



Este paquete informativo presenta los resultados de un estudio internacional sobre la cocaína elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y financiado por el Instituto Interregional de las Naciones Unidas para Investigaciones sobre la Delincuencia y la Justicia (UNICRI).

El material que se incluye no representa la opinión oficial de la OMS ni del UNICRI. Las conclusiones del estudio exigen una interpretación cautelosa, especialmente cuando se realizan comparaciones entre distintas sustancias y sus efectos nocivos para la salud. En modo alguno debe considerarse que la OMS o el UNICRI defienden el uso de alguna sustancia psicoactiva. Se reconoce que hay riesgos asociados al uso de todas estas sustancias.

Nota: esta traducción no es oficial. El uso del genérico masculino en el presente documento no supone ninguna discriminación por razones de género, sino que se asume como una característica de la lengua española.

AGRADECIMIENTOS

Nos gustaría expresar nuestro agradecimiento al Instituto Interregional de las Naciones Unidas para Investigaciones sobre la Delincuencia y la Justicia (UNICRI) y a la generosa aportación del Ministerio del Interior italiano.

En el Proyecto Cocaína de la OMS y el UNICRI han participado los investigadores siguientes:

Primera reunión de asesores del proyecto, Génova, 24-28 de agosto de 1992

Dr. Wilson Acuda, Zimbabwe	Sr. Anthony Henman, Reino Unido
Profesor Francesco Bruno, Italia	Dr. David C. Lewis, EE.UU.
Dr. Peter Cohen, Países Bajos	Dr. Michael MacAvoy, Australia
Dra. Patricia Erickson, Canadá	Profesor Michael Olatawura, Nigeria
Dr. Erik Fromberg, Países Bajos	Dr. John Saunders, Australia
Dr. Michael Gossop, Reino Unido	Dra. Elvia Velásquez de Pavón, Colombia

La ejecución y el desarrollo del Proyecto Cocaína de la OMS y el UNICRI estuvieron a cargo de los siguientes investigadores:

Comité asesor

Sra. Maria Elena Andreotti, UNICRI	Dr. David Lewis, Providence, EE.UU.
Dr. Mario Argandoña, OMS/PSA ¹	Dr. Michael MacAvoy, Sydney, Australia
Dr. Andrew Ball, OMS/PSA	Dr. Michael Olatawura, Ibadan, Nigeria
Profesor Francesco Bruno, Roma, Italia	Dr. Hernan Olivera, Cochabamba, Bolivia

Coordinadores de la investigación

Para el estudio de informantes clave y perfiles de países: Para el estudio de historia natural:

Sra. Julie Hando, Sydney, Australia	Sr. Aurelio Díaz, Barcelona, España
Sr. Bruce Flaherty, Sydney, Australia	Sra. Mila Barruti, Barcelona, España
Dra. Ruthbeth Finerman, Memphis, EE.UU.	

Revisión de los conocimientos actuales sobre cocaína

Profesor Francesco Bruno, Roma, Italia	Dr. Gianfranco Costanzo, Roma, Italia
Dr. Giancarlo Bascone, Roma, Italia	Dra. Francesca Fasoli, Roma, Italia
Dr. Giuliano Bestiaco, Roma, Italia	Dra. Paola Medde, Roma, Italia
Dra. Iliana Bona, Roma, Italia	Dr. Paolo Di Pasquale, Roma, Italia

Principales investigadores en los centros

Dr. Wilson Acuda, Harare, Zimbabwe	Dr. Elson Lima, Rio de Janeiro, Brasil
Dr. Bruce Alexander, Vancouver, Canadá	Dr. Michael MacAvoy, Sydney, Australia
Dr. Al Sayed Al Kott, El Cairo, Egipto	Dr. Vinicio Moreno, Quito, Ecuador

¹ Programa sobre Uso Indebido de Substancias de la OMS.

Dr. Bengt Andersson, Lund, Suecia
Dr. Bert Bieleman, Groningen,
Países Bajos
Dra. Marcela Butrino, Cochabamba, Bolivia
Dr. E.A. Carlini, São Paulo, Brasil
Dr. Don Des Jarlais, Nueva York,
EE.UU.
Dra. Galina A. Korchagina, San
Petersburgo, Federación de Rusia
Dr. Ibrahim Latheef, Male, Maldivas
Dr. Ho Young Lee. Seúl, República de
Corea
Dr. David Lewis, Providence, EE.UU.

Dra. Solange A. Nappo, São Paulo, Brasil
Dr. Rafael Navarro, Lima, Perú
Dr. Michael Olatawura, Ibadan, Nigeria
Dr. Hernan Olivera, Cochabamba, Bolivia
Dr. Arturo Ortiz, México DF, México
Dr. Craig Reinerman, San Francisco,
EE.UU.
Dr. Tony Toneatto, Toronto, Canadá
Dr. Robert Trotter, Flagstaff, Estados
Unidos
Dra. Kerstin Tunving², Lund, Suecia

Secretaría del PSA

Sr. Hans Emblad, Director, PSA
Dr. Mario Argandoña, Jefe, TAC³
Dr. Andrew Ball, Funcionario médico, TAC
Sra. Penny Ward, Secretaria, TAC
Sra. Luz Bancale, Secretaria, TAC

Preparación de resúmenes

Sr. Dave Burrows, Sydney, Australia
Dr. Ruthbeth Finerman, Memphis, EE.UU.
Sra. Aimee Gilliland, Memphis, EE.UU.
Sra. Hanni Hudson, Memphis, EE.UU.
Sra. Cynthia Martin, Memphis, EE.UU.
Sr. Scott Rutter, Memphis, EE.UU.

Este trabajo se ha podido realizar gracias a la colaboración de muchos usuarios de cocaína e informantes clave cuya colaboración se agradece enormemente.

² La Dra. Tunving falleció en 1994 y siempre se recordará su inestimable aportación al proyecto.

³ La unidad de Tratamiento y Atención del Programa sobre Uso Indebido de Substancias de la OMS.



Introducción y sumario

Entre 1992 y 1994, el Programa sobre Uso Indebido de Substancias de la Organización Mundial de la Salud (OMS/PSA), en colaboración con el Instituto Interregional de las Naciones Unidas para Investigaciones sobre la Delincuencia y la Justicia (UNICRI), efectuó el mayor estudio mundial sobre la cocaína hasta la fecha. El Proyecto Cocaína de la OMS y el UNICRI recogió información de 22 ciudades en 19 países sobre el uso de la cocaína y de otros productos de la coca, sobre sus usuarios, sobre los efectos en los usuarios y en la comunidad, y sobre la respuesta de los gobiernos ante el problema de la cocaína.

La información recopilada representa el mayor grueso de conocimientos actuales sobre el uso de cocaína a escala mundial. Este paquete está integrado por artículos breves que resumen los hallazgos del proyecto. El conjunto de descubrimientos del estudio estará disponible en una serie de documentos y publicaciones que la OMS/PSA publicará a lo largo del año 1995.

Las opiniones expresadas en estos resúmenes informativos son las de los investigadores que han participado en el Proyecto Cocaína de la OMS y UNICRI y, por lo tanto, no representan en modo alguno las posturas o recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.

Este paquete informativo contiene los siguientes resúmenes:

Resúmenes

Aspectos destacados

Resumen 1: Introducción y contexto

Resumen 2: Metodologías del proyecto

Resumen 3: Patrones de uso

Resumen 4: Consecuencias del uso

Resumen 5: Respuestas a problemas sanitarios

Resumen 6: Conclusiones

Resumen 7: Recomendaciones

Datos de países

Australia

Bolivia

Países Bajos

Nigeria

Brasil
Rio de Janeiro (Brasil)
São Paulo (Brasil)
Canadá
Colombia
Ecuador
Egipto
Maldivas
México
República de Corea

Perú
Federación de Rusia
España
Suecia
Estados Unidos de América
Flagstaff (EE.UU.)
Nueva York (EE.UU.)
Providence (EE.UU.)
San Francisco (EE.UU.)
Zimbabwe

Datos de contacto (para más información):

Hans Emblad (Tel: 791 4315)
Mario Argandoña (Tel: 791 4309)
Andrew Ball (Tel: 791 4792)

Programa sobre Uso Indebido de
Substancias
Organización mundial de la Salud
20, avenue Appia
CH 1211 Ginebra 27
Suiza
Fax: 791 4851



3 de marzo de 1995

Aspectos destacados

- El Proyecto Cocaína de la OMS y el UNICRI constituye el mayor estudio sobre cocaína realizado hasta la fecha. El estudio pudo llevarse a cabo gracias a la generosa colaboración del Ministerio del Interior italiano. El proyecto elaboró:
 - Perfiles de países en materia de cocaína de 19 países desarrollados y en desarrollo;
 - Estudios de informantes clave –desde usuarios de drogas a personas con amplios conocimientos sobre la cocaína– de 19 ciudades de prácticamente todos los continentes;
 - El informe Estudio de Historia Natural en cuatro lugares de Sudamérica y África.
- Los métodos de investigación desarrollados para el proyecto se pueden ahora emplear para recopilar información sobre la cocaína en otros países y datos sobre otras drogas, así como para hacer un seguimiento de las tendencias futuras.
- Resulta imposible describir a un “usuario medio de cocaína”. El estudio encontró una gran variedad en lo que se refiere al tipo de personas que usa cocaína, la cantidad de droga usada, la frecuencia de uso, la duración y la intensidad del uso, los motivos que inducen al uso y los problemas asociados a éste.
- A pesar de ello, en los países participantes se observaron tres patrones generales de uso:
 1. La inhalación de clorhidrato de cocaína (sin duda el uso más extendido de los productos de la coca en todo el mundo).
 2. El hábito de fumar pasta de coca y crack, y la inyección de clorhidrato de cocaína representan comportamientos minoritarios, y tienden a localizarse entre los grupos sociales marginados.
 3. El uso tradicional de hojas de coca entre algunos pueblos indígenas de la Argentina, Bolivia, el norte de Chile, Ecuador y el Perú, así como entre algunos grupos del Brasil y Colombia.
- Por lo general, los usuarios de cocaína también suelen consumir otras drogas. El uso “puro” de cocaína parece ser muy limitado. Normalmente, en los países participantes las personas que han consumido cocaína son menos que las que han consumido alcohol, tabaco o cannabis. Además, en la mayoría de países la cocaína no es la droga que se asocia con los mayores problemas.
- El consumo de sustancias legales, sobre todo alcohol y tabaco, supone un mayor problema sanitario que el consumo de cocaína.
- Pocos expertos describen la cocaína como una sustancia indefectiblemente nociva para la salud. Se suele entender que los problemas relacionados con la cocaína son mucho más

frecuentes y graves en el caso de usuarios intensivos de grandes dosis, y muy poco habituales y mucho menos graves en el caso de usuarios ocasionales de pequeñas dosis.

- La mayoría de efectos para la salud no se puede atribuir directamente al uso de cocaína. Normalmente, la cocaína no provoca los trastornos mencionados, sino que los exacerba.
- Hay una serie de mitos extendidos pero pocos estudios científicos sobre la relación entre la cocaína y el comportamiento sexual. El estudio descubrió que los problemas sexuales parecen darse entre los usuarios habituales de grandes dosis de cocaína.
- El uso de cocaína está asociado a una serie de problemas de salud mental, aunque éstos suelen afectar principalmente a los usuarios de grandes dosis.
- Hay una compleja relación entre el uso de cocaína y los actos delictivos, sobre todo el robo y la violencia.
- El consumo de hojas de coca no parece tener efectos negativos para la salud y tiene funciones terapéuticas, sagradas y sociales positivas entre los pueblos indígenas andinos.
- Las respuestas a los problemas sanitarios relacionados con la cocaína están mal coordinadas, son incoherentes, a menudo no están adaptadas a la cultura y, por lo general, resultan ineficaces.
- Se deberían aumentar los programas de educación, tratamiento y rehabilitación para contrarrestar la dependencia excesiva de las medidas represivas. Estos programas no tienen por qué concentrarse exclusivamente en la cocaína, sino que deberían integrarse en un conjunto de estrategias para luchar de manera eficaz contra toda una serie de drogas.
- En muchos contextos, los programas de educación y prevención no acaban con los mitos, sino que crean sensacionalismos, y perpetúan informaciones erróneas y estereotipos. Los pobres y los usuarios muy dependientes son los que tienen más probabilidades de ser rechazados al buscar tratamiento.
- En la mayoría de contextos, las personas que disponen de dinero para pagar por la cocaína – y que conocen a un proveedor– pueden conseguir la droga aunque ésta sea ilegal.
- En muchos lugares, los usuarios de cocaína se quejaron del nivel de corrupción entre los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley y de presuntas violaciones de los derechos humanos. Los usuarios dejaron claro que, por lo general, dichas violaciones y la represión no conseguirían cambiar su comportamiento con respecto al uso de la droga.
- El uso de pasta de coca parece estar aumentando en los países andinos, y el uso de crack parece estar extendiéndose en el Brasil y Nigeria.
- Los índices de inyección de cocaína parecen mostrarse relativamente estables y bajos en comparación con los de inyección de otras drogas.
- La mayoría de países considera que debería disponerse de más evaluaciones sobre los efectos adversos de las políticas y estrategias actuales en materia de drogas.
- Algunos países han ampliado la meta principal de sus políticas sobre drogas para dar cabida a un amplio abanico de objetivos, en virtud de los cuales se recomienda la abstinencia a los abstinentes y a algunos usuarios de productos de la coca, mientras que se anima a otros usuarios a consumir la droga del modo más seguro posible.

