

TEMA 1. CLASIFICACIÓN DE LAS DISTINTAS DROGAS

1.- INTRODUCCIÓN

2.- CONCEPTOS BÁSICOS:

2.1. Droga o fármaco

2.2 Drogas o fármacos causantes de dependencia

2.3 Clasificación:

- 2.3.1. Opiáceos
- 2.3.2. Estimulantes
 - Mayores:
 - cocaína
 - anfetaminas y metanfetaminas
 - Menores
- 2.3.3. Alucinógenos
- 2.3.4. Derivados de la fenilciclidina o arilciclohexilaminas
- 2.3.5. Inhalantes
- 2.3.6. Cannabis
- 2.3.7. Alcohol
- 2.7.8. Barbitúricos

2.4. Diagnóstico:

- 2.4.1. Uso, abuso, dependencia
- 2.4.2. Síndrome de dependencia
- 2.4.3. Síndrome de abstinencia
 - Con delirium
- 2.4.4. Alucinosis
- 2.4.5. Amnesias

1.- INTRODUCCIÓN

El amplísimo campo de las drogas es algo que nos afecta a todos. Tanto las drogas legales como las ilegales nos afectan directa o indirectamente. Indirectamente nos afectan las consecuencias tanto negativas como positivas de las drogodependencias.

Las adicciones las podemos entender en relación con todas aquellas sustancias con poder psicoactivo. La cara pública de la drogodependencia es la mafia, los crímenes, siendo la droga uno de los negocios más saneados y uno de los que más cantidad de dinero mueven. La droga preocupa por la delincuencia, el contagio de enfermedades, el dinero dedicado a la salud pública... El alcohol, la nicotina, a pesar de ser drogas, no provocan estos problemas jurídicos por el hecho de que son legales. Sólo nos fijamos en las consecuencias de las drogas ilegales. Las drogodependencias, por tanto, aparecen como uno de los 3 problemas fundamentales de la sociedad española, siendo los otros dos el paro y el terrorismo.

2.- CONCEPTOS BÁSICOS

2.1 ¿QUÉ ES UNA DROGA?

El término droga permite distintas acepciones, aunque el término más usual anteriormente era el que hacía referencia al uso medicinal de determinadas sustancias a la hora de tratar enfermedades. Las drogas serían, por tanto, productos naturales o sintéticos usados por sus propiedades terapéuticas. Pero, actualmente, el término ha adquirido connotaciones negativas que señalan problemas y que anulan la anterior acepción. Clásicamente, Kramer y Cameron prepararon para la OMS definiciones de droga que sirven como referencia para englobar a todas las drogas. Una droga sería *cualquier sustancia que introducida en el organismo vivo pueda modificar la estructura o la función/es de ese organismo*. Lo que ocurre es que desde esta definición se abarcan multitud de productos, incluyendo comidas habituales... En nuestro contexto se ha modificado esta definición tan genérica para dar paso a la siguiente: **Droga** sería *aquella sustancia química que altera la percepción, conciencia y emociones de un ser vivo*. Esta definición también deja bastantes huecos.

2.2. DROGAS QUE CAUSAN DEPENDENCIA.

Se habló después de drogas que causan dependencia, que serían *aquellas drogas que, en su acción recíproca con el organismo, puedan producir un estado de dependencia física y/o psicológica*.

Entenderíamos por **dependencia psicológica**: efecto producido por una sensación de bienestar que impulsa a repetir de forma continuada la ingesta de una determinada sustancia para producir placer o para reducir/evitar un malestar.

Entenderíamos por **dependencia física** un estado de adaptación del organismo que necesita un nivel de una sustancia para su funcionamiento normal y que se manifiesta por la aparición de trastornos físicos muy intensos que tienen características muy distintas, según el tipo de sustancia, al interrumpir la administración de esa sustancia.

2.3. CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS

Suelen ser clasificaciones referidas a sustancias, aunque no existe una única clasificación. Podemos clasificar las drogas según su **estructura química**, su **origen** (naturales, sintéticas, semisintéticas), su **acción sobre el SN** (estimulantes y depresores del SN)... Hay también otros criterios que son **socioculturales** o de tipo **legal** (por ejemplo, drogas duras, blandas, legales, ilegales...), o en función de las **manifestaciones clínicas** que producen.

