

COMISIÓN NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES

INFORME EJECUTIVO

ANÁLISIS DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN MÉXICO

I. GENERALIDADES DE LA COCAÍNA

1. Origen

La cocaína se produce a partir de las hojas de la planta de coca del género *Erythroxylum*, originaria de América del Sur, principalmente en los países de Perú y Bolivia.

La cocaína se consume en dos formas: la sal de **clorhidrato** (que es soluble en agua), conocida popularmente como “coca”, “nieve”, “dama blanca” o “talco”, que se consume inhalada o inyectada; y los **cristales de cocaína o base**, conocidos “*crack*” (que no son solubles en agua), que se fuma.

Componente psicoactivo

Éster metílico de benzoilecgonina

Mecanismo de acción

La cocaína se asocia una fuerte sensación de euforia, provocada por el incremento excesivo de la dopamina en las sinapsis cerebrales, ocasionada por la inhibición de recaptura del neurotransmisor que se libera en el espacio sináptico.

Clasificación

La cocaína está catalogada como estimulante debido a sus efectos en el sistema nervioso central.

La ley General de Salud en su artículo 234 la clasifica como Estupefaciente.

2. Efectos agudos y crónicos al consumo

Efectos a corto plazo en poca cantidad	Efectos a corto plazo en gran cantidad
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Problemas de tipo cardiovascular: Hipertensión, arritmias cardiacas, infartos de miocardio, ruptura de la aorta. ▪ Problemas pulmonares: hemorragia en los alveolos pulmonares, neumotórax, trombosis pulmonar y reacción de hipersensibilidad pulmonar. ▪ Pérdida del olfato ▪ Problemas en el embarazo: abortos espontáneos, muerte fetal, prematuridad e infartos placentarios. ▪ Complicaciones renales: se puede producir insuficiencia renal. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gangrena intestinal (cocaína ingerida) ▪ Complicaciones otorrinolaringológicas: debido al consumo esnifado produce rinitis crónica hasta producir erosiones o perforaciones del tabique nasal ▪ Problemas psiquiátricos: Depresión, ansiedad, paranoias, conductas violentas, psicosis, pérdida del sentido de la realidad. alucinaciones auditivas ▪ Reacciones alérgicas en piel (cocaína inyectada) ▪ Infecciones por la vía de consumo: hepatitis B, SIDA.

II. PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO Y CONTEXTO INTERNACIONAL

Según el World Drug Report del 2013, la prevalencia anual en la población adulta en el oeste y centro de Europa disminuyó de 1.3% en el 2010 a 1.2% en el 2011 y en Norte America de 1.6% a 1.5%. Aun cuando la prevalencia en la mayoría de los países de America del Sur se mantuvo estable, en Brasil hubo un aumento significativo lo cual refleja el aumento en la tendencia regional en el 2011 la cual es de 1.3%. De igual forma Australia mostró un incremento en la prevalencia de cocaína (1.5%).

III. PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO Y CONTEXTO NACIONAL

Según la ENA 2011, La prevalencia del consumo de cocaína en el último año, en población general (12 a 64 años) La siguiente droga de mayor prevalencia es la cocaína con un 0.5%, similar al 2008 que fue de 0.5%.

En el caso de los hombres la prevalencia aumentó de 0.8% en el 2008 a 0.9% en el 2011 y para las mujeres la prevalencia se mantuvo con un 0.1% en ambos años. El incremento no es estadísticamente significativo, mostrando una tendencia estable en el consumo de cocaína en dichos años.

La Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988, que obliga a los países signatarios a adoptar las medidas que sean necesarias para tipificar como delitos penales en su derecho interno, toda la actividad relativa a la producción, la venta, el transporte, la distribución, etc., de las sustancias enumeradas en las listas más restringidas de las convenciones de 1961 y 1971, en estas la cocaína. La penalización también comprende el cultivo de la adormidera, el arbusto de coca o la planta de cannabis con objeto de producir estupefacientes.

IV. ACCIONES EN REDUCCIÓN DE LA DEMANDA

Acciones de prevención

- Campañas informativas de prevención universal, por medio de folletería, carteles, spots de radio y televisión.
- Talleres informativos de prevención selectiva.

En México, la prevención está enfocada en acciones preventivas que abordan a las drogas en general, no se han realizado campañas exclusivas de cocaína.

En los Centros de Atención Primaria en Adicciones (CAPA) se ofrece la atención a consumidores de cocaína con el uso de programas cognitivo-conductual:

- Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (Oropeza, 2003).
- Programa de Satisfactores Cotidianos (Barragán, 2005).
- Programa de Prevención de Recaídas (Barragán,2005).

Oferta en los servicios de tratamiento

En la actualidad, es del dominio del sector salud que el tratamiento para usuarios consumidores de sustancias y, principalmente aquellos que presentan dependencia a determinada sustancia, presenta mejores resultados cuando se realiza en combinación de tratamientos de desintoxicación, farmacológicos, psicoterapia y terapias de apoyo.

Actualmente, no existen medicamentos probados para tratar la adicción a la cocaína. Sin embargo, se están realizando grandes esfuerzos para investigar el efecto de diversos fármacos, con resultados prometedores.

a) Fármacos. Investigaciones muestran que el uso de baclofeno, modafinilo, tiagabina, disulfiram y topiramato muestran potencial terapéutico, ya que se ha reportado disminuciones en el consumo de cocaína en estudios clínicos controlados, sin obtener datos concluyentes. Actualmente se están investigando medicamentos que actúan sobre los receptores D3, para averiguar si son seguros para el uso en seres humanos.

En México, el uso de la Mirtazapina demostró tener efectos importantes en la mejoría de síntomas somáticos que predisponen al consumo (impulsividad, síntomas afectivos y ansiosos, insomnio, etc.)(Dr. Salazar, Dr. Leff y Dr. Antón, 2007-2009; Dr. Nanni, Dr. González, Dr. Marín, Dr. Salazar, Dr. Leff , Dr. Antón, 2008-2009).

b) Inmunofarmacoterapias. Estrategias experimentales de anticuerpos anti-droga que poseen la capacidad de secuestrar al compuesto adictivo circulante en el torrente sanguíneo, evitando que traspase la barrera hematoencefálica, de tal forma que evita el efecto de la sustancia (Dr. Ronald G. Crystal, Chairman of the Department of Genetic Medicine at Weill Cornell Medical College; (Antón, Leff, Salazar, 2008, 2009 Dr. Benito Antón, INP, Ramón de la Fuente Muñoz)

c). Tratamientos Psicológicos

- Intervenciones breves.
- Manejo de contingencias o incentivos.
- Programas Cognitivo Conductual.
- Terapias grupales.
- Comunidades terapéuticas.
- Programas de Prevención de Recaídas.

Los Centros de Integración Juvenil cuentan unidades de hospitalización (UH) en las cuales a partir de una valoración clínica minuciosa médica, psicológica y social

se proporciona tratamiento residencial integral personalizado, sistemático y estructurado para personas dependientes a alcohol, tabaco y otras drogas que requieren de tiempo y estructura para hacerle frente a la problemática de la adicción. El tratamiento es conformado por consultas médicas; terapias psicológicas a nivel individual y grupal, orientación y asesoría familiar; así como diversas actividades de rehabilitación y reinserción social. El tiempo óptimo de tratamiento es de 90 días, sin embargo, existe la modalidad de tratamiento con duración de 30 días para casos particulares, aunado a que se presente algún impedimento de tipo laboral, escolar, económico o de otra índole