Datos de contacto (para más información):

Hans Emblad (Tel: 791 4315)
Mario Argandona (Tel: 791 4309)
Andrew Ball (Tel: 791 4792)

Programa sobre Uso Indebido de
Substancias
Organización mundial de la Salud
20, avenue Appia
1211 Ginebra 27
Suiza
Fax: 791 4851



Contexto

El Proyecto Cocaína de la OMS y el UNICRI constituye el mayor estudio sobre cocaína realizado hasta la fecha. Entre 1992 y 1994, se recopiló información de 22 ciudades en 19 países sobre el uso de la cocaína y de otros productos de la coca, sobre sus usuarios, sobre los efectos en los usuarios y en la comunidad, y sobre la respuesta de los gobiernos ante el problema de la cocaína. Desde masticadores de hojas de coca en los Andes a fumadores de crack en Nueva York y Lagos, pasando por usuarios de coca por vía intravenosa en São Paulo y San Francisco e inhaladores de cocaína en Sydney y El Cairo, el proyecto ha analizado el uso y los usuarios de cocaína en un amplio espectro de culturas.

1.1 Antecedentes

La iniciativa sobre cocaína de la OMS fue anunciada por el Dr. Hiroshi Nakajima, Director General de la Organización Mundial de la Salud, en un discurso pronunciado ante la Conferencia Ministerial Mundial de la Cumbre para reducir la demanda de drogas y luchar contra la amenaza de la cocaína, celebrada en abril de 1990 en Londres. El Dr. Nakajima expuso claramente que esta iniciativa, en la línea de gran parte del trabajo de la OMS en el ámbito del uso de sustancias psicoactivas, se centraba explícitamente en la reducción de la demanda y no en las medidas de represión que persiguen la disminución de la oferta de drogas ilícitas.

La iniciativa fue desarrollada por el Programa sobre Uso Indebido de Substancias (PSA) de la OMS durante una serie de reuniones organizadas en 1991 con la colaboración del Instituto Interregional de las Naciones Unidas para Investigaciones sobre la Delincuencia y la Justicia (UNICRI). El Proyecto Cocaína de la OMS y el UNICRI se concibió para recopilar información actualizada sobre los patrones y las tendencias del uso de la cocaína –y los problemas relacionados con éste– en determinados países de todo el mundo, así como para investigar la eficacia de las políticas y estrategias que abordan los problemas relacionados con esta droga.

1.2 Países participantes

Los países que participaron en el proyecto (véase Tabla 1.1) se clasificaron según las categorías siguientes:

- Tipo I: Países donde se cultiva coca o se procesan productos de la coca y que ahora tienen problemas relacionados con la cocaína;
- Tipo II: Países donde no se cultiva que presentan un número significativo de usuarios de cocaína y de problemas relacionados con ésta;
- Tipo III: Países en los que el uso de la cocaína y los problemas relacionados con éste no están muy extendidos, pero que son motivo de creciente preocupación;
- Tipo IV: Países en los que el uso de cocaína no representa un problema importante.

Tabla 1.1

Tipo I	Tipo II	Tipo III	Tipo IV
Bolivia	Canadá	Australia	Egipto
Brasil	México	Italia	Maldivas
Colombia	EE.UU.	Países Bajos	Nigeria
Ecuador		España	República de Corea
Perú		Suecia	Federación de Zimbabwe

Nunca antes se había estudiado tal variedad de países en un proyecto de investigación sobre drogas. Entre los participantes, se incluyeron países desarrollados y en desarrollo de todos los continentes excepto de la Antártida. Los informes del proyecto permiten que las naciones con más problemas relacionados con la cocaína aprendan de aquellas que tienen menos, y viceversa.

1.3 Tipos de productos de la coca

En estos informes resumidos se mencionan varios productos de la coca.

Cocaína se suele emplear para referirse a todos los productos de la coca, especialmente cuando aparece en la frase “problemas relacionados con la cocaína”. Cuando se usa junto a los términos que siguen, *cocaína* hace alusión al clorhidrato de cocaína, el polvo blanco obtenido a partir de hojas de coca. Es hidrosoluble y arde a una temperatura muy alta, por lo que se puede esnifar, tragar o inyectar, pero no fumar.

Hoja de coca se refiere a las hojas del arbusto de la coca, del género *erythroxylum*, mascadas o succionadas, empleadas en forma de infusión o fumadas por algunos grupos de los países andinos.

Pasta de coca es una pasta preparada a partir de las hojas de coca como parte del proceso de fabricación del clorhidrato de cocaína. No es hidrosoluble, aunque es soluble con queroseno o gasolina, y suele fumarse con tabaco o cannabis. Se encuentra casi exclusivamente en Sudamérica.

Crack o cocaína depurada es un cristal beige o marrón que se obtiene calentando clorhidrato de cocaína con otros productos químicos. Se fuma y se ha hecho muy popular en Norteamérica.

1.4 Artículos resumidos

Se presentan a continuación siete resúmenes que ofrecen una panorámica de este importante e innovador proyecto de investigación y de sus principales resultados:

1. Introducción y contexto
2. Metodologías del proyecto
3. Patrones de uso
4. Consecuencias del uso

5. Respuestas a problemas sanitarios
6. Conclusiones
7. Recomendaciones

Se incluye asimismo una serie de informes resumidos de zonas y países.



Metodologías del proyecto

El Proyecto Cocaína de la OMS y el UNICRI ha abierto nuevos horizontes en el sistema de recopilación de información de diferentes países, culturas y subculturas. El proyecto se concibió y se ejecutó con la colaboración de más de 40 investigadores destacados de todo el mundo. Debido a la dificultad de obtener información fidedigna sobre una cuestión tan delicada como el uso de cocaína, el proyecto ha utilizado varios métodos para recopilar la información, incluidas entrevistas en profundidad a cientos de usuarios de cocaína y otros actores clave, una revisión de la documentación científica sobre el tema, y un análisis de los datos existentes de los países participantes. Los resultados de esta investigación también se pueden usar como punto de referencia, de modo que la futura repetición de los proyectos pueda proporcionar información sobre las tendencias a lo largo del tiempo.

El proyecto estuvo integrado por tres enfoques de investigación interrelacionados, desarrollados entre 1992 y 1994. Estos proyectos elaboraron:

- Perfiles de países en materia de cocaína de 19 países;
- Estudios de informantes clave, desde usuarios de drogas a personas con amplios conocimientos sobre la cocaína, de 19 lugares/ciudades;
- El informe Estudio de Historia Natural.

Estos informes intentan sintetizar una gran cantidad de información para ofrecer los hallazgos esbozados en estos resúmenes. Los métodos de investigación desarrollados para el proyecto se pueden ahora emplear para recopilar información sobre la cocaína en otros países y datos sobre otras drogas.

2.1 Perfiles de países

Los perfiles de países reúnen un conjunto de información que antes era difícil conseguir, lo cual permite a investigadores, responsables políticos y otros actores de los países participantes a hacerse una mejor idea de la situación de la coca en su territorio. Los perfiles incluyen también 19 informes nacionales que permiten que los gobiernos puedan comparar la situación de su país con la de otras naciones.

Se solicitó a los investigadores que trabajaron sobre los perfiles de países que siguieran los pasos siguientes:

1. Describir el contexto social y cultural del uso de la cocaína.
2. Presentar los datos nacionales sobre índices y tendencias de uso de la cocaína y problemas relacionados con éste, así como las características de los usuarios de cocaína.
3. Valorar la cocaína y sus tendencias en comparación con el uso de otras sustancias.

4. Describir los problemas sanitarios asociados con cada una de los preparados de la coca (por ejemplo, hoja de coca, pasta de coca, clorhidrato de cocaína, crack) y hasta qué punto las personas con problemas relacionados con la cocaína hacen uso de los servicios de atención sanitaria.
5. Describir los procedimientos y los servicios de tratamiento de cocaína.
6. Describir las actividades destinadas a prevenir el consumo de cocaína o los problemas relacionados con éste.
7. Describir las medidas de fiscalización de la cocaína.
8. Identificar cuestiones que se deben tener en cuenta en el futuro.

En muchos de los países que participaron en el proyecto, ésta era la primera vez que se procuraba dar respuestas detalladas a cuestiones tan complejas. En muchos países en desarrollo, la elaboración de estos perfiles para el proyecto podría ayudar al establecimiento de un sistema adecuado para la recopilación de datos sobre drogas.

2.2 Estudios de informantes clave

Los estudios de informantes clave intentan abordar las grandes diferencias existentes entre, por ejemplo, la masticación de hojas de coca en Bolivia y el uso de crack en Nueva York. Estos estudios incluyeron, entre otras cosas, entrevistas en profundidad con cientos de usuarios de cocaína, es decir, con personas que pueden proporcionar información sobre su propia experiencia al respecto. Además, los investigadores entrevistaron a un grupo que denominaron “intermediarios no usuarios de cocaína”, es decir, personas que no consumen pero que están muy próximas a usuarios de cocaína. Finalmente, se entrevistó a un tercer grupo de “profesionales”, de personas que trabajan con usuarios de cocaína o que trabajan para evitar o solucionar los problemas relacionados con su uso, ya sea en el ámbito de la prevención o el tratamiento, del gobierno o de los organismos encargados de hacer cumplir la ley.

En las entrevistas se plantearon preguntas sobre los aspectos siguientes:

- Datos demográficos, como edad, género, ubicación, residencia;
- Patrones de uso de la cocaína;
- Disponibilidad de la cocaína;
- Consecuencias del uso de la cocaína;
- Respuestas ante el uso de la cocaína.

Estos tres grupos de entrevistas se llevaron a cabo en 19 lugares (principalmente ciudades) de los países participantes (véase Tabla 2.1). Dado que en cada lugar se realizaron varias entrevistas, los investigadores pudieron comparar las respuestas que dieron usuarios y policías, por ejemplo, a las mismas preguntas. Esto permite que los investigadores se hagan una idea global de lo que implica el uso de cocaína en estos contextos, así como comprender mejor los mitos y estereotipos asociados a éste.

Muchos de los investigadores que participaron en los estudios apuntan que ésta fue la primera vez que en que dispusieron de la posibilidad de recopilar información sistemática sobre los patrones y las consecuencias del uso de cocaína. Además, para algunos investigadores era también la primera vez que contaban con respuestas de usuarios de cocaína, lo cual se consideró un avance significativo con respecto a metodologías previas. Los investigadores prevén emplear estudios parecidos para hacer un seguimiento de las drogas, de las tendencias de su uso y de los nuevos productos, así como para analizar otras drogas, regiones y subculturas.