Las clasificaciones más tradicionalmente aceptadas son las del **CIE 10** (OMS) y las de **DSM IV** (APA). El CIE hace apartados distintos para la cocaína y para la cafeína y el tabaco, que no aparecen en el DSM. El CIE incluye también un apartado (F55) que incluye el abuso de sustancias que no producen dependencia (antidepresivos, laxantes, analgésicos, diuréticos, hierbas, hormonas) y hace referencia a esas sustancias porque "son sustancias que, aunque no produzcan dependencia, llegan a causar daños somáticos muy graves". A pesar de esto, las dos clasificaciones convergen y sirven de base para nuestra clasificación.

3.- DIAGNÓSTICO

USO, ABUSO, DEPENDENCIA

Los seres humanos son distintos en el uso de drogas legales e ilegales. Algunas personas nunca prueban drogas, otros tienen un uso irregular y lo dejan, otros son usuarios irregulares pero a lo largo de mucho tiempo y otros son usuarios regulares y consistentes. Separados de todos estos, están los drogodependientes.

Se entiende por **uso** un consumo que no acarrea consecuencias negativas para el sujeto. El **abuso** consistiría en el uso continuado de una sustancia a pesar de las consecuencias negativas de un uso anterior. El abuso es cualitativamente distinto al

uso, aunque no los podemos considerar como fenómenos independientes, sino como los dos polos extremos de un continuo, donde a veces es difícil poner un punto de corte.

Se han propuesto una serie de conceptos que nos ayudan a diferenciar USO y ABUSO:

- intoxicación aguda
- síndrome de dependencia
- delirium
- amnesia

INTOXICACIÓN AGUDA

Estado transitorio del organismo, consecutivo a la ingesta o asimilación de una sustancia psicotrópica y que produce alteraciones en la persona a nivel de conciencia, de su percepción, afectivas, comportamentales y cambios psicofisiológicos en el individuo. La intensidad de la intoxicación es gradual, dependiendo de la dosis tomada y tal intoxicación va disminuyendo con el tiempo, si no se repite el consumo. La recuperación de una intoxicación generalmente suele ser completa, excepto en el caso de que, por múltiples causas se haya dañado el tejido cerebral o suceda alguna complicación inesperada. Se incluyen aquí los términos "borrachera" y "mal viaje".

SÍNDROME DE DEPENDENCIA

Conjunto de manifestaciones psicológicas y comportamentales en el cual consumir una droga se convierte en el tema de máxima prioridad para un individuo. La manifestación característica sería el deseo de tomar una droga, descrito como muy fuerte, e incluso a veces insoportable.

El síndrome de dependencia se podría definir como un conjunto de síntomas que aparecen cuando hay una abstinencia (absoluta o no) tras un consumo prolongado y reiterado de alguna droga.

Las características que nos aseguran que existe dependencia de una sustancia son:

- que aparezca la tolerancia (situación en la que un sujeto necesita obtener una mayor cantidad de sustancia para conseguir los mismos efectos)

- que aparezca el síndrome de abstinencia

FOT.1

Tolerancia cruzada: hablamos de tolerancia cruzada cuando se tiene un nivel de tolerancia que no sólo se produce respecto a la droga que se toma habitualmente, sino a aquellas otras de semejantes características y que no se han consumido nunca (por ejemplo, heroína y morfina (bidireccional): al tener tolerancia a la morfina, inyectarse bajas dosis de heroína no sirve y viceversa; o el alcohol y los barbitúricos (unidireccional): la tolerancia al alcohol implica tolerancia a los barbitúricos, pero no al revés.

Dependencia cruzada: capacidad que tiene una droga para reprimir el síndrome de abstinencia de otra (metadona/heroína, tranquilizantes/alcohol)

SÍNDROME DE ABSTINENCIA

Conjunto de síntomas que se agrupan según diferentes modos y niveles de gravedad y que aparecen cuando haya una abstinencia de una sustancia que es consumida regularmente. Cada grupo de drogas produce síntomas de abstinencia distintos. Hay algunos que son particularmente importantes: la alucinosis alcohólica y el delirium tremens.

