempo libre saludable, actividades con la familia. Debe aprender a discernir quiénes son sus amigos, realmente sus amigos, aquellos que no le provocan situaciones de riesgo y por lo tanto no son personas tóxicas para él, reconsiderar su relación de pareja, con su familia y sobre todo trabajar desde el punto de vista motivacional.

No nos sirve en esos momentos el confrontar con el paciente, hay que acompañarlo durante el proceso, debemos motivarlo al cambio. El paciente debe tomar las decisiones por él mismo y el papel del terapeuta siempre debe ir encaminado a ayudarlo, a abrirle los ojos, para que él se dé cuenta de esa relación que tienen sus alteraciones en su calidad de vida y el consumo de la sustancia. No es un proceso ágil, es más bien lento, hay personas que dependiendo del grado de dependencia, que esto se puede medir con los criterios diagnósticos, necesitarán un tratamiento ambulatorio, individual o de grupo, tratamiento de pareja, o bien un enfoque familiar. Pueden necesitar el acudir a un centro de día, sobre todo cuando no tienen actividades cotidianas, cuando no tienen un proceso de sociabilización adecuado. Son efectivos y muy válidos los grupos de ayuda mutua porque complementan el tratamiento, disminuyen el número de recaídas y por lo tanto lo que hacen es mantener la abstinencia durante más tiempo. Cualquier familiar debe entender e incluso el propio paciente que la recaída a veces se puede producir, que no es deseable pero que existe y que no por ello hay que tirar la toalla en ningún momento, y es que a veces sirve de punto de inflexión para que la persona se dé cuenta de que aquello no se puede controlar y que no se trata de dejar consumir tres días y ya está, pensando que me encuentro bien y lo dejo cuando quiero, al contrario la persona debe de seguir trabajando en esos cambios vitales, al final probablemente el tema no está en dejar el consumo, aunque es la parte inicial, el punto de partida, sino en ver la persona que quiere hacer con su vida y con quién la quiere compartir.

Como hemos dicho, el tratamiento puede durar entre año o año y medio como mínimo y hay personas que incluso ni con estas estrategias lo consiguen, a veces es necesario un periodo de internamiento en una comunidad terapéutica entre 3 y 6 meses donde aislado de su medio ambiente pueda mantener un periodo prolongado de abstinencia y a partir de esa abstinencia y de alejarse del entorno que le pueda ser tóxico consiga de alguna forma darse cuenta realmente del problema y establecer los cambios necesarios.

Aunque al año o año y medio de tiempo podamos dar una alta terapéutica y considerar que la persona tiene el trastorno por consumo de cocaína en fase de remisión total y mantenida, hablamos de fase de remisión pero no hablamos de fase de curación, porque no es conveniente nunca que la persona crea que en algún momento pueda hacer un consumo puntual, porque probablemente este consumo puntual le llevaría de nuevo a poder establecer consumos como los que le llevaron a ponerse en tratamiento, por lo tanto nunca vamos a aconsejar a un paciente que se haya desintoxicado, que se haya deshabitado del consumo de cocaína, que esporádicamente, puntualmente pueda tener un consumo. Cualquier terapeuta cualificado desaconsejaría este consumo, pero no solamente desaconsejarlo sino lo que debemos transmitirle al paciente cuales realmente son estos riesgos, para que él sea quien conscientemente tomó la decisión de no consumir nunca más, de evitar por ejemplo también consumos de alcohol que como hemos dicho a veces van unidos al consumo de cocaína y pueden ser un verdadero disparador hacia otros consumos.

CÓMO ACTUAR

Si usted necesita más información o más ayuda sepa que la cocaína en España es una droga ilegal y no solamente en España sino en todos los países del mundo es una droga que no se puede producir en España, se trata de una droga que en el mercado negro alcanza un coste muy elevado y por lo tanto al consumidor le provoca una serie de daños económicos importantes, la cocaína es una sustancia que puede estar adulterada y que por lo tanto los consumidores a veces no son conscientes de lo que están consumiendo en ese momento.

Tras el cannabis es la segunda droga ilegal consumida en nuestro país, la cocaína provoca efectos, consecuencias sociales, psíquicas y físicas sobre la salud de la persona y sobre su entorno ya que las personas que viven alrededor del consumidor también sufren de forma indirecta estas consecuencias.