Tabla 2.1 Los 19 lugares en que se realizaron los estudios de informantes clave:

Norteamérica	Sudamérica	Pacífico
Flagstaff, Arizona (EE.UU.)	Cochabamba (Bolivia)	Sydney (Australia)
Ciudad de México (México)	Lima (Perú)	
Nueva York, NY, (EE.UU.)	Medellín (Colombia)	África
Providence, Rhode Island (EE.UU.)	Quito (Ecuador)	Harare (Zimbabwe)
San Francisco, California (EE.UU.)	Rio de Janeiro (Brasil)	Ibadan y Lagos (Nigeria)
Vancouver, British Columbia (Canadá)	São Paulo (Brasil)	
Oriente Medio	Asia	Europa
El Cairo (Egipto)	Seúl (República de Corea)	Barcelona (España)
		San Petersburgo (Federación de Rusia)

2.3 Estudio de Historia Natural

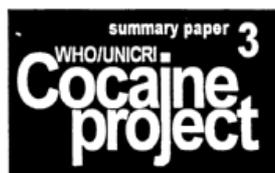
En este proyecto, se han aplicado nuevas técnicas cualitativas, tanto durante la fase de muestreo como durante la de análisis, para elaborar un estudio en profundidad sobre los varios productos de la coca y sus métodos de uso. En el proyecto se entrevistó a 311 usuarios de cocaína:

- 182 usuarios de hoja y de pasta de coca e inhaladores de cocaína en Cochabamba;
- 50 usuarios de crack e inhaladores de cocaína en Ibadan;
- 43 usuarios de crack y usuarios de cocaína por vía intravenosa en São Paulo;
- 36 usuarios de crack y usuarios de cocaína por vía intravenosa en Rio de Janeiro.

Para encontrar a los usuarios de coca se utilizaron métodos de muestreo en bola de nieve y muestreo dirigido. Los entrevistados respondieron sobre su experiencia mediante un cuestionario semiestructurado concebido para recopilar información sobre aspectos sociodemográficos y biográficos; el historial de uso de otras drogas; la cultura de uso; la naturaleza del uso; los contextos del uso y el suministro; las funciones, los efectos y las consecuencias del uso.

En cada uno de estos centros, el proyecto analizó la historia natural de los patrones de consumo de cocaína centrándose en cuatro grupos:

- personas sometidas a tratamiento y que usan principalmente cocaína;
- personas no sometidas a tratamiento, que usan o han usado cocaína junto con otras sustancias;
- personas no sometidas a tratamiento y que usan cocaína;
- un grupo de control de aquellas personas sometidas a tratamiento y que no usan ni han usado en el pasado cocaína.



Patrones de uso

Los pueblos que habitaban la cordillera de los Andes en Sudamérica descubrieron las propiedades estimulantes del arbusto de la coca hace 7.000 años. El arbusto se comenzó a cultivar y se adaptó a los entornos cercanos, y el uso de las hojas de coca se convirtió en una práctica sagrada entre las culturas aymara y quechua cientos de años antes de la conquista de los incas, en el siglo V. Durante el período inca, el estado se encargó de controlar la producción y la distribución de las hojas de coca. La coca se usaba en rituales, como presente a los súbditos leales y como estimulante físico para trabajar en las minas.

El principal alcaloide de la hoja de coca, la cocaína, se aisló en torno a 1860 y se sintetizó para emplearlo en la fabricación de populares medicamentos patentados, bebidas y ‘tónicas’, especialmente en Europa, Norteamérica y Australia, hasta principios del siglo XX. El uso de la cocaína comenzó a ser motivo de preocupación en muchos países en las décadas de 1910 y 1920, principalmente por la dependencia de la droga y la consecuente “ruina moral”, especialmente entre los jóvenes.

La legislación que restringía la disponibilidad de la cocaína se tradujo en una caída del uso en la mayoría de países analizados entre las décadas de 1920 y 1960. A partir de entonces, el uso de la cocaína, así como el uso de muchas otras drogas ahora ilícitas, como el cannabis, se popularizó entre los jóvenes de muchas naciones desarrolladas y de los países productores de coca en Sudamérica. El uso de la cocaína goza también ahora de gran popularidad en algunas naciones en desarrollo de África.

El creciente atractivo de la cocaína durante las dos últimas décadas podría estar relacionado con:

- el “glamour” del uso de drogas ilícitas en general;
- el aumento de los viajes internacionales;
- el “Zeitgeist”: el uso de la cocaína se corresponde con el espíritu de los grandes cambios de las décadas de 1980 y 1990;
- un mayor bienestar permite que aumente el número de personas que pueden acceder a la que consideran la más atractiva de las drogas ilícitas;
- la pobreza generalizada o las desventajas sociales en países como los Estados Unidos en un momento en que hay una amplia oferta de preparados de la coca a bajo precio, como el crack.

3.1 Gran diversidad de usuarios

Una de las conclusiones más evidentes del proyecto Cocaína de la OMS y el UNICRI es que es imposible describir a un “usuario medio de cocaína”. Los usuarios de productos de la coca son muy diversos, y van desde masticadores tradicionales de coca en Bolivia y el Perú, por ejemplo, a esnifadores de cocaína en clubes nocturnos gays de Sydney, pasando por trabajadores sexuales que usan pasta de coca en Colombia, jóvenes sin techo que se inyectan

cocaína en México, o nigerianos acomodados que usan crack y sobre los que se dice que están “en la ola” del éxito.

Los usuarios de cocaína se encuentran en ambos sexos, en todas las edades (desde niños a personas muy mayores), casados y solteros, en amplias zonas geográficas, entre todos los grupos étnicos y en todas las clases socioeconómicas. Algunos centros opinan que la mayoría de usuarios de cocaína son heterosexuales, pero los informes remitidos desde Sydney, Providence y San Petersburgo indican que el uso de la cocaína es habitual entre la población homosexual y/o bisexual. Además, aunque se dice que la mayoría de los usuarios son solteros, en lugares como Quito y Vancouver se sugiere que el estado civil tiene poco o nada que ver con el uso de cocaína. La cocaína se usa más en zonas urbanas que rurales.

Los países participantes, excepto Norteamérica y España, informan que muchos usuarios de cocaína tienden a ser jóvenes (20-35) y hombres. En la mayoría de países, entre el 1% y el 3% de la población ha probado la cocaína alguna vez. Las únicas excepciones en este sentido son los Estados Unidos, donde el 11% ha probado la cocaína, y el Perú, donde más del 26% de la población ha mascado hojas de coca (es probable que en Bolivia haya un índice parecido, pero los investigadores no pudieron confirmar este dato). La información de los países participantes no indica que el uso de la cocaína se haya “disparado” en todo el mundo, sino más bien que se ha “difundido” a la mayoría de países.

Se hallaron también grandes diferencias en lo que se refiere a la cantidad de droga usada, la frecuencia de uso, la duración y la intensidad del uso, y los motivos que inducen al uso. Sin embargo, en los países participantes se observan cuatro grandes patrones de uso:

3.2 Inhalación de cocaína

La inhalación de clorhidrato de cocaína es, con mucho, el uso más popular de los productos de la coca en todo el mundo. Se trata de una práctica que se considera como una actividad de ocio glamourosa de la elite social en muchos países. Suele estar asociada a grupos étnicos mayoritarios, personas instruidas, “intelectuales” como artistas y académicos, y profesionales acomodados como directores comerciales.

La inhalación de cocaína se identificó principalmente con usuarios ocasionales que consumen pequeñas dosis con fines de recreo o diversión, en reuniones sociales o mientras mantienen relaciones sexuales. Los usuarios ocasionales suelen empezar a consumir cocaína porque consideran que les da más prestigio, los hace ser más sociables, los relaja y los estimula. A veces, la cocaína también se usa para conseguir un efecto determinado en una situación concreta, como permanecer despierto o aumentar la energía, por ejemplo, en clubes nocturnos y fiestas *dance*. La mayoría de países y centros participantes no documentaron problemas significativos relacionados con la cocaína entre este grupo de usuarios.

Sin embargo, la mayoría de personas de todos los países participantes rechaza el uso de la cocaína porque consideran que demuestra un comportamiento nocivo, indulgente y poco moral. Durante los últimos cinco años, la inhalación de cocaína ha aumentado en la mayoría de países participantes, pero ahora parece estar estabilizándose o disminuyendo en Australia, el Canadá, España, los Estados Unidos, México y los Países Bajos, aunque sigue creciendo en el Brasil y el Perú.

3.3 Hábito de fumar crack/pasta de coca

El segundo patrón está relacionado con el hábito de fumar pasta de coca y crack. Ambos comportamientos son minoritarios en los países estudiados, y suelen darse entre desempleados, personas sin techo, sectores pobres y otros grupos minoritarios y marginados socialmente, como trabajadores sexuales y jóvenes de la calle. Los usuarios de estos productos de la coca suelen verse como personas degeneradas moralmente y como

delincuentes; a menudo se los discrimina activamente y, en ocasiones, se los amenaza con el uso de la violencia, incluida la muerte en algunos países y lugares.

La pasta de coca, también llamada *pasta*, *pasta basuca* o *basuco*, se usa casi de forma exclusiva en los países sudamericanos, aunque también se recoge en el estudio de informantes clave de Corea. (El *basuco* se fuma en Quito y no está claro si es exactamente igual que la pasta de coca que se fuma en el resto de lugares o un producto distinto.) La pasta es usada, por ejemplo, por un 3% de los estudiantes universitarios de Bolivia, un 5,6% de la población del Perú, y en torno a un 1% de los habitantes de Colombia y Ecuador. El uso de pasta parece ser más frecuente entre los jóvenes y los desempleados, que no se pueden permitir comprar clorhidrato de cocaína. Se dice que suele comportar un uso diario, a menudo de forma continua e incontrolada. Por lo tanto, suele considerarse que es algo más nocivo que inhalar cocaína. El uso de la pasta de coca podría estar aumentando en los países andinos, sobre todo en Ecuador.

El uso de crack está muy extendido en algunas ciudades de Norteamérica. Según parece, también se usa, aunque en niveles bajos, en muchos otros países; unos dos tercios de los 19 centros registraron el uso de crack. Aunque el crack se suele fabricar a partir del clorhidrato de cocaína, los informes de São Paulo aluden a dos tipos distintos de crack: *pedra*, fabricado con pasta de coca, y *casca*, fabricado con clorhidrato de cocaína. Por lo general, el crack se fuma en pipa, pero los usuarios de Barcelona hablan del uso *en plata* o *chino*, que significa “perseguir al dragón” quemando la droga sobre un pedazo de papel de aluminio e inhalando el vapor.

En lugares como El Cairo, Cochabamba, Harare, Lima, Quito y Sydney no se tiene constancia del uso de crack o se registra un uso limitado. Sin embargo, en lugares como Flagstaff, Ibadan, Providence, algunas zonas de San Francisco y São Paulo el uso de crack se ha popularizado últimamente tanto como la inhalación de cocaína (o puede que se haya vuelto incluso más popular). Otras ciudades, como Ciudad de México, San Petersburgo, Seúl y Vancouver señalan que el crack es un problema menor, aunque podría ser motivo de preocupación en el futuro.

La imagen de los fumadores de crack en el Canadá y los Estados Unidos es muy parecida a la de los fumadores de pasta de coca en los países sudamericanos. En ambos casos, se considera que la droga es muy adictiva y se asocia con comportamientos violentos y delincuencia criminal. A menudo se compara también a los usuarios de crack con los usuarios de cocaína inyectada. El uso de crack se considera, casi de forma universal, como más nocivo que la inhalación de cocaína. En los mismos centros, se ve como más nocivo que la inyección de cocaína. El uso de crack parece estar aumentando en el Brasil y Nigeria, y entre grupos como trabajadores sexuales y usuarios de opiáceos en los Países Bajos.

3.4 Inyección de cocaína

Aunque la mayoría de centros registra la inyección intravenosa de cocaína, esta práctica sigue siendo minoritaria en la mayoría de lugares, exceptuando los Estados Unidos. El clorhidrato de cocaína se inyecta en forma de solución o en forma de mezcla o “cocktail” (mezclado, por ejemplo, con heroína como *speedball* o con metadona). La inyección de cocaína se suele identificar con desempleados o con grupos de nivel socioeconómico bajo, y con sectores marginados socialmente como jóvenes de la calle, trabajadores sexuales y usuarios de heroína por vía intravenosa. La mayoría de encuestados, incluidos los propios usuarios de cocaína, piensan que la inyección de cocaína es probablemente más problemática que su inhalación, aunque desde Sydney se indica que suele haber menos problemas entre los usuarios de clubes nocturnos homosexuales que entre otros grupos como trabajadores sexuales y usuarios de heroína inyectada.