Delirium tremens: se produce en algunas personas como consecuencia del cese del consumo de alcohol. Es como una exageración de los síntomas del síndrome de abstinencia. Empieza a aparecer entre el 2º y el 4º (o más raramente, entre el 5º y el 7º) día de abstinencia. Es un episodio muy llamativo pero que suele terminar con un sueño reparador de varias horas. Comienza con una especie de ataque de ansiedad grave, insomnio, temblores, taquicardias, gran sudoración. A continuación de estos **preludios** aparece la fase de delirio, que se caracteriza por una desorientación tempoespacial completa (no se conoce ni el lugar en el que se está, ni el día, el año...). Hay también una fluctuación en el nivel de consciencia y alucinaciones atacantes, que se combinan con temblores muy fuertes y miedos intensos. El término tremens hace referencia a esta agitación motora. El temblor es generalizado y se puede extrapolar a la cama o a otros objetos ajenos al individuo. En algunos casos (poco frecuentes) aparece crisis convulsivas similares a ataques epilépticos, con lo que se agrava mucho más la situación. En el caso de que aparezcan estas crisis, lo

más frecuente es que sucedan hacia el 5º ó 7º día del último trago (40 horas o a veces al primer día).

Las alucinaciones pueden ser visuales, auditivas o táctiles y la mayor parte son amenazantes (animales, insectos que se mueven por dentro de la piel...). Para evitar estas alucinaciones, el sujeto puede llegar incluso a autolesionarse. Las alucinaciones auditivas suelen ser sonidos burdos, voces (cabrón, te voy a matar) o músicas.

Los delirios son habitualmente de naturaleza persecutoria o de daño, ya que es la forma que el sujeto tiene de entender lo que le está pasando, de explicarse las alucinaciones que está teniendo (si estoy oyendo cabrón, será porque hay alguien que me persigue).

El delirium tremens se agrava por la noche, por la falta de los estímulos habituales diurnos (luces, ruidos habituales). Podemos encontrarnos con un delirium tremens que no está producido por el cese del consumo de alcohol, sino por algún traumatismo o infección.

Alucinosis alcohólica: episodio que se produce tras una fuerte intoxicación alcohólica (tras días consumiendo mucho, mucho alcohol). No existe desorientación ni pérdida de consciencia, pero hay alucinaciones, sobre todo auditivas de tipo amenazante. A veces puede aparecer cualquier idea delirante, aunque no son habituales, y cuando aparecen cumplen la misma función que en el delirium tremens: el sujeto intenta explicarse qué le está ocurriendo. Lo habitual es que vaya desapareciendo a medida que el sujeto deja de ingerir alcohol y se va restableciendo.

SÍNDROME AMNÉSICO

Puede darse como consecuencia de un uso prolongado del alcohol. La memoria está muy deteriorada para hechos recientes, mientras que la memoria a largo plazo está casi intacta. Los recuerdos inmediatos se conservan, los próximos están más deteriorados. A veces hay un trastorno en el sentido del tiempo y aparecen confabulaciones (inventan recuerdos). Los procesos cognitivos suelen estar bien conservados.

➤ FUNDAMENTOS BIOLÓGICOS Y PSICOLÓGICOS DE LAS ADICCIONES

Las drogas toxicomaníacas actúan en dos niveles en nuestro cerebro:

- **nivel neuronal básico** (microestructuras)
- **nivel de estructuras especializadas del encéfalo**

Ambos niveles se deben explicar cómo actúan las diferentes drogas sobre el organismo.

Nivel neuronal: la información se transmite como impulso eléctrico, que parece estar afectado por drogas psicotrópicas. Pero hay ciertos niveles de funcionamiento neuronal que sí se ven afectados. La conexión funcional entre neuronas es la sinapsis. En ella es donde se liberan neurotransmisores (NA, DA, SE, AC, GABA) y neuropéptidos (endorfinas, que tienen un funcionamiento similar al de los opiáceos). Es en la sinapsis donde parece que las drogas tienen su efecto principal, por ejemplo, la cocaína altera la recaptación de DA y NA. Vemos entonces, que a nivel neuronal, las drogas interfieren en la recaptación de NTs y neuropéptidos en la sinapsis. El impedir la transmisión de estos NTs provoca que el uso continuado de una droga haga que los mecanismos cerebrales se adapten a que haya una concentración más elevada de lo normal, de forma que el organismo necesita que se mantenga ese nivel para que funcione normalmente (neuroadaptación). Lo que se consigue es que, una vez que se produce una neuroadaptación, el cerebro necesita para su funcionamiento un tipo de consumo.