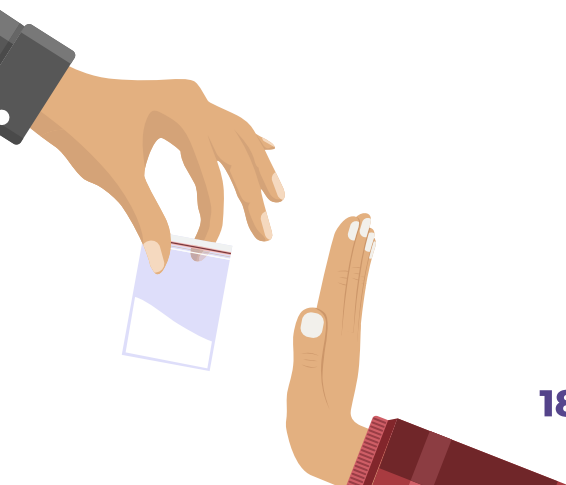
Cuando estamos delante de un trastorno adictivo en una persona adulta el único que puede tomar la decisión de ponerse en tratamiento de dejar de consumir es el propio adicto, en el momento que esa persona llega a consulta lo que solemos hacer es pedirle una batería analítica en la que incluimos los controles de drogas en orina, los solemos realizar dos veces a la semana porque la cocaína se elimina rápidamente por orina. Lejos de lo que cree

la gente que solicitan un análisis de sangre, deberíamos saber que la sangre para hacer un seguimiento no sirve más bien de poco, porque lo único que nos indica es un consumo puntual y reciente, de ese mismo día todo lo más del día anterior y cuando queremos hacer un seguimiento para ver si durante un periodo, por ejemplo durante la semana consume o bien en los fines de semana, lo que debemos hacer son controles de orina con una periodicidad pautada previamente

En la orina se determina o detecta un metabolito es decir una sustancia de la degradación de la cocaína que dura como entre 3 y 5 días en orina que es la benzilecgonina y esto nos puede servir como apoyo al seguimiento y para corroborar la abstinencia.

Si en su familia o usted mismo tiene un problema de este tipo, en primer lugar diríjase a su centro de atención primaria, allí los profesionales pueden hacer un diagnóstico, pueden iniciar una intervención breve y dar un consejo terapéutico y en todo caso pueden hacer una derivación al servicio de adicciones correspondiente de su Comunidad Autónoma para que pueda usted o su familiar ser orientado o tratado de la forma más profesional y más conveniente posible y por último piensen que no hay varitas mágicas que no hay píldoras milagrosas y que todo proceso para que una persona consiga dejar y mantener el consumo es un proceso que requiere su tiempo, nadie es adicto en dos días nadie puede obtener su rehabilitación en dos

Si necesita más información o más ayuda no dude en pedirla, hay una respuesta para este problema.



Pero es importante tener en cuenta los mitos que hay alrededor de la cocaína.

Mito	Realidad
La cocaína da marcha.	La cocaína tiene un efecto estimulante pasajero (dura entre 30 y 60 minutos) tras el cual se produce un bajón intenso que causa cansancio, decaimiento y depresión.
Mejora las relaciones con los demás ya que ayuda a desinhibirse.	Su consumo abusivo produce irritabilidad y agresividad, por lo que las relaciones sociales del consumidor se deterioran.
Las relaciones sexuales bajo los efectos de la cocaína son más satisfactorias.	El consumo habitual de cocaína disminuye el deseo sexual y ocasiona problemas de erección y eyaculación en los varones, pudiendo llegar a producir impotencia e infertilidad.
La cocaína es una droga menos peligrosa que otras sustancias.	Las consecuencias que produce sobre la salud física y psicológica de sus consumidores son muy graves. Asimismo, junto con la heroína, es la causa principal de numerosos actos delictivos y violentos.
No pasa nada si sólo se consume los fines de semana.	Consumir todos los fines de semana supone consumir más de 100 días al año, sin contar los periodos de vacaciones en los que también se consume, lo que conlleva un riesgo evidente. Por otro lado, hay que tener en cuenta que los efectos del fin de semana se prolongan y afectan a los días siguientes.
Su uso es fácil de controlar.	Es una de las drogas con mayor capacidad de generar adicción como se demuestra en el creciente número de personas que acuden a urgencias o a tratamiento por problemas relacionados con su consumo.

Mitos (fuente Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas).

DÓNDE AMPLIAR INFORMACIÓN

1. <https://pnsd.sanidad.gob.es/>
2. <https://socidrogalcohol.org/>
3. <https://nida.nih.gov/es>

PREVENCIÓN DE ADICCIONES EN CANARIAS

COCAÍNA