La inyección es motivo de especial preocupación debido a la propagación de virus transmitidos por la sangre, como el VIH (el virus causante del SIDA), y la hepatitis B y C. Estas infecciones se pueden contagiar con el intercambio de jeringuillas o con la práctica de sexo sin protección entre usuarios de drogas inyectables, y de personas que se inyectan a otras que no. En la mayoría de países, los usuarios de drogas inyectables están sumamente marginados y se les mira con desdén por ser “yonquis”. Los índices de inyección parecen ser relativamente estables en los países estudiados, y estar disminuyendo en algunos países por el miedo al contagio de VIH. Hay zonas aisladas, como en Rio de Janeiro (Brasil) y São Paulo, donde la inyección de cocaína se ha convertido en algo muy habitual, aunque ahora parece que en estos centros está ganando popularidad pasarse al uso de crack.

3.5 Hojas de coca

El último patrón corresponde al mascado tradicional de hojas de coca entre varias poblaciones indígenas de la Argentina, Bolivia, el norte de Chile, Ecuador y el Perú, así como entre algunos grupos del Brasil y Colombia. El cultivo de coca representa la base de la economía de subsistencia de muchas comunidades campesinas en Bolivia y el Perú.

El consumo de la hoja de coca forma parte integral de la tradición cultural andina y su cosmovisión. Para la mayoría de usuarios, la hoja de coca sigue teniendo un carácter sagrado. Sus principales usos son los siguientes:

- mayor energía para trabajar o para luchar contra la fatiga y el frío: aunque reduce la sensación de hambre, la hoja de coca no se considera un alimento;
- medicinal: en infusiones, jarabes y emplastos para diagnosticar y tratar una serie de enfermedades socioculturales que se atribuyen a causas sobrenaturales y que expresan conflictos interpersonales o conflictos en el seno de las estructuras sociales;
- sagrado: para comunicarse con el mundo sobrenatural y conseguir su protección, sobre todo con ofrendas a Pachamama, personificación y espiritualización de la tierra;
- social: para mantener la cohesión social y la cooperación entre los miembros de la comunidad, se usa en todas las ceremonias comunitarias, intercambios de trabajo recíproco y relaciones de sociabilidad.

El método tradicional de uso de la hoja de coca, llamado *acullico*, consiste en mantener en la boca una bola de hojas de coca humedecida con saliva junto con una substancia alcalina que ayuda a extraer la cocaína de las hojas. La bola se prepara en unos 10 o 20 minutos y después se masca durante 2 o 3 horas. Durante el trabajo, el *acullico* estructura los períodos de actividad y descanso. En un día normal, se usan tres bolas (equivalentes a 25 gramos de hoja de coca). Si hay que trabajar más tiempo o el trabajo es más duro de lo habitual, se usan más hojas.

El *acullico* es practicado tanto por hombres como por mujeres. Su uso es muy estable, ya que empieza en la adolescencia, cuando se empieza a trabajar, y puede que no se interrumpa durante el resto de la vida. En las ciudades, el consumo es menor y la cultura tradicional de la hoja de coca está adaptada a la sociedad moderna. A consecuencia de estos procesos, algunos usos tradicionales de la coca han perdido importancia o han desaparecido por completo.

3.6 Patrones de uso de cocaína menos frecuentes

Un informe de Harare sugería que la cocaína se podía beber en forma de solución. Las referencias a usos orales de este tipo son vagas y suelen basarse más en la especulación que en la observación. Cochabamba registra el uso de cocaína en forma de gotas oculares y nasales. Los informes de Cochabamba, Ciudad de México, Nueva York y Sydney aluden a la aplicación de cocaína sobre las membranas mucosas genitales durante la práctica del sexo para retrasar o prolongar el orgasmo.

3.7 Cocaína y otras drogas

Normalmente, los usuarios de cocaína consumen también otra serie de drogas psicoactivas. El uso “puro” de cocaína parece ser muy limitado y son pocas las personas que empiezan a experimentar con la cocaína. La mayoría de usuarios de cocaína tiene un antecedente de uso de drogas y, a menudo, un largo historial de uso de varias drogas. A escala mundial, los usuarios de cocaína tienden a fumar tabaco y beber alcohol, con frecuencia fuman cannabis y, en menor medida, toman benzodiazepinas y otras drogas ilícitas. Países como Australia, el Brasil, el Canadá, España, México, los Países Bajos, Suecia y Zimbabwe señalan el uso de alcohol con cocaína para moderar los efectos de la cocaína o para reducir los efectos secundarios negativos. Éstos y otros países registran el uso de cannabis para reducir las reacciones negativas a la cocaína. Australia, la Federación de Rusia y Nigeria indican que el alcohol y el tabaco se usan con la cocaína para aumentar los efectos placenteros de la droga.

Australia y la República de Corea observan el uso combinado de anfetaminas y cocaína para intensificar los efectos de cada droga, y los Países Bajos registran el uso de *speedballs*, una combinación de heroína y cocaína que se inyectan a la vez. En los países sudamericanos, la pasta de coca se fuma a menudo con tabaco o cannabis, con alcohol y, a veces, con alucinógenos. La mayoría de mascadores de hoja de coca en el Perú no la usan con otras sustancias, mientras que cerca de un tercio de ellos la mezclan de forma regular con alcohol y tabaco.

En general, en los países participantes las personas que han consumido cocaína son menos que las que han consumido alcohol, tabaco o cannabis. Además, en la mayoría de países la cocaína no es la droga asociada con el mayor nivel de daño. Otras drogas ilícitas que se consideran más problemáticas que la cocaína son: las anfetaminas (Australia, el Brasil, la República de Corea, Suecia), las sustancias inhalables (Bolivia, el Brasil), las benzodiazepinas (Brasil), la heroína (Egipto, las Maldivas), y otras drogas “más baratas y fáciles de conseguir” (Federación de Rusia). En la mayoría de países estudiados, el público general está poco informado sobre el daño relacionado con la cocaína o el daño relacionado con las drogas en general. Más concretamente, se sabe poco sobre el papel que desempeñan drogas como el alcohol en la aparición de problemas que suelen asociarse con el uso de cocaína.

3.8 Período de uso

El período de uso de la cocaína puede ir desde la experimentación con pequeñas dosis de cocaína una o dos veces, normalmente sin consecuencias negativas, al uso compulsivo o disfuncional que suele acarrear graves problemas relacionales, laborales, legales y sanitarios. Aunque las consecuencias del uso de la cocaína se analizan con mayor detalle en el resumen 4, se ofrece a continuación una breve descripción de ese período de uso. Cabe destacar que este factor no es aplicable al mascado de hojas de coca.

3.8.1 Uso experimental

Se prueban pequeñas dosis de cocaína en una o varias ocasiones de forma intermitente, a menudo entre gente joven como adolescentes y adultos jóvenes. A menudo, antes de probar la cocaína, se prueban otras drogas como el alcohol y el cannabis.

3.8.2 Uso ocasional

Éste es el patrón de uso de cocaína más habitual, en que la droga se usa como ayuda en las interrelaciones sociales. Se experimentan sensaciones como euforia, aumento de la autoconfianza y mayor energía. Entre los efectos negativos, cabe citar ansiedad, irritación y ataques de pánico. También se pueden dar accidentes y lesiones debido a la excitación del

usuario y a la alteración de la capacidad de juicio. El uso de pequeñas dosis va seguido de un ligero síndrome de abstinencia, que suele conllevar fatiga, depresión y agitación. Sin embargo, normalmente hay pocos problemas asociados a este patrón de uso.

3.8.3 Uso específico o situacional

La cocaína se usa para conseguir un efecto determinado en una situación concreta, por ejemplo, para centrar la atención, para aumentar la energía en algunas ocupaciones o para mejorar el rendimiento sexual. Es poco probable que surjan problemas mientras este uso sea ocasional. Sin embargo, si la droga se usa a menudo, se desarrolla una tolerancia que hace que se necesiten dosis mayores para mantener el efecto deseado, lo cual puede llevar a aumentar la frecuencia de uso.

La inhalación de cocaína es la práctica más identificada con estas tres primeras categorías, aunque la inyección de cocaína y el uso de pasta y coca también se encuentran dentro de estos tipos de uso.

3.8.4 Uso intensivo

Es el momento en que el uso de cocaína se convierte en parte integral del estilo de vida del usuario. Es una categoría parecida a la siguiente, pero aquí el usuario sigue siendo capaz de mantener cierto nivel de control y de funcionamiento social. Los usuarios intensivos de cocaína –y, en menor grado, los usuarios ocasionales y situacionales– siguen rituales o reglas que los ayudan a controlar el uso de la droga. Se indica que los usuarios intensivos suelen empezar a tomar cocaína por la presión del grupo o como una vía de escape de circunstancias desfavorables. Se apunta que la mayoría de los usuarios intensivos tiene una pobre imagen de sí mismos y una mala opinión sobre el uso de la cocaína. Los usuarios intensivos de cocaína se suelen identificar con la inyección, y el uso de crack y pasta de coca, aunque algunos inhalan cocaína.

3.8.5 Uso compulsivo/disfuncional

Cuando la vida de algunos usuarios intensivos pasa a estar totalmente centrada en la obtención y el uso de la droga, surge un tipo de uso poco habitual. Se usan grandes dosis combinadas con varias vías de administración (fumadas o inyectadas, con lo que se consigue que llegue una gran cantidad de droga al cerebro muy rápidamente) para provocar el máximo efecto a gran velocidad. La droga se administra de forma repetida para intentar mantener los efectos iniciales de euforia y mejora de la autoconfianza.

Esta secuencia, que persigue el “subidón”, no se puede sostener, y va seguida de un período de agotamiento físico y emocional (el “bajón”), un período prolongado de sueño, y después fatiga y depresión. Normalmente, el usuario repite el ciclo para mitigar los efectos negativos del bajón. Estos usuarios compulsivos o disfuncionales suelen tener graves problemas relacionales, laborales, legales y sanitarios.



Consecuencias del uso

Los problemas relacionados con la cocaína deberían analizarse desde una perspectiva más amplia. En todos los países participantes, los problemas sanitarios asociados al uso de sustancias legales, sobre todo el alcohol y el tabaco, son mayores que los derivados del uso de la cocaína. Además, en muchos países, otros problemas crónicos relacionados con la pobreza, el hambre, enfermedades infecciosas, guerras y desórdenes sociales eclipsan cualquier problema sanitario relacionado con el uso de la cocaína. La mayoría de países participantes coincide en que el uso ocasional de cocaína no suele desembocar en problemas sociales o físicos graves y ni siquiera menores, aunque hay indicios de un aumento de los problemas sanitarios relacionados con la cocaína en algunas zonas de Norteamérica.

Como hay grandes diferencias entre las hojas de coca y el resto de productos de la coca en lo que respecta a su uso y a la opinión que suscitan, el mascado de hojas de coca se trata por separado al final de este informe.

4.1 Consecuencias y patrones

Las consecuencias que se persiguen con el uso de la cocaína son euforia, estimulación, seguridad y, en algunos casos, mayor disfrute del sexo. Entre el 50 y el 75% de los usuarios de cocaína entrevistados en cada uno de los centros participantes en este informe afirmó que el uso de la cocaína les resulta inofensivo y beneficioso. Por lo general, se considera que los problemas relacionados con la cocaína son más habituales entre los usuarios intensivos de grandes dosis, mientras que los usuarios ocasionales de pequeñas dosis no presentan problemas conocidos o, si lo hacen, es en muy raras ocasiones.

Los usuarios ocasionales de grandes dosis o los usuarios de cocaína desmedidos pueden correr el riesgo de padecer graves problemas físicos y de salud mental. El aumento de los problemas también puede estar asociado a los métodos de uso de la droga (fumada o inyectada) y a estilos de vida empobrecidos en general.

4.2 Consecuencias físicas

Pocos informantes describen la cocaína como una sustancia indefectiblemente nociva. El uso de la cocaína produce una sensación de mayor energía y puede aumentar la resistencia, la seguridad y la creatividad, aunque los usuarios tienen opiniones encontradas sobre el efecto del uso de la cocaína en el trabajo. El problema más grave relacionado con el uso de la cocaína es el de la sobredosis, aunque ésta suele ser fruto de la combinación de la cocaína con otras sustancias, como el alcohol y tranquilizantes ligeros. La muerte por paro cardíaco, aunque se cita, es muy poco habitual.

Las consecuencias físicas negativas derivadas del uso de la cocaína que más se mencionan son, entre otras: pérdida del apetito y de peso, problemas en los senos paranasales, tabique nasal perforado, marcas y bloqueo de las venas con la inyección, y daños en los sistemas cardiovascular, pulmonar o nervioso. El uso de la cocaína durante el embarazo se ha asociado con defectos congénitos, incluidas referencias a casos de niños con malformaciones.