Las drogas rompen la homeostasis neuronal, además de desequilibrar el funcionamiento de estructuras neuronales especializadas del cerebro (nivel estructural).

Nivel estructural: las estructuras que se ven más alteradas son: el locus coeruleus y el locus Níger. Afecta además al sistema límbico. Las células que segregan serotonina y noradrenalina están localizadas en el mesencéfalo y en el puente. Estas estructuras son el soporte de actividades que tienen que ver con el placer y la recompensa, la atención, el sueño, la excitación... Las drogas producen una neurotoxicidad que se expresa en una alteración en la atención y la vigilancia que puede incrementarse o

decrecer según el tipo de sustancia (hipo/hipervigilancia). También se puede observar un deterioro en el ritmo del sueño, alteraciones en el rendimiento psicomotriz, a nivel de memoria y capacidad de aprendizaje, deformación de las percepciones (muchas veces el motivo del consumo)...

➤ DESCRIPCIÓN DE LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

A) OPIÁCEOS

Con este término se designan las drogas que incluyen los derivados del opio y ciertos analgésicos de síntesis similares a la morfina. El opio es el jugo lechoso de la planta llamada *Papaver Somniferum*, un tipo de amapola que tiene una veintena de alcaloides psicoactivos con efecto en el cerebro. Se han descubierto péptidos con actividad opiácea que sintetizamos en nuestro organismo; el hecho de que esto sea así, hace que se encuentren receptores sinápticos específicos para estos alcaloides. En función del efecto que provocan al unirse a los receptores concretos; estos opiáceos se han clasificado en: agonistas, agonistas de acciones mixtas y antagonistas.

Agonistas opiáceos: morfina, codeína, metadona, diacetilmorfina (heroína, caballo, dama blanca, azúcar), fentanilo, codeína, metadona, meperidina...

Agonistas de acciones mixtas: buprenorfina, fanorfinas (?)

Antagonistas opiáceos: naloxona, naltroxona

1. Evolución del consumo de opiáceos

El consumo diario de opiáceos ha ido adaptando formas sociales muy distintas desde hace muchos años. Hace 50 años, los heroinómanos eran personas que consumían heroína de forma privada, reservada, para cumplir mejor las tareas de su vida cotidiana. En cambio, durante los 60 el comportamiento social y las motivaciones del heroinómano tienen una imagen totalmente distinta. Su comportamiento se ha vuelto llamativo y va unido a la incompetencia. También las actividades que se realizaban

para conseguir las drogas son muy distintas ahora a las de antes. Se le relaciona con atracos, hurtos... Este fenómeno es relativamente reciente y tiene mucho que ver, no sólo con factores relativos a la sustancia, sino también con factores biopsicosociales.

2. Efectos del consumo de opiáceos

Uno de los efectos principales es la analgesia. También se dan la somnolencia, una sensación de embotamiento general, se produce una miosis (contracción de las pupilas), depresión respiratoria, sensación interior de euforia, vómitos, estreñimiento, vasodilatación... Ahora bien, estos son los efectos genéricos, pero cada en cada sustancia estos efectos se dan en diferentes proporciones.

La **heroína** es el opiáceo de mayor potencia (provoca efectos 10 veces más potentes que los que provoca la morfina; esto es, con una dosis 10 veces menor de heroína que de morfina se consiguen los mismo efectos). Ambas sustancias se describen como muy adictivas y con una neurotoxicidad muy fuerte. Se desarrolla muy rápido la tolerancia y la dependencia, y se ha dicho que una sólo dosis de morfina ya deja huella de dependencia física. El consumo diario y persistente de opiáceos se manifiesta como un conjuntos de comportamientos que van más allá de lo personal porque afecta a todos los aspectos sociales (tiene más que ver con factores psicosociales, que personales)

¿Cuánto tarda en actuar la heroína?