El uso de la cocaína se asocia con actos impulsivos que pueden acabar en accidente. Sin embargo, no se cree que los usuarios de cocaína corran un mayor riesgo de accidentes, con la

posible excepción de accidentes de tráfico entre usuarios habituales de grandes dosis que conducen camiones.

El perfil de país de los Estados Unidos apunta que hay mitos extendidos pero pocos estudios científicos sobre la relación entre cocaína y comportamiento sexual. Los encuestados en dos tercios de los centros coincidieron en que pequeñas dosis de cocaína intensifican el placer y rendimiento sexuales y prolongan el orgasmo, especialmente en los hombres. La mayoría de centros indican también que los hombres suelen ofrecer cocaína para seducir a las mujeres o (con menor frecuencia) a otros hombres, ya que se considera que ayuda a disminuir las inhibiciones.

Algunos informantes de Barcelona y Nueva York piensan que la idea de que el uso de cocaína mejora la práctica sexual es sólo un mito. En torno a la mitad de los informes de los centros participantes subrayan que el uso prolongado de grandes dosis de cocaína puede reducir el apetito sexual y provocar impotencia, aunque es posible que el uso de alcohol también tenga algo que ver en ello. Según se informa, los usuarios masculinos que consumen grandes dosis de forma habitual tienen dificultades para alcanzar la erección y el orgasmo. Un pequeño número de centros, como Ibadan y São Paulo, señalan que, a menudo, la cocaína anula el comportamiento sexual. El comportamiento sexual de los usuarios merecería un nuevo estudio para acabar con los estereotipos de sexo y género.

El uso de la cocaína se asocia con el aumento de los índices de enfermedades de transmisión sexual y con el incremento de la propagación del SIDA, tanto por vía sexual como por el intercambio de jeringuillas. Incluso el uso ocasional de cocaína puede llevar a una capacidad de juicio alterada, un mayor riesgo de practicar sexo sin protección y un comportamiento sexual caótico. Aunque es poco frecuente, este comportamiento puede llevar al contagio del VIH y de otras enfermedades de transmisión sexual. Además, la propagación del VIH, la hepatitis B y C, y otras enfermedades transmitidas por la sangre es motivo de especial preocupación entre los usuarios de cocaína inyectada. El acceso a equipos de inyección en los países participantes varía tremendamente; así, mientras los usuarios de drogas inyectables de algunas zonas siempre usan agujas y jeringuillas nuevas o esterilizadas, los de otras se enfrentan a grandes dificultades a la hora de adquirir equipo esterilizado.

La mayoría de las consecuencias sanitarias mencionadas no tiene por qué atribuirse directamente al uso de la cocaína. Por ejemplo, el uso de cocaína, de por sí, no provoca una pérdida de peso. Lo más probable es que los usuarios experimenten una pérdida de apetito o que carezcan de los recursos necesarios que les garanticen una dieta sana. Estos factores, a su vez, fomentan la desnutrición y la pérdida de peso. La cocaína, más que causar los trastornos mencionados, suele propiciarlos o exacerbarlos.

Por otra parte, determinados productos de la coca pueden estar vinculados con afecciones que no se derivan necesariamente del uso de la cocaína. Los usuarios bolivianos de pasta de coca, por ejemplo, suelen presentar bronquitis, malnutrición y caries dentales, pero esto se puede deber a los diversos productos que componen la pasta, a su combinación con alcohol y tabaco en forma de *pitillos* y *tocos* (cigarrillos y pipas de pasta de coca) o al estilo de vida precario que llevan muchos usuarios de pasta. Estos hallazgos plantean reflexiones importantes para las políticas en materia de drogas.

Además de las consecuencias físicas negativas, los estudios de informantes clave incluyen informes sobre los efectos positivos. Algunos encuestados en Cochabamba, Ciudad de México y São Paulo indican que la cocaína se utiliza en ocasiones como analgésico, normalmente para aliviar el dolor de muelas. Los informes recogidos en Rio de Janeiro indican que algunas mujeres se inyectan cocaína para mitigar la tensión o el dolor premenstruales. Algunos de los encuestados piensan (equivocadamente) que la cocaína es un buen anticonceptivo o un profiláctico contra las enfermedades de transmisión sexual. Algunos encuestados en São Paulo y Sydney afirman que el uso de cocaína reduce la intoxicación

etílica, y en Harare y São Paulo señalan que taxistas, basureros y otros trabajadores usan la cocaína para aumentar su capacidad laboral y ahuyentar el sueño. Dos encuestados de Medellín indican que los productos de la coca se usan para tratar el “mal de ojo”, una enfermedad sociocultural que se atribuye a la hechicería.

4.3 Consecuencias para la salud mental

Hay una serie de problemas de salud mental que se asocian con el uso de la cocaína, aunque éstos suelen limitarse a los usuarios de grandes dosis. Los encuestados en Flagstaff y São Paulo llegan a la conclusión de que el uso de crack provoca problemas de salud mental con mayor probabilidad. Los estudios de informantes clave encontraron que lo más probable era que los usuarios de cocaína y los intermediarios que conocen el mundo de la cocaína afirmaran que la cocaína no influye en la salud mental, y que los profesionales opinaran lo contrario.

Las consecuencias para la salud mental derivadas del uso de la cocaína más mencionadas son, entre otras: paranoia (sobre todo entre usuarios de crack), pérdida de memoria, depresión, ansiedad, pérdida de facultades cognitivas o de capacidad intelectual, apatía, cambios de humor, agresividad, retraimiento social y baja autoestima. Un pequeño número de encuestados habló de alucinaciones, psicosis, sociopatía y comportamiento compulsivo-obsesivo. Aunque estas alteraciones pueden ser problemáticas mientras duran, suelen ser transitorias. Por otra parte, no es fácil saber qué papel desempeña la cocaína en la aparición de estos problemas mentales, y qué papel desempeñan los trastornos psicológicos preexistentes y el uso de otras drogas.

Muchos de los encuestados creen que la cocaína tiene un efecto negativo sobre los estudios escolares y la concentración. En lo que se refiere a los efectos de la cocaína sobre la capacidad creativa o artística, hay división de opiniones. En general, una ligera mayoría de encuestados y centros considera que el uso de la cocaína a corto plazo y en pequeñas dosis aumenta el potencial creativo; pero muchos otros no lo creen así o no disponen de suficiente información para opinar. Fueron pocos los que mencionaron los tipos de actividades creativas o artísticas con las que se podría vincular la cocaína, pero Providence y Seúl se refieren al uso de la cocaína para mejorar las actuaciones musicales.

El uso intensivo y a largo plazo también se asocia con síntomas psicóticos, como delirios y agresividad. El perfil de país del Canadá apunta que la mayoría de usuarios de cocaína que experimenta problemas crónicos o graves son usuarios habituales, y que sólo una minoría de usuarios de cocaína muestra patrones de uso que podrían acabar convirtiéndose en dificultades más importantes. Se señala que los usuarios de cocaína están implicados en un número desproporcionado de intentos de suicidio y, seguramente, de casos de suicidio. Se indica asimismo la existencia de violencia doméstica entre algunos usuarios de cocaína pero, de nuevo, es difícil identificar el papel concreto que desempeña el uso de la cocaína.

La dependencia de la cocaína es otro motivo de preocupación para las autoridades sanitarias. Sin embargo, la mayoría de los encuestados afirma que la dependencia de la cocaína es algo muy poco común y que, en la mayoría de los casos, hay otras drogas de por medio. La vulnerabilidad a la dependencia se relaciona con una serie de factores, entre los que se incluye la intensidad de uso, la forma del producto de la coca –se considera que el crack y la pasta de coca son altamente adictivos– y otros aspectos de la personalidad, como la autoestima y el autocontrol. El uso de la cocaína con otras drogas aumenta el riesgo de dependencia de una o varias de las drogas usadas.

4.4 Consecuencias sociales

El problema asociado al uso de la cocaína que más se menciona es que se percibe un aumento de los actos delictivos, sobre todo del robo y la violencia. Se dice que el uso de la cocaína crea problemas familiares, contribuye al desempleo o a una menor productividad, fomenta la

delincuencia juvenil, incrementa la prostitución y promueve la corrupción (sobre todo dentro de los cuerpos encargados de hacer cumplir la ley).

El uso de crack y de pasta de coca se asocia a la violencia, el desempleo y la marginación social. Lo que no está claro es si el uso de la droga conduce al desempleo y a la violencia o si todos estos problemas sociales están causados por otros problemas, a menudo sistémicos, relacionados con la pobreza y la marginación social.

Los estudios de informantes clave muestran también que la relación entre cocaína y violencia es muy compleja. La mitad de los centros manifiesta no tener conocimiento de que exista un vínculo entre el uso de la cocaína y casos de agresión; en ocasiones, se indica que los informantes tienen opiniones muy confusas sobre este asunto. Sólo El Cairo, Flagstaff, Harare, Medellín, Quito y Seúl sostienen que el uso de la cocaína suele fomentar la violencia. Más sorprendente aún es la disparidad entre lo que opinan los usuarios e intermediarios sobre la violencia y lo que opinan los profesionales. Los usuarios y los intermediarios, que tienden a subrayar los aspectos positivos del uso de la cocaína, son más propensos a pensar que éste fomenta la violencia. Los profesionales, que siempre destacan los aspectos negativos del uso de la cocaína, son menos propensos a asociar dicho uso con un comportamiento violento. La mayoría de los encuestados en Barcelona, Cochabamba, Rio de Janeiro, Sydney y Vancouver llegan a la conclusión de que el uso de la cocaína no tiene ninguna relación con los comportamientos violentos.

En cuanto a los problemas legales, se considera que son más frecuentes y graves entre los usuarios a largo plazo de grandes dosis, pero que son poco comunes entre los usuarios ocasionales. Las principales preocupaciones mencionadas por los informantes son: posesión de drogas, tráfico o venta, o delitos (como fraude, asalto, robo o trabajo sexual) cometidos para obtener dinero con el que comprar cocaína. Los encuestados de Quito, Ciudad de México y Providence apuntan que la capacidad de los usuarios a la hora de encarar los problemas legales suele depender de la posición socioeconómica del usuario. Así, mientras los arrestos son habituales entre los usuarios más pobres o pertenecientes a minorías, se considera que las personas acomodadas y con influencias políticas son prácticamente inmunes a la actuación policial.

Conseguir cocaína y productos de la coca en aquellos países donde la posesión, el uso y el suministro son ilegales plantea muchos riesgos, incluidos el fraude, la extorsión o el asalto. La principal amenaza para la mayoría de los usuarios es la de la participación policial. Muchas veces, los productos de la coca adquiridos en el “mercado negro” están adulterados o “cortados” con un gran número de aditivos, que van desde bicarbonato sódico, aspirina, laxantes o anfetaminas a azúcar, harina, leche en polvo y ladrillo en polvo.

La mayoría de los encuestados y centros señala que el uso de cocaína tiene un efecto negativo sobre la posición económica de los usuarios. Muchos indican también que los usuarios incontrolados e intensivos se enfrentan con mucha probabilidad al despido y al desempleo a largo plazo, lo cual deja a esos usuarios en la miseria. Sin embargo, la mitad de los centros apuntan que las consecuencias económicas dependen de las características de los usuarios y de los patrones de consumo. Por ejemplo, los encuestados de Vancouver observan que los usuarios ocasionales sufren unas dificultades económicas nulas o mínimas incluso tras muchos años de uso. Algunos encuestados advierten que la cocaína representa una industria muy provechosa para los productores y distribuidores, así como para algunas comunidades.

Muchos países señalan que el uso de la cocaína tiene efectos negativos sobre la interacción social, y los usuarios habituales cada vez se aíslan más, se vuelven más desconfiados y se centran en buscar y usar más cocaína. Sin embargo, puede que las personas que se convierten en usuarios intensivos lo hagan **a causa de** su aislamiento social y de problemas familiares. Los informantes de Barcelona, Providence, Sydney y Vancouver manifiestan que el uso de la

cocaína influye de forma muy positiva en la interacción social, ya que hace que los usuarios ocasionales se muestren habladores y simpáticos, y que sean bien aceptados.