La heroína no tarda más de 5 segundos después de inyectarse en hacer efecto y sus efectos perduran unas 6 horas. Los primeros consumos de heroína producen náuseas, vómitos, disforias (mal viaje, que puede disuadir de una segunda toma). A los que no disuade, más tarde les llega su "momento de euforia" y aparecen entonces los efectos buscados: placer, reducción de la ansiedad y la tristeza, no preocupación... Cuando se ha consumido en muchas ocasiones heroína, el motivo fundamental del consumo se convierte en el deseo de evitación del síndrome de abstinencia.

Las muertes por sobredosis son altamente frecuentes, y sobre todo por causa de una depresión respiratoria o bradipnea: inmediatamente el nivel de consciencia decae muchísimo y posteriormente ocurre el fallecimiento, a no ser que se administre un antídoto (naloxona). La causa de la sobredosis es habitualmente accidental (aunque también se dan casos de suicidio). Muchas veces la heroína aparece menos

adulterada, y el heroinómano se inyecta dosis mucho más altas de lo normal sin saberlo y fallece. Además de este motivo, existen otros: por una parte, la heroína se corta con productos muy tóxicos, tales como los polvos de talco, el almidón, la estricnina (mata ratas)... además, si el consumidor es inexperto, o consume heroína mezclada con alcohol o sedantes, esto puede causarle la muerte.

La sintomatología de una sobredosis que acabe en un estado comatoso se corresponde con: bradipnea, cianosis, hipotensión total, hiporeflexia (ausencia de reflejos). Una de las complicaciones puede ser el edema pulmonar.

3. Síndrome de abstinencia de los opiáceos

El intervalo de tiempo que transcurre desde que hayan consumido la última dosis y el inicio de síndrome de abstinencia, depende del opiáceo y de la temporalización del consumo que haya tenido el usuario. Como promedio, este intervalo de tiempo es de 2 ó 3 días. El síndrome de abstinencia será mayor según el nivel de neuroadaptación que haya conseguido la droga.

Los síntomas se van incrementando en número e intensidad, para luego decrecer (entre 7 y 10 días suele durar un síndrome normal).

El primer síntoma es el deseo de consumir drogas. También está la ansiedad, bostezos, sudoración, lagrimeo, insomnio, midriasis (pupila dilatada), problemas nasales, temblores, oleadas de frío/calor, piloerección, dolores óseos muy fuertes, agitación motriz... Estos síntomas aparecen en distintos momentos según el opiáceo consumido y la dosis.

OPIÁCEOS SINTÉTICOS

Los opiáceos sintéticos son derivados del fentanilo y de la meperidina. No se han empezado a utilizar hasta los años 80.

Fentanilo: analgésico 20 ó 30 veces más potente que el efecto analgésico de la heroína. Algunos derivados del fentanilo se usan como anestésicos, y por tanto son legales, por ejemplo, el alfentanil y el supfentanil. Las drogas derivadas del fentanilo pueden consumirse fumadas, inyectadas o inhaladas. Tiene una acción rápida, pero sus efectos duran poco (sobre una media hora). El derivado del fentanilo más

consumido como droga en la calle es la china blanca y el Mexican Brown. Muchos consumidores la buscan como sustituto de la heroína, si no pueden disponer de ella. Hay menos personas adictas sólo a esta sustancia, que personas que lo usan como sustitutivo.

Produce efectos eufóricos, analgesia y somnolencia. Dosis altas de los derivados del fentanil producen semiinconsciencia, rigidez torácica, edema pulmonar, colapsos circulatorios...

Meperidina (MPPP): Se emplea menos debido a su alta cardiotoxicidad. Se suele inyectar o inhalar y, a diferencia del fentanil, las dosis altas no producen sobredosis, sino parkinson.

Otros: speedball (pelotazo): combinación intravenosa de heroína y coca.

4. Curso evolutivo de la adicción a opiáceos (fases por la que pasa un consumidor)

Waldorf propone una subdivisión en 6 fases, pero con la peculiaridad de que afirma que es posible que haya personas que se salten fases o que hagan 2 fases en una (esta descripción es meramente orientativa):

- 1) **Fase de iniciación o experimentación**: primer contacto con opiáceos, que suele ser en grupo, aunque en la actualidad también abunda el primer consumo de forma individual.
- 2) **Fase de escalada**: consumo repetido a lo largo de varios meses (con interrupciones) y cada vez con más frecuencia.
- 3) **Fase de mantenimiento**: uso regular de la heroína. El sujeto logra evitar los problemas asociados a su consumo. No hay efectos negativos, es una fase de satisfacción, confianza, creencia de que puede controlar el consumo sin problemas...