De forma parecida, aunque la mayoría de los centros afirma que el uso de la cocaína provoca rupturas en las relaciones con familiares y amigos, muchos informantes consideran que el uso controlado u ocasional de cocaína no afecta a dichas relaciones. Algunos encuestados manifiestan que puede que las familias se avergüencen de los usuarios y los rechacen, mientras que otros sugieren que puede que los usuarios intensivos actúen de forma más suspicaz, agresiva o violenta, por lo que es posible que la pareja y los familiares comiencen a temer al usuario y a aislarlo. Los usuarios de Flagstaff y Sydney creen que las parejas son más vulnerables cuando ambos miembros son consumidores de cocaína, ya que la competencia por conseguir la droga puede ser una fuente de conflictos.

4.5 Consecuencias del uso de la hoja de coca

Todos los usuarios de la hoja de coca subrayan la utilidad de una mayor energía y de los usos terapéuticos, así como su importancia simbólica y ritual. Los usuarios que forman parte de la cultura andina tradicional destacan su cultura sagrada.

Los encuestados en Cochabamba recalcan que los campesinos indígenas mascan grandes cantidades de hoja de coca durante décadas y no manifiestan efectos adversos por el uso continuado. El informe de Colombia señala que no se tiene constancia de que el hábito del *acullico* (véase el punto 3.5 del resumen anterior) haya causado daños perceptibles en la salud física o mental. Es probable que se llegara a la misma conclusión en el caso de los usuarios de otros productos de la coca “naturales”, como la goma de mascar y las bolsitas de té.

Los informantes de Cochabamba indican que la coca reporta beneficios económicos a los campesinos indígenas porque los ayuda a aumentar la producción en el cultivo, la pesca y la minería. Los informantes de Medellín apuntan que los chamanes utilizan hoja de coca en los rituales religiosos para reforzar sus poderes.

Aunque cabe la posibilidad de que el uso de la hoja de coca pueda estar vinculado a algunos problemas sanitarios no detectados hasta el momento, se trata de algo improbable. Sería mucho más interesante descubrir si el mascado de la hoja de coca puede tener efectos positivos sobre la salud y si esos efectos son trasladables de los contextos tradicionales a otros países y culturas.



Respuestas a problemas sanitarios

Aunque muchos países han desarrollado estrategias nacionales integrales en materia de drogas, la realidad es que las respuestas ante los problemas sanitarios relacionados con la cocaína están mal coordinadas, son incoherentes, a menudo no están adaptadas a la cultura y normalmente son ineficaces.

Estas respuestas se podrían clasificar en las categorías siguientes:

- prevención del uso de la cocaína y de los problemas relacionados con éste, incluidos programas educativos sobre los efectos sanitarios y de otro tipo del uso de la cocaína;
- tratamiento de problemas relacionados con la cocaína, sobre todo de casos de intoxicación aguda, episodios de euforia y dependencia;
- control de la oferta de cocaína mediante la aplicación de la ley, la substitución de cultivos y otras medidas.

Muchos encuestados profesionales e intermediarios, así como usuarios de cocaína, consideran que las políticas de fiscalización de drogas, que se basan casi exclusivamente en medidas represivas, tienen grandes limitaciones. Muchos informantes clave opinan que los actuales enfoques nacionales y locales, que dan demasiada importancia a las medidas punitivas, contribuyen al desarrollo de problemas relacionados con la salud.

5.1 Prevención y educación

A pesar del amplio abanico de enfoques educativos y preventivos, la mayoría de programas no evitan los mitos, sino que perpetúan los estereotipos e informan mal al público. Estos programas se basan en afirmaciones sensacionalistas y exageradas sobre la cocaína, con lo que se da una información errónea sobre los patrones de uso, se estigmatiza a los usuarios, y se acaba con la credibilidad del educador. Esto ha dado a la mayoría de campañas educativas una imagen de ingenuidad y ha minado la confianza en la calidad y la certeza de estas campañas.

Las actividades para prevenir los problemas relacionados con el uso de la cocaína prácticamente no existen. En la mayoría de países, los programas para evitar el uso de la cocaína son mínimos. En el Brasil, por ejemplo, hay poca documentación oficial sobre la naturaleza de las actividades de prevención, que corren a cargo de organizaciones no gubernamentales, como centros Rotary y Lions, iglesias, sindicatos, etc. En Bolivia, el Brasil, Colombia y Ecuador se realizan campañas mediáticas fundamentadas en el miedo.

5.1.1 Campañas mediáticas

Los perfiles de país de los Estados Unidos y los Países Bajos son totalmente distintos en lo que se refiere al enfoque general sobre el empleo de campañas mediáticas. Los investigadores estadounidenses consideran que los diarios, la radio y la televisión desempeñan un papel importante en la reducción de la demanda de drogas. El informe neerlandés indica que las campañas publicitarias no han conseguido prevenir los problemas relacionados con las drogas, sobre todo cuando enfatizan los peligros, las advertencias y los “hechos” sensacionalistas. Por lo tanto, los neerlandeses han descartado el enfoque mediático y los

programas divulgativos y educativos se dirigen a los grupos “de riesgo”, y se canalizan mediante agentes sociales y personas que trabajan con jóvenes.

Muchas campañas de prevención no se basan en una comprensión adecuada de las necesidades de los grupos a los que va destinada. Por lo general, no contemplan la necesidad de incluir a miembros del grupo destinatario en la planificación, la elaboración y la ejecución de los programas de creación de material educativo e informativo.

Normalmente, los usuarios de cocaína consideran que los profesionales de la salud y de otros ámbitos relevantes están mal informados sobre la verdadera naturaleza y el alcance de los problemas relacionados con la cocaína. Por ejemplo, los profesionales sanitarios entrevistados en este estudio no conocían en muchos casos los patrones predominantes de uso de cocaína en combinación con otras drogas.

5.1.2 Programas educativos

Los programas educativos deben ser integrales y no se deben centrar únicamente en la cocaína o en las drogas ilícitas. Los programas integrales evitan estigmatizar a estos usuarios de drogas y animan a los usuarios de cocaína a pasarse a otras drogas. Los centros en Ibadan, Lima y Sydney identifican muchos organismos gubernamentales y privados que patrocinan campañas educativas locales, regionales y nacionales.

En algunos países participantes, los programas educativos sobre drogas están muy extendidos en las escuelas, pero no suelen estar integrados en otras medidas extraescolares y su cobertura e intensidad suelen ser escasas. Por ejemplo, en Colombia sólo el 20% de las instituciones educativas ofrecen programas educativos sobre drogas, aunque los Estados Unidos y varios estados australianos afirman que prácticamente todas las escuelas han implantado programas de prevención de drogas.

El sistema educativo sobre drogas en los Países Bajos es poco corriente, ya que ofrece a los escolares información sobre el alcohol y las drogas como parte de un programa más general sobre comportamientos saludables y habilidades sociales que les preparen para poder enfrentarse a los riesgos de la vida en general. Se espera que los escolares tomen decisiones responsables; que las organizaciones hagan un uso responsable de los fondos del gobierno para desarrollar, ejecutar y evaluar programas de educación sanitaria; y que los municipios desarrollen actividades de fomento de la salud para el público en general. Por lo tanto, las escuelas suelen poder decidir cómo poner en práctica sus propios programas.

5.1.3 Material educativo

Los informes de los países participantes aluden a una gran variedad de material educativo e informativo. Ese material incluye desde los conocidos boletines, panfletos, libros, anuncios, vídeos y revistas hasta otros menos habituales como programas de ordenador, psicodramas televisivos, programas radiofónicos y *jingles*, y seminarios periódicos. La mayor parte de este material parece ser superficial, morbos, demasiado negativo y no consigue llegar a subgrupos como usuarios homosexuales, jóvenes y mujeres embarazadas. La irrelevancia cultural del material informativo y educativo supone un gran problema, sobre todo en lo que se refiere a la distribución de material estadounidense en otros países sin intentar valorar su pertinencia cultural o su eficacia concreta.

Normalmente, la eficacia de las actividades preventivas no se evalúa. Incluso en países desarrollados donde hay una coordinación nacional entre actividades educativas y preventivas (como en el Canadá), no se destinan fondos —o se destinan muy pocos— a la evaluación. Se considera que la mayoría de campañas preventivas son malas o, en el mejor de los casos, sólo medianamente eficaces. Los encuestados profesionales que trabajan en el ámbito de la prevención son los únicos que afirman que las campañas preventivas son eficaces. Se opina

que algunas campañas son meramente simbólicas o que tienen motivaciones políticas, y lo habitual es que se usen métodos obsoletos (como enfoques basados sólo en la información).

5.1.4 Prevención entre grupos especiales

Varios países consideran que se da una mayor prioridad a prevenir la propagación del VIH entre los usuarios de cocaína que a prevenir cualquier otro problema asociado con el uso de la cocaína. Sin embargo, la mayoría de países no ofrece programas educativos a los usuarios de cocaína inyectada, aunque en varios países sí se da información sobre la importancia de no compartir agujas al público en general.

Son pocos los países en que hay programas educativos destinados a grupos especiales, como prisioneros o mujeres embarazadas. Australia, México, los Países Bajos y el Perú tienen programas educativos para prisioneros, normalmente sobre la inyección de drogas y el VIH/SIDA. Colombia, la Federación de Rusia y México tienen programas educativos para mujeres embarazadas. Australia, Colombia, Nigeria y los Estados Unidos mencionan programas educativos en el ámbito laboral, aunque se considera que su cobertura e intensidad no son ideales.

5.2 Tratamiento

La mayoría de servicios de tratamiento están mal coordinados, y a menudo no están adaptados a la cultura ni consiguen alcanzar el objetivo de la rehabilitación. A diferencia de la heroína (el enfoque de tratamiento con metadona es reconocido y eficaz), la dependencia de la cocaína carece de un tratamiento estándar. Prácticamente ningún país ofrece tratamiento especializado para los casos de dependencia de la cocaína o los problemas relacionados. En la mayoría de países participantes, hay centros de tratamiento privados a los que pueden acceder los usuarios de cocaína con recursos económicos, y servicios de tratamiento gratuitos, de bajo coste o sin fines de lucro que no disponen de los fondos necesarios y están saturados por la demanda.

En muchos casos, los usuarios de cocaína no pueden nombrar ningún tipo o lugar de tratamiento de cocaína. En general, los pocos usuarios de cocaína que buscan tratamiento lo hacen más bien por una mala salud y problemas en el trabajo y con las relaciones personales que por la preocupación de las consecuencias legales. Los pobres y los usuarios muy dependientes son los que tienen más probabilidades de ser rechazados al buscar tratamiento. La mayoría de personas que padece problemas relacionados con la cocaína acaban recuperándose sin recibir un tratamiento formal.

5.2.1 Enfoque basado en la abstinencia

Los enfoques de tratamiento oficiales tienden a intentar únicamente que los usuarios dejen de consumir en lugar de ayudarlos a reducir el daño derivado del uso de la cocaína. Algunos informantes clave ven estos modelos basados en la abstinencia como inflexibles. Las medidas para la reducción del daño podrían incluir estrategias para disminuir o controlar el uso de la droga, o para esnifar cocaína en lugar de usar crack, pasta de coca o inyectarse cocaína. La mayoría de servicios de tratamiento se basa en la desintoxicación, la psicoterapia y el asesoramiento para fomentar la rehabilitación. Algunos programas ofrecen servicios de tratamiento más amplios, como farmacoterapia, terapia familiar o grupal, terapia física, deportiva u ocupacional, modificación del comportamiento y consejo espiritual.

En más de la mitad de los 19 centros estudiados, hay servicios de acupuntura y una serie de servicios no médicos, como comunidades religiosas, cura por la fe y opciones de tratamiento indígena en centros como Cochabamba, Ibadan, Medellín, Rio de Janeiro, São Paulo y San Petersburgo.

Es habitual que el usuario acuda al tratamiento de forma obligada o contra su voluntad. La mayoría de los usuarios que se tratan por uso de cocaína se ven forzados a iniciar el

tratamiento por la policía o los tribunales, o por la coacción de familiares y amigos. Hay que investigar la eficacia de estos enfoques. En muchos países, la accesibilidad de los servicios a mujeres y a grupos desfavorecidos socialmente (como personas sin techo, jóvenes de la calle y trabajadores sexuales) es escasa.

No hay un tratamiento único que sea eficaz contra los problemas asociados con el uso de la cocaína. Los servicios deben adoptar un enfoque integrado y ofrecer una amplia gama de opciones que pueda ser de utilidad para los diversos usuarios de cocaína. Algunos países han elaborado una estructura modelo coherente para los servicios de tratamiento:

1. Unidades hospitalarias de emergencias.
2. Servicios de desintoxicación.
3. Centros de atención ambulatoria.
4. Centros de tratamiento para pacientes hospitalizados (hospitales psiquiátricos, centros especializados en el tratamiento del uso indebido de sustancias).
5. Comunidades terapéuticas (normalmente sin fármacos).
6. Grupos de rehabilitación social/autoayuda.