- 4) **Fase disfuncional**: aparecen experiencias negativas derivadas del consumo de heroína: problemas físicos, infecciones dentales, problemas legales, sociofamiliares. El sujeto en esta fase puede hacer tentativas de dejar la heroína. Si fracasa en su intento, regresa a las fases 2 ó 3, sino pasa a la fase 5.
- 5) **Fase de abstinencia**: se detiene el consumo de heroína y se distancia del mundo de la droga. Esta fase se puede llevar a cabo con o sin tratamiento dirigido
- 6) **Fase de ex – toxicómano**: aquellos sujetos que alcanzan la fase de abstinencia con tratamiento y se convierten en colaboradores de programas de desintoxicación.

B) ESTIMULANTES MENORES: TEOFILINA Y TEOBROMINA (XANTINAS) CAFEÍNA, NICOTINA, COLA, KHAT

Los estimulantes menores estimulan la actividad cerebral. Los efectos secundarios más negativos son los de la nicotina.

La **teofilina** tiene un uso restringido y la podemos encontrar en los jarabes para el resfriado.

La **teobromina** es un componente del cacao. Uno de los efectos prioritarios es el dolor de cabeza. A mayor concentración de cacao en el chocolate, mayor cantidad de teobromina. Si se toma cacao puro, es probable que se produzca dolor de cabeza. El colacao también lleva teobromina, mientras que los sucedáneos del chocolate no. Ambas sustancias, teofilina y teobromina, son xantinas.

La **cafeína**: una taza de café contiene entre 100 y 150 mg de cafeína, si la cafeína se encuentra en forma de te, resulta la mitad de estimulante (también tiene teína). Las colas también tienen cafeína (una tercera parte), al igual que las bebidas energéticas y también podemos encontrar esta sustancia en pastillas.

La cafeína puede producir adicción e intoxicación (cafeinismo). Se piensa que el 10% de los consumidores de café tienen cafeinismo. Las intoxicaciones con cafeína las consideramos como parte cotidiana. Ocurren cuando se toman más de 250 mg de cafeína (3 tazas), llegando incluso a una cantidad de 1000 mg (unas 10 tazas) diarias.

La intoxicación por cafeína produce efectos tales como contracciones musculares serias, incremento del nivel de activación con agitación psicomotriz, trastornos en el habla y pensamientos confusos. Dosis más elevadas a una cantidad de 10 tazas de café lo que producen son perturbaciones en la sensibilidad (destellos de luz, silbidos en los oídos). Más de 10.000 mg de cafeína producen crisis epilépticas e incluso la muerte por fallo respiratorio.

La cafeína y las xantinas, tienen como efectos consecuentes la ansiedad y el pánico.

C) ESTIMULANTES MAYORES

COCAÍNA

- **HISTORIA**

La coca en hojas fue usada inicialmente por los sacerdotes incas. Posteriormente se extendió su uso de tal forma que en las regiones andinas se llegó a denominar la distancia que una persona podía recorrer masticando coca, mediante el nombre de cocada. Cuando los españoles llegaron a Sudamérica, reconocieron el uso intensivo de la coca e intentaron controlar a la población controlando el acceso a la misma. Trajeron la coca a Europa y a mediados del siglo pasado (S.XVIII), se extrajo la cocaína de la hoja mediante destilación (clorhidrato de cocaína). El uso de coca y cocaína en medicamentos, vinos y otras bebidas se extendió muy rápidamente en el Viejo Mundo. Algunos de estos preparados era la Coca-Cola.

Freud hizo experimentos con coca y fue un gran defensor del uso de la cocaína. Köhler y Halstead experimentaron con ella usándola como anestésico/analgésico a principios de siglo XX.

Se empezó a pensar que podía causar problemas, debido a las referencias bibliográficas de Sir Arthur Conan Doyle: Sherlock Holmes tomaba cocaína y tenía paranoias.

La droga se identificaba con el poder y era una droga habitual en jóvenes de clase media/alta y típica de políticos y empresarios. Actualmente la cocaína está más disponible.

(Apuntes de Cris: la cocaína en España)

- **ORIGEN DE LA COCAÍNA**

La cocaína es el alcaloide principal sacado del arbusto "erythroxylon coca", proveniente de América del Sur (Andes: Bolivia, Perú). Su cultivo era legal. Los indios lo consumían a razón de 300/500 mg masticados al día. En nuestro marco cultural se presentan en forma de polvos cristalinos blancos, sobre todo en forma de clorhidrato de cocaína.

- **VÍAS DE ADMINISTRACIÓN: INHALADA, FUMADA E INYECTADA**

Inhalada

Lo que se inhala es **clorhidrato de cocaína**. La preparación es en forma de polvo, y se esnifa mediante el "rulo", colocando la raya sobre una superficie lisa (espejo). Una raya contiene unos 20 mg de cocaína.

Cuando se inhala se absorbe por los vasos sanguíneos de las fosas nasales y a través del sistema venoso general se dirige hacia la vena cava y circula por el corazón y el cerebro. Aproximadamente después de unos 5 minutos de esnifar aparecen los efectos principales, pero la máxima concentración en sangre se alcanza a los 15 minutos. Entre 15 y 60 minutos es cuando el organismo está metabolizando los mg de cocaína ingerida, por lo que el efecto estimulante puede durar como media hora o más.

Fumada

Para fumar cocaína es necesario elaborar el polvo anterior (clorhidrato), para lograr una base o **crack** que sea fumable. Para cocinar la coca se utiliza bicarbonato, agua y calor. Al principio de todo se usaba éter, pero debido a su calidad explosiva producía quemaduras y por eso se sustituyó por bicarbonato sódico. Esta elaboración es estrictamente necesaria porque si no el polvo de la cocaína se descompone, al calentarse, en ingredientes que no producen los efectos buscados.

Fumar la cocaína es el modo más rápido de producir los efectos propios de la misma, acelerando el nivel de absorción. A los 8 ó 10 segundos de empezar a fumar ya ha podido ser absorbida. El crack (trozos sólidos marrón claro) recibe ese nombre por el

ruido que hace al partirse. El modo de fumar crack es introduciéndolo en un pipa con un bol de agua, el humo pasa por el agua para enfriar los vapores, y que llegue antes.

El efecto placentero que produce fumar crack es poco duradero (entre 2 y 5 minutos). Tras estos minutos, lo que se produce es el efecto inverso: el estado de ánimo desciende rápida y violentamente. Esto es lo que se conoce como **crash**. Debido al crash, los fumadores encadenan sus consumos en forma de carreras o runs. Los runs pueden durar desde unas horas hasta días, por lo que, a pesar de que se consume de cada vez una menor cantidad de cocaína que si se esnifara, los consumidores de crack pueden llegar a consumir mediante runs hasta 10 veces más cocaína que en otra forma de consumo.

Otra forma más peligrosa de mezclar coca es el **basuko** o pasta de coca, que se elabora con gasolina, queroseno y ácido sulfúrico para extraer la pasta de las hojas. Esta sustancia pastosa se va secando y se fuma también en una pipa similar a la anterior.

Inyectable

Debido a que el polvo de coca se puede diluir, puede disponerse en una jeringa e inyectarse mezclada con heroína: **speedball**. Esta mezcla reduce la frecuencia respiratoria (bradipnea). Los consumidores pueden conseguir mediante este método, una tranquilidad que no buscaban. Ayuda a padecer crisis epilépticas

- **EFFECTOS BUSCADOS Y NO BUSCADOS DE LA COCAÍNA**

La cocaína es un estimulante muy potente del SN, con efectos vasoconstrictores muy fuertes. Son típicas las sensaciones de euforia, de grandiosidad, la ausencia de cansancio, el estado de alerta y un aumento de la concentración.

Efectos no buscados: agitación psicomotora importante, deterioro del juicio, incremento de la agresividad... La mayor parte de los consumidores, para evitar estos efectos no buscados, consumen cocaína junto con sustancias psicoactivas, alcohol, ansiolíticos...