Para la mayoría de países, ésta es sin duda una estructura idealizada. Cuando se describen los servicios de tratamiento de drogas, se alude de forma sistemática a su mala coordinación, a la falta de recursos en materia de equipamiento y material, y a la falta de personal bien formado.

5.2.2 Formación

Prácticamente todos los centros señalan que el personal dedicado al tratamiento carece de la formación y los conocimientos adecuados sobre el tratamiento de cocaína y otras drogas. Los informantes opinan que muchos de los profesionales encargados del tratamiento de usuarios tienen poca información sobre el espectro de uso de la cocaína y sobre cuáles son los mejores enfoques de tratamiento, por lo que saben poco sobre los diversos tipos de patrones de uso de la cocaína y sus consecuencias.

En más del 25% de los países, las personas que reciben tratamiento sufren maltratos, que van desde la explotación económica y sexual, la falta de atención y agresiones al maltrato psicológico. Algunos centros de tratamiento muestran un entusiasmo excesivo por la administración de fármacos psiquiátricos, tranquilizantes fuertes como las fenotiazinas, y antidepresivos tricíclicos.

Aunque algunos tratamientos farmacológicos (con benzodiazepinas, por ejemplo) pueden ayudar a abandonar el uso de la cocaína y a manejar el síndrome de abstinencia, hay que investigar más sobre su uso adecuado. Es también necesario emprender investigaciones para desarrollar nuevos agentes farmacológicos con este fin.

El papel de los grupos de autoayuda (como Toxicómanos Anónimos) es visto como algo valioso en algunos países, aunque en otros son ignorados. Sin embargo, muchos informantes manifiestan que los grupos de autoayuda que subrayan su orientación religiosa provocan el distanciamiento o el rechazo de posibles beneficiarios. El papel del personal no profesional en el tratamiento, sobre todo de ex usuarios, no está claro. Los programas basados en creencias o modelos religiosos están muy extendidos, pero se desconoce su eficacia porque no suelen evaluarse ni analizarse de forma crítica.

El tratamiento de cocaína ofrecido a los prisioneros suele ser distinto del ofrecido al resto de la comunidad. Varios países no disponen de un tratamiento para prisioneros y, en los países

donde sí los hay, son mínimos. Estos programas suelen implicar actividades basadas en el trabajo (en granjas dirigidas por la policía o por el estado), que a veces se combinan con una comunidad terapéutica con asesoramiento de apoyo prestado por profesionales o por voluntarios (a menudo del clero) y con grupos de autoayuda.

5.3 Disponibilidad y control de la oferta

En casi todos los países estudiados, la mayoría de la gente que tiene el dinero suficiente para comprar cocaína y productos afines –y que conoce a un proveedor– puede obtener la droga aunque ésta sea ilegal. La posesión, el uso, el suministro, el tráfico, la importación y la producción de cocaína, de pasta de coca y de crack son ilegales en todos los países participantes, excepto en Bolivia, Colombia, España, la Federación de Rusia y el Perú, donde no se penaliza la posesión de pequeñas cantidades para el consumo personal e inmediato. La posesión y el uso de hojas de coca por encima de los 1.000 metros son ilegales en Bolivia y el Perú.

En ocasiones, la cocaína se consigue con regalos o a cambio de mercancías o sexo. Conseguir cocaína y productos de la coca en aquellos países donde la posesión, el uso y el suministro son ilegales plantea muchos riesgos, incluidos el fraude, la extorsión o el asalto. La principal amenaza para la mayoría de los usuarios es la de la participación policial. Muchas veces, los productos de la coca adquiridos en el “mercado negro” están adulterados o “cortados” con un gran número de aditivos.

5.3.1 Aplicación de la ley

La aplicación de la ley se dirige a los usuarios, los proveedores y los traficantes, pero se cree que centra sus esfuerzos en los primeros. Los usuarios de grupos minoritarios o con un nivel socioeconómico bajo son los más susceptibles de ser arrestados y procesados, mientras que los usuarios con una mejor posición económica son prácticamente inmunes a las acciones judiciales y son encarcelados en raras ocasiones.

Se considera que las políticas de drogas prohibicionistas y su aplicación son represivas e ineficaces, y que los policías son corruptos. Las medidas de aplicación de la ley fomentan probablemente la corrupción, la violencia, la adulteración de los productos de la coca y las actividades del “mercado negro”. En muchos países, las autoridades encargadas de la aplicación de la ley y las autoridades sanitarias discrepan notablemente sobre los riesgos que entraña el uso de la cocaína. Los programas integrales de formación sobre drogas para profesionales deberían incluir a los cuerpos policiales.

En muchos centros, los usuarios de cocaína expresaron sus quejas sobre el nivel de corrupción entre los funcionarios de los organismos encargados de hacer cumplir la ley y hablaron de abusos de los derechos humanos. Los usuarios dejaron claro que, por lo general, esos abusos no conseguirían cambiar su comportamiento con respecto al uso de la droga.



Conclusiones

6.1 Metodología

El Proyecto Cocaína de la OMS y el UNICRI es el mayor estudio mundial sobre la cocaína hasta la fecha. El proyecto utilizó varios métodos para recopilar la información, incluidas entrevistas en profundidad a cientos de usuarios de cocaína y otros actores clave, una revisión de la documentación científica sobre el tema, y un análisis de los datos existentes de los países participantes. Los métodos de investigación desarrollados para el proyecto se pueden ahora emplear para recopilar información sobre la cocaína en otros países y datos sobre otras drogas. Estos proyectos elaboraron:

- Perfiles de países en materia de cocaína de 19 países;
- Estudios de informantes clave –desde usuarios de drogas a personas con amplios conocimientos sobre la cocaína– de 19 ciudades;
- El informe Estudio de Historia Natural de cuatro lugares.

En muchos de los países que participaron en el proyecto, ésta era la primera vez que se procuraba dar respuestas detalladas a cuestiones complejas sobre asuntos relacionados con las drogas. En varios países en desarrollo, la elaboración del perfil del país ayudó a establecer un sistema adecuado para la recopilación de datos sobre drogas.

Muchos de los investigadores que participaron en los estudios de informantes clave apuntan que ésta fue la primera vez que en que dispusieron de la posibilidad de recopilar información sistemática sobre los patrones y las consecuencias del uso de cocaína. Prevén emplear estudios parecidos para hacer un seguimiento de las drogas, de las tendencias de su uso y de nuevos productos, así como para analizar otras drogas, regiones y subculturas.

6.2 Patrones

Una de las conclusiones más evidentes del proyecto Cocaína de la OMS y el UNICRI es que es imposible describir a un “usuario medio de cocaína”. El estudio encontró una gran variedad en lo que se refiere al tipo de personas que usa cocaína, la cantidad de droga usada, la frecuencia de uso, la duración y la intensidad del uso, y los motivos que inducen al uso. A pesar de ello, en los países participantes se observaron tres patrones generales de uso:

1. La inhalación de clorhidrato de cocaína es, con mucho, el uso más popular de los productos de la coca en todo el mundo. La mayoría de países y centros participantes no documentaron problemas significativos relacionados con la cocaína entre este grupo de usuarios.
2. El hábito de fumar pasta de coca y crack, y la inyección de clorhidrato de cocaína representan comportamientos minoritarios en los países estudiados, y suelen darse entre desempleados, personas sin techo, sectores pobres y otros grupos minoritarios y marginados socialmente, como trabajadores sexuales y jóvenes de la calle. Los usuarios de estos productos de la coca suelen verse como personas degeneradas moralmente y como delincuentes.

3. El último patrón es el uso tradicional de hojas de coca entre algunos pueblos indígenas de la Argentina, Bolivia, el norte de Chile, Ecuador y el Perú, así como entre algunos grupos del Brasil y Colombia. El consumo de la hoja de coca forma parte integral de la tradición cultural andina y su cosmovisión. Para la mayoría de usuarios, la hoja de coca sigue teniendo un carácter sagrado. Aumentar la energía está entre sus usos principales y tiene funciones terapéuticas, sagradas y sociales.

Normalmente, los usuarios de cocaína consumen también otra serie de drogas. El uso “puro” de cocaína parece ser muy limitado y son pocas las personas que empiezan a experimentar con la cocaína. La mayoría de usuarios de cocaína tiene un antecedente de uso de drogas y, a menudo, un largo historial de uso de varias drogas. En general, en los países participantes las personas que han consumido cocaína son menos que las que han consumido alcohol, tabaco o cannabis. Además, en la mayoría de países la cocaína no es la droga asociada con los mayores problemas.

El uso de la cocaína se puede clasificar según su duración, que incluiría:

- uso experimental
- uso ocasional
- uso situacional o específico
- uso intensivo
- uso compulsivo/disfuncional

Los usos experimental y ocasional son sin duda los tipos de uso más comunes, mientras que el uso compulsivo/disfuncional es mucho menos frecuente. Los usuarios compulsivos o disfuncionales suelen tener graves problemas relacionales, laborales, legales y sanitarios.

6.3 Consecuencias

En todos los países participantes, los problemas sanitarios asociados al uso de sustancias legales, sobre todo alcohol y tabaco, son mayores que los derivados del uso de la cocaína. Además, en muchos países, otros problemas crónicos relacionados con la pobreza, el hambre, enfermedades infecciosas, guerras y desórdenes sociales eclipsan cualquier problema sanitario relacionado con el uso de la cocaína. La mayoría de países participantes coincide en que el uso ocasional de cocaína no suele desembocar en problemas sociales o físicos graves y ni siquiera menores.

Las consecuencias que se persiguen con el uso de la cocaína son euforia, estimulación, seguridad y, en algunos casos, mayor disfrute del sexo. Pocos informantes describen la cocaína como una sustancia indefectiblemente nociva. Por lo general, se considera que los problemas relacionados con la cocaína son más habituales entre los usuarios intensivos de grandes dosis, mientras que los usuarios ocasionales de pequeñas dosis no presentan problemas conocidos o, si lo hacen, es en muy raras ocasiones. Sin embargo, parece que haya una paradoja en el hecho de que pueden surgir mayores problemas relacionados con el uso de la cocaína al tiempo que los niveles generales de uso están disminuyendo. Este aumento de los problemas podría estar relacionado con cambios en lo que se refiere a las vías de administración o con un incremento del uso de la cocaína por parte de grupos marginados y el descenso del uso entre las personas más acomodadas.

Las consecuencias físicas negativas derivadas del uso de la cocaína que más se mencionan son, entre otras: pérdida de apetito y de peso, problemas en los senos paranasales, tabique nasal perforado, marcas y bloqueo de las venas con la inyección, y daños en los sistemas

cardiovascular, pulmonar o nervioso. Hay una serie de mitos extendidos pero pocos estudios científicos sobre la relación entre cocaína y comportamiento sexual. El uso de la cocaína se asocia con el aumento de los índices de enfermedades de transmisión sexual y con el incremento de la propagación del SIDA, tanto por vía sexual como por el intercambio de jeringuillas.

La mayoría de las consecuencias sanitarias mencionadas no tiene por qué atribuirse directamente al uso de cocaína. La cocaína, más que causar los trastornos mencionados, suele propiciarlos o exacerbarlos. Estos hallazgos plantean reflexiones importantes para las políticas en materia de drogas y apuntan a la necesidad de volver a estudiar el proceso seguido para efectuar evaluaciones clínicas sobre los efectos de la cocaína.

Hay una serie de problemas de salud mental que se asocian con el uso de la cocaína, aunque éstos suelen limitarse a los usuarios de grandes dosis. Las consecuencias para la salud mental derivadas del uso de la cocaína más mencionadas son, entre otras: paranoia (sobre todo entre usuarios de crack), pérdida de memoria y respuesta retardada, depresión (sobre todo entre los usuarios de pasta de coca), ansiedad, pérdida de facultades cognitivas o de capacidad intelectual, apatía, cambios de humor, agresividad, retraimiento social y baja autoestima. Un pequeño número de encuestados habló de alucinaciones, psicosis, sociopatía y comportamiento compulsivo-obsesivo.

Aunque estas alteraciones pueden ser problemáticas mientras duran, suelen ser transitorias. Por otra parte, no es fácil saber qué papel desempeña la cocaína en la aparición de estos problemas mentales, y qué papel desempeñan los trastornos psicológicos preexistentes y el uso de otras drogas.

El problema asociado al uso de la cocaína que más se menciona es que se percibe un aumento de los actos delictivos, sobre todo del robo y la violencia. Se dice que el uso de la cocaína crea problemas familiares, contribuye al desempleo o a una menor productividad, fomenta la delincuencia juvenil, incrementa la prostitución y promueve la corrupción (sobre todo dentro de los cuerpos encargados de hacer cumplir la ley).

El uso de crack y de pasta de coca se asocia a la violencia, el desempleo y la marginación social. Lo que no está claro es si el uso de la droga conduce al desempleo y a la violencia o si todos estos problemas sociales están causados por problemas relacionados con la pobreza y la marginación social.

El uso de las hojas de coca no parece tener efectos físicos negativos y podría tener un valor terapéutico como tónico.

6.4 Respuestas

Aunque muchos países han desarrollado estrategias nacionales integrales en materia de drogas, la realidad es que las respuestas ante los problemas sanitarios relacionados con la cocaína están mal coordinadas, son incoherentes, a menudo no están adaptadas a la cultura y normalmente son ineficaces. A la luz de la baja intensidad de los problemas relacionados con la cocaína en la mayoría de países actualmente, los informantes clave consideran que las respuestas a los problemas existentes deberían integrarse en las respuestas nacionales y locales que se dan a los problemas relacionados con otras sustancias.

Los estudios detectaron que las políticas de fiscalización de drogas, que se basan casi exclusivamente en medidas represivas, tienen grandes limitaciones. Los actuales enfoques nacionales y locales, que dan demasiada importancia a las medidas punitivas, podrían de hecho contribuir al desarrollo de problemas relacionados con la salud. Se estima que sería deseable dar respuestas más humanas y comprensivas, como programas de educación,

tratamiento y rehabilitación, para contrarrestar la dependencia excesiva de medidas represivas en la aplicación de la ley.

A pesar del amplio abanico de enfoques educativos y preventivos, el proyecto ha llegado a la conclusión de que la mayoría de programas no evitan los mitos, sino que perpetúan los estereotipos e informan mal al público. La mayoría de los servicios de tratamiento están mal coordinados, y a menudo no están adaptados a la cultura ni consiguen alcanzar el objetivo de la rehabilitación. Los pobres y los usuarios muy dependientes son los que tienen más probabilidades de ser rechazados al buscar tratamiento.

La mayoría de la gente que tiene el dinero suficiente para comprar cocaína y productos afines –y que conoce a un proveedor– puede obtener la droga aunque ésta sea ilegal en la mayoría de países estudiados. Los usuarios de grupos minoritarios o con un nivel socioeconómico bajo son los más susceptibles de ser arrestados y procesados, mientras que los usuarios con una mejor posición económica son prácticamente inmunes a las acciones judiciales y son encarcelados en raras ocasiones. Los encuestados expresaron su preocupación por el nivel de corrupción entre los funcionarios de los organismos encargados de hacer cumplir la ley y hablaron de abusos de los derechos humanos. Los usuarios dejaron claro que, por lo general, esos abusos no conseguirían cambiar su comportamiento con respecto al uso de la droga.

6.5 El futuro

La mayoría de autoridades coinciden en que esperar erradicar el uso de la cocaína y de otras drogas no es realista. Sin embargo, si el uso de ciertas sustancias continúa, el daño derivado de éste no tiene por qué ser inevitable. En la mayoría de países participantes, una minoría de personas empiezan a usar cocaína o productos afines, los usan tranquilamente durante un mayor o menor período, y no sufren consecuencias negativas –o sufren muy pocas– incluso tras años de uso. Esto sugiere que, si no eliminar por completo, sí es posible reducir el uso nocivo de la cocaína.

Las previsiones sobre las tendencias futuras en el uso de la cocaína se corresponden con dos patrones. El primero considera que el uso de la cocaína se está estabilizando o disminuyendo ligeramente, sobre todo entre la clase media. El segundo opina que el uso de la cocaína se está extendiendo en forma descendente de las clases más altas a las inferiores. El uso de la pasta de coca podría estar aumentando en los países andinos, especialmente en Ecuador, y el uso del crack se ha popularizado tanto como la inhalación de cocaína (o quizá se ha vuelto incluso más popular) en centros como Flagstaff, Ibadan, Providence, algunas zonas de San Francisco y São Paulo. Por otro lado, El Cairo, Cochabamba, Harare, Lima, Quito y Sydney indican que no se tiene constancia del uso de crack o se registra un uso limitado.

Otras ciudades, como Ciudad de México, San Petersburgo, Seúl y Vancouver señalan que el uso de crack constituye un problema menor, aunque podría ser motivo de preocupación en el futuro. El uso de crack parece estar aumentando en el Brasil y Nigeria, y entre ciertos grupos, como trabajadores sexuales y usuarios de opiáceos en los Países Bajos.

Los índices de inyección parecen ser relativamente estables en los países estudiados, y estar disminuyendo en algunos países por el miedo al contagio de VIH. Hay zonas aisladas, como Rio de Janeiro (Brasil) y São Paulo, donde la inyección de cocaína se ha convertido en algo muy habitual, aunque ahora parece que en estos centros está ganando popularidad pasarse al uso de crack.

Con miras al futuro, el principal interrogante es si las organizaciones internacionales, como la OMS y el Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas, y los gobiernos nacionales seguirán centrandose en la reducción de la oferta (mediante la destrucción o la sustitución de cultivos y otras medidas de represión) frente a las críticas y el escepticismo crecientes sobre la eficacia de estos enfoques. Países como

Australia, Bolivia, el Canadá y Colombia están interesados en estudiar una serie de opciones para legalizar y despenalizar el uso y la posesión personales de cocaína y otros productos afines. Es necesario efectuar más análisis sobre los efectos negativos de las políticas y estrategias actuales y desarrollar enfoques innovadores.

Otra cuestión importante está relacionada con la puesta en práctica de un enfoque de reducción del daño en materia de políticas de drogas, prevención, educación y tratamiento. Este tipo de enfoque debería dejar de centrarse exclusivamente en la abstinencia y perseguir diversos objetivos. Así, a los abstinentes y a los usuarios de algunos productos de la coca se les debería recomendar la abstinencia, y a los usuarios que no estén preparados para abstenerse recomendarles que usen la droga de la forma más segura posible. Este enfoque ya forma parte de las políticas de varios países participantes, y muchos otros países están estudiando de qué forma los enfoques de reducción del riesgo pueden ayudar a controlar los problemas relacionados con el uso de drogas.

Para prever y gestionar las consecuencias negativas derivadas del uso de sustancias, es imprescindible tener información precisa y adecuada sobre los motivos que inducen al uso de drogas y los factores de riesgo para pronosticar el daño. Las comparaciones entre las consecuencias negativas y positivas del uso de la cocaína pueden mejorar la salud al permitir que los grupos “de riesgo” puedan tomar decisiones fundamentadas sobre el inicio o la continuación del uso. Para reducir los riesgos, también se necesita información sobre si la cocaína provoca problemas o sólo exacerba los de aquellos sectores pobres o marginados socialmente. Otro factor clave que habría que analizar es el contexto cultural en que se da el uso de la cocaína a fin de garantizar que los materiales educativos e informativos sean pertinentes desde el punto de vista cultural.

Finalmente, algunos países instan a efectuar nuevas investigaciones, exhaustivas y objetivas, sobre las motivaciones que subyacen al uso de drogas, las consecuencias a corto y a largo plazo del uso de la cocaína, tratamientos alternativos y más eficaces para la dependencia, y el uso en zonas rurales.



Recomendaciones

7.1 Recomendaciones generales

1.1 La OMS debería animar a todos los Estados miembro a garantizar que todas las cuestiones relacionadas con la cocaína se integren en estrategias nacionales integrales sobre drogas y programas sanitarios.

1.2 La OMS debería desarrollar un programa de actividades de cinco años de duración integrado en un marco estratégico más amplio con el objetivo de reducir el nivel de daño relacionado con la cocaína en todo el mundo, y así debería reflejarse en el Plan de Trabajo del Programa sobre Uso Indebido de Sustancias.

1.3 Dentro del programa de actividades propuesto, la OMS debería reconocer que Sudamérica es una región prioritaria y prestar una especial atención a la reducción de los efectos negativos de los métodos fumados e inyectados en la administración de productos de la coca.

1.4 Dentro del programa de actividades propuesto, la OMS debería reconocer como segunda prioridad ofrecer apoyo y ayuda a países como los de la región de la Cosa Occidental de África, donde hay pruebas fundadas de que están surgiendo problemas relacionados con el uso de productos de la coca.

1.5 Dado que el aumento de los problemas nacionales relacionados con la cocaína están vinculados a las rutas del tráfico, la OMS debería establecer, junto con el Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas y otras organizaciones internacionales, un intercambio coordinado de información sobre el cambio de patrones en el tráfico de cocaína con el fin de identificar con anticipación los países donde es probable que surjan o aumenten los problemas relacionados con la cocaína.

1.6 La OMS debería instar a los Estados miembro a valorar el impacto de la legislación y otras medidas para la fiscalización de las drogas sobre la salud y el bienestar social en sus países.

7.2 Recomendaciones sobre educación y prevención

2.1 El objetivo de los programas educativos sobre la cocaína y productos afines debería ser el de ampliar los conocimientos sobre los patrones conocidos de alto riesgo de uso de la cocaína, especialmente la intensidad de uso, las combinaciones de drogas, y los posibles mayores niveles de daño asociados a los métodos fumados e inyectados en la administración de productos de la coca.

2.2 Las campañas públicas de educación deberían adaptarse a la cultura y basarse en los resultados de investigaciones exhaustivas, y no en mitos y estereotipos sobre la naturaleza y el alcance de los efectos sanitarios relacionados con la cocaína.

2.3 La OMS debería fomentar la realización de proyectos piloto con enfoques innovadores sobre la prevención del daño relacionado con la cocaína, sobre todo de aquellos que mejoran las actividades de promoción de la salud de los trabajadores en el ámbito de la atención primaria de la salud y que fomentan la participación comunitaria. La OMS debería promover el desarrollo y la aplicación de estrategias como el intercambio de jeringuillas y el uso de medidas sexuales seguras para reducir riesgos sanitarios concretos, como el contagio de enfermedades infecciosas.

2.4 La OMS debería exhortar a los responsables de la formulación de políticas a depender menos de campañas informativas en los medios de comunicación, sobre todo de aquellas que transmiten mensajes exagerados o sensacionalistas y que no están adaptadas a la cultura.

7.3 Recomendaciones de tratamiento

3.1 La OMS debería elaborar directrices para fomentar una mejor gestión de la atención de emergencia a los usuarios de cocaína con reacciones negativas agudas y enfoques de “prácticas óptimas” para la gestión a largo plazo de la dependencia relacionada con la cocaína.

3.2 Estas directrices deberían prestar una especial atención al papel desempeñado por:

- agentes farmacológicos en la gestión del abandono de la cocaína y su dependencia;
- admisión al tratamiento (obligada frente a voluntaria);
- comunidades terapéuticas por su uso extendido;
- prácticas curativas tradicionales o indígenas.

3.3 La OMS debería animar a los gobiernos nacionales, regionales y locales a crear marcos normativos apropiados que garanticen que todos los servicios de tratamiento de drogas respeten y protejan los derechos de sus clientes.

3.4 La OMS debería instar a los Estados miembro a estudiar formas rentables con las que aumentar el acceso a servicios de tratamiento de drogas ya existentes para grupos con necesidades especiales, como prisioneros, minorías étnicas, niños de la calle, trabajadores sexuales y otros grupos marginados socialmente.

7.4 Recomendaciones sobre investigación y sistemas de datos

4.1 La OMS y el PSA deberían exhortar a los Estados miembro y a otros organismos de investigación a adoptar y poner en práctica la metodología usada en el Proyecto Cocaína de la OMS y el UNICRI a la hora de efectuar investigaciones sobre la cocaína y otras drogas en los ámbitos locales.

4.2 La OMS y el PSA deberían investigar sobre el impacto que tienen las diversas legislaciones y medidas de fiscalización de drogas sobre individuos y poblaciones concretos.

4.3 La OMS y el PSA deberían investigar los beneficios terapéuticos de la hoja de coca.