- **SÍNDROME DE ABSTINENCIA DE LA COCAÍNA**

Cuando se deja de consumir cocaína se producen un intenso crash, caracterizado por sensaciones de malestar (disforias), dolor gastrointestinal, depresión, trastornos del sueño (que pueden parecer como hipersomnolencia) y también hiperalgesia (se siente mucho el dolor). No suele dejar secuelas fisiológicas, aunque sí aparece la falta de energía y falta de sensaciones de placer que pueden durar de 1 a 10 semanas. Hay muchas recaídas. La coca produce una fuerte dependencia psicológica, pero poca dependencia física.

ANFETAMINAS

- **HISTORIA**

La invención de las anfetaminas fue el resultado de la búsqueda de nuevas sustancias para el tratamiento del asma bronquial. En 1923, Chen y sus colaboradores aislan el ingrediente activo de una planta, el Ma Huang, que aparecía como recomendado en los tratados de medicina china en forma de infusión para los problemas respiratorios. El Ma Huang es la EPHEDRA VULGARIS, cuyas propiedades estimulantes del SN y sus propiedades broncodilatadoras con conocidas desde hace más de 1.000 años. Pero no fue hasta 1923 cuando se sintetizó la Ephedrina, y en 1927 se sintetiza la anfetamina, cuyos componentes químicos son:

ALPHA-METHYL-PHENY-ETHY-AMINA

Fueron utilizadas por los médicos, en un principio, pero perdieron su uso médico para pasar a ser protagonistas en el deporte, en las guerras. En los años 50 se ensayaron cientos de derivados de las anfetaminas, entre ellas, las metanfetaminas. En 1948, en Japón, hubo una especie de epidemia que tenía que ver con el fuerte uso de anfetaminas por parte de la población civil. Este uso iba acompañado de propaganda para levantar el ánimo de la población. Se daban 3 mg de anfetaminas en ampollas (y se inyectaban), llegando a consumir unos 90 mg al día. De hecho, en 1948, entre un 5 y un 10% de la población japonesa padecía dependencia anfetamínica.

En EEUU siguieron ganando popularidad (en los 70) debido al movimiento hippie y a su uso en el estudio y como método para adelgazar.

En la calle se conocen anfetaminas como el speed o los bennies.

Algunas presentaciones médicas de anfetaminas son:

- sympathina
- catabolic
- centramina

- **TIPOS DE ANFETAMINAS**

Speed

El speed es clorhidrato de metanfetamina, pero no suele considerarse como droga de diseño. Es de rápida extensión y tiene efectos parecidos al éxtasis. Se adultera muy frecuentemente. El modo de administración es inhalado, se esnifa al igual que la coca, la diferencia es que el speed huele a rosas. Al speed se le conoce también como hielo y shabú.

Popper

Es un estimulante vasodilatador muy potente. No es un producto nuevo. Se vendía en los sex-shops como afrodisíaco.

El Popper es nitrito de amilo, que sería un puente entre las anfetaminas, las metanfetaminas y los alucinógenos). Se consume como líquido incoloro, inodoro y mediante inhalación. Se presenta a veces en tubos de ensayo. Tiene unos efectos muy rápidos, casi inmediatos, acentuando la sociabilidad y la sensación de euforia, pero muy poco duraderos; enseguida aparece el bajón. Produce un enrojecimiento en la cara y en el cuello del consumidor, puede provocar taquicardias, mareos, hipotensión, cefaleas y vómitos. Provoca tolerancia y sobre todo, dependencia física.

- **EFFECTOS GENERALES DE LAS ANFETAMINAS**

Las anfetaminas son estimulantes del SN y compiten parte de los efectos de la coca. Provocan una subida del estado de ánimo y una disminución de la fatiga y del apetito.

Gracias por visitar este Libro Electrónico

Puedes leer la versión completa de este libro electrónico en diferentes formatos:

- HTML(Gratis / Disponible a todos los usuarios)
- PDF / TXT(Disponible a miembros V.I.P. Los miembros con una membresía básica pueden acceder hasta 5 libros electrónicos en formato PDF/TXT durante el mes.)
- Epub y Mobipocket (Exclusivos para miembros V.I.P.)

Para descargar este libro completo, tan solo seleccione el formato deseado, abajo:

