

Original

Metodología de reclutamiento y características de una cohorte de jóvenes consumidores habituales de cocaína de tres ciudades españolas (Proyecto Itínere-cocaína)

José Pulido ^{a,*}, M. Teresa Brugal ^b, Luis de la Fuente ^c, Rosario Ballesta ^d, Gregorio Barrio ^e, María J. Bravo ^f, Antonia Domingo-Salvany ^g, Yolanda Castellano ^b, Fermín Fernández ^d y Grupo del Proyecto Itínere ¹

^a Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

^b Agència de Salut Pública de Barcelona, Barcelona, España

^c Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, España

^d Fundación Andaluza para la Atención a las Drogodependencias, Sevilla, España

^e Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia de la Ciencia, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

^f CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

^g Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios, Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM), Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 11 de febrero de 2008

Aceptado el 21 de mayo de 2008

On-line el 27 de febrero de 2009

Palabras clave:

Cocaína

«Crack»

Patrones de consumo de drogas

Epidemiología

Entrevista asistida por ordenador

RESUMEN

Fundamento: Los sistemas de información sociosanitaria que monitorizan el consumo de drogas no profundizan en el análisis de las características sociodemográficas y de los patrones de consumo, ni en los factores que condicionan los problemas de salud. Se describe la metodología de reclutamiento y las características de una cohorte de jóvenes consumidores de cocaína.

Métodos: Cohorte prospectiva de 720 consumidores de cocaína que no consumen habitualmente heroína, captados en la comunidad, independientemente de los servicios asistenciales, mediante métodos de referencia en cadena en las áreas metropolitanas de Madrid, Barcelona y Sevilla. Cuestionario administrado por ordenador y parcialmente autoadministrado. Análisis estratificado por ciudad y por frecuencia de consumo de cocaína base.

Resultados: En los últimos 12 meses el 58,8% había consumido cocaína entre 1 y 2 días por semana; el 91,9% habitualmente la había esnifado, un 5,3% fumado y sólo un 2,8% inyectado; el 6,1% la había utilizado la mitad de las veces o más en forma de base. Hubo policonsumo con cannabis (93,6%), éxtasis (73,2%) y anfetaminas (60,6%); un 4,0% se había inyectado alguna droga. Los que habían usado «crack» (22,1%) tenían un menor nivel educativo, un consumo de cocaína más intenso, mayor prevalencia de consumo de otras drogas, en especial opioides, y prevalencia de inyección mucho más alta.

Conclusiones: El estudio confirma y completa el perfil sociodemográfico y de consumo ofrecido por los sistemas de información basados en servicios o las encuestas poblacionales, en especial que una gran parte de los consumidores jóvenes son esporádicos y que existen dos subpoblaciones muy diferenciadas según el consumo o no de cocaína base.

© 2008 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Recruitment methodology and characteristics of a cohort of young regular cocaine users in three Spanish cities (the Itinere-cocaine Project)

ABSTRACT

Keywords:

Cocaine

Crack cocaine

Patterns of drug use

Epidemiology

Computer-assisted personal interview

Background: Health information systems that monitor drug use do not perform in-depth analyses of sociodemographic characteristics and patterns of use, or of the factors that influence health problems. We describe the recruitment methodology and characteristics of a cohort of young cocaine users.

Methods: A prospective cohort of 720 cocaine users who were not regular heroin users, recruited in the community independently of the health services by chain referral methods in the metropolitan areas of Madrid, Barcelona and Seville was studied. A computer-administered and partially self-administered questionnaire was used. A stratified analysis by city and by frequency of base cocaine use was performed.

Results: In the previous 12 months, 58.8% had used cocaine 1-2 days/week; 91.9% sniffed it regularly, 5.3 smoked it, and only 2.8% injected it; 6.1% had used it at least half the time in the form of base cocaine. Polydrug use was observed with cannabis (93.6%), ecstasy (73.2%) and amphetamines (60.6%). Approximately 4.0% had injected at least one drug. Crack users (22.1%) had a lower educational level, more intensive cocaine use, a higher prevalence of other drug use, especially opioids, and a much higher prevalence of injection.

Conclusions: This study confirms and completes the sociodemographic and drug profile provided by the information systems based on health services or population surveys. The results show that a large proportion of young cocaine users consume the drug sporadically and that two very different subpopulations exist, according to whether or not they use base cocaine.

© 2008 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jpulido@isciii.es (J. Pulido).

¹ El Grupo del Proyecto Itínere está formado por los autores citados anteriormente y por Mireia Ambrós, Francisco Bru, Carlos Toro, Francisco González, Victoria Jiménez, Daniel Lacasa, Angels Llorens, Gemma Molist, Eusebio Mejías, Montserrat Neira, Luis Royuela, Sofía Ruiz, Fernando Sánchez, Sara Santos, Teresa Silva, Vicente Soriano, Fernando Vallejo, Nuria Vallés y Brenda Vázquez.

Introducción

Después del cannabis, la cocaína es la droga ilegal más consumida en la Unión Europea. Según el último informe de su Observatorio, 12 millones de europeos de 15-64 años de edad (casi un 4%) han experimentado alguna vez con esta sustancia¹. En España, donde el consumo de cocaína se ha duplicado en los últimos diez años (junto a Estados Unidos y Reino Unido, son los países del mundo con un uso más extendido^{1,2}), esta prevalencia es más alta (7%), al igual que la de los que consumieron en el último año (3%) o en el último mes (1,6%)³. Entre 1994 y 2004, la proporción de escolares de 14-18 años que habían consumido en el último año se multiplicó por 4, pasando del 1,8% al 7,2%. Con ninguna otra sustancia se ha producido un aumento de esta magnitud, siendo más intenso entre los estudiantes de 17-18 años⁴.

La cocaína puede presentarse en forma de sal o clorhidrato (que se administra por vía intranasal o intravenosa) o en forma de base (por vía pulmonar). El consumo se concentra en los jóvenes, suele ser ocasional y tiene lugar principalmente los fines de semana y en entornos recreativos (bares y discotecas)⁵. Por lo que se sabe, el consumo o no de heroína delimita dos grupos de usuarios de cocaína con un perfil muy diferente^{16,7}: a) los que consumen también heroína, que se caracterizan por un consumo de cocaína más intenso, mayor uso de las vías pulmonar y parenteral, y mayores problemas de salud, y b) los que no consumen heroína, que presentan un uso poco intenso, preferentemente por vía intranasal, y menos problemas de salud. Este segundo grupo es bastante más numeroso y apenas recurre a los servicios de atención.

El consumo de cocaína provoca en España muchos problemas sanitarios, superando claramente a la heroína como causa de primeras admisiones a tratamiento por dependencia o a urgencias hospitalarias⁸. Las complicaciones médicas más graves son los accidentes cerebrales y cardiovasculares⁹, incluyendo arritmias y episodios coronarios agudos¹⁰. Asimismo, cada vez existe mayor evidencia sobre la implicación de la cocaína y otros psicoestimulantes en la producción de accidentes de tráfico¹¹. En 2004, el 13,6% de las muestras de sangre de los conductores que habían fallecido en accidentes de tráfico fueron positivas para alguna droga, siendo la cocaína la más frecuentemente detectada (60%)¹².

Casi toda esta información se ha obtenido de las encuestas poblacionales y de los sistemas de información sociosanitaria que monitorizan el consumo de drogas y sus problemas asociados. Estos dos métodos tienen especiales ventajas, porque permiten evaluar las tendencias espaciales y temporales del fenómeno. Sin embargo, al recoger un número muy reducido de variables y ser cumplimentados por muchas personas distintas, presentan algunas limitaciones: las encuestas no permiten profundizar en el análisis de las características sociodemográficas y de los patrones de consumo de los usuarios, y los sistemas de información están muy limitados para el análisis de los factores que condicionan la aparición y la gravedad de los problemas de salud. Además, los indicadores de estos sistemas están basados en servicios de salud (principalmente demanda de tratamiento, urgencias y mortalidad), con lo cual únicamente recogen la demanda atendida de los usuarios que reconocen el consumo de cocaína, y no son válidos para detectar otro tipo de necesidades de atención no expresadas. Otro inconveniente es que suele pasar mucho tiempo entre el uso problemático y la aparición de los problemas, lo que limita la utilidad de estos registros para detectar precozmente cambios en el fenómeno.

Además, en España se han llevado a cabo numerosas investigaciones epidemiológicas sobre el grupo de usuarios que consumen cocaína y heroína habitualmente, pero son muy pocos los que han abordado el grupo de los usuarios de cocaína que no

consumen heroína, y los que existen no son muy recientes^{6,13}. Posiblemente la causa fundamental de esta carencia es que este grupo está compuesto en su mayoría por personas bien integradas socialmente, que tienen poco que ganar si revelan sus conductas.

En este contexto se diseñó el Proyecto Itínere, un estudio de cohortes de jóvenes usuarios de drogas captados en la comunidad, al margen de los servicios asistenciales, en las áreas metropolitanas de Barcelona, Madrid y Sevilla. Este estudio pretende evaluar el impacto del consumo de diferentes sustancias psicoactivas (principalmente heroína y cocaína) sobre la salud física y mental, y sobre la calidad de vida, así como su relación con las características sociales, los patrones de consumo y el acceso a los servicios sociales y sanitarios disponibles. En la actualidad existen dos cohortes: una primera de usuarios de heroína¹⁴ y otra posterior de usuarios de cocaína que no han consumido regularmente heroína. Este artículo se centrará en la segunda y describirá la metodología de captación utilizada, las características sociodemográficas y los principales patrones de consumo de los participantes.

Sujetos y métodos

Criterios de inclusión

Los participantes debían cumplir, antes de la primera entrevista, los siguientes requisitos: haber consumido cocaína al menos 50 días en los últimos 12 meses y al menos una vez en los 3 meses previos, no haber consumido heroína más de 12 días en los últimos 12 meses, tener entre 18 y 30 años de edad y haber residido en las áreas metropolitanas de Madrid, Barcelona o Sevilla al menos durante 6 de los últimos 12 meses. Fueron excluidos los que no hablaban español con fluidez y los que tenían alta probabilidad de cambiar de residencia a otra ciudad en los próximos dos años.

Selección de los sujetos

Para conseguir una muestra lo más representativa posible de los jóvenes consumidores de cocaína, y al no existir un marco muestral adecuado para seleccionarlos, se recurrió a técnicas de muestreo no probabilísticas. Los participantes se seleccionaron mediante un muestreo dirigido por el respondedor (*respondent driven sampling*¹⁵), que combina el muestreo dirigido a «poblaciones diana» (*targeted sampling*¹⁶) con el de «bola de nieve» (*snowball sampling*¹⁷), con remuneración a los entrevistados por aportar nuevos participantes al estudio.

El proceso de reclutamiento integró diferentes procedimientos, cuyo número de sujetos aportados se refleja en la tabla 1. En un primer momento se identificaron poblaciones diana en las cuales fuera bastante probable encontrar usuarios de cocaína. Para entrar en contacto con estos sujetos se utilizaron tres procedimientos: a) búsqueda activa directa en diferentes lugares, como zonas de venta y de consumo de drogas, ocio nocturno (con escasa fortuna) y algunos lugares públicos de reunión (parques, plazas, etc.) situados normalmente en el centro de las ciudades, y mediante esta técnica se captó el 9% de la muestra; b) búsqueda activa indirecta, a través de otras personas-clave como usuarios de drogas que no cumplían los criterios de inclusión, ex consumidores y profesionales sociosanitarios de programas de reducción de daños (13,5%); y c) recepción pasiva de usuarios por medio de carteles colocados en espacios altamente accesibles para gente joven, así como anuncios breves en revistas, periódicos, páginas web, televisión, etc. dirigidos a la población general (8,3%). Aunque en la práctica no siempre fue posible, para diversificar la muestra

Tabla 1
Procedimiento de captación de los jóvenes consumidores de cocaína de Barcelona, Madrid y Sevilla, 2004-2006 (Proyecto Itinere-Cocaína)

	Barcelona		Madrid		Sevilla		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Captados por:	92	39,3	65	25,2	65	28,5	222	30,8
El personal del proyecto	6	2,6	28	10,9	31	13,6	65	9,0
Consumidores y ex-consumidores	11	4,7	12	4,7	31	13,6	54	7,5
Profesionales sociosanitarios	35	15,0	5	1,9	3	1,3	43	6,0
Anuncios publicitarios: carteles, periódicos, revistas, etc,	40	17,1	20	7,8	0	0,0	60	8,3
Nominados por los participantes del proyecto:	142	60,7	193	74,8	163	71,5	498	69,2
Cohorte cocaína	119	50,9	174	67,4	153	67,1	446	61,9
Cohorte heroína	23	9,8	19	7,4	10	4,4	52	7,2
TOTAL	234	100,0	258	100,0	228	100,0	720	100,0

se seleccionaron muchos escenarios y pocos sujetos por escenario. Finalmente, el método de nominación (que proporcionó el 69,2% de la muestra) consistió en solicitar información a los sujetos entrevistados sobre otros de su círculo más próximo que cumplieran el perfil de usuario buscado, aunque sin especificar los días mínimos de consumo y, en principio, sin límite en el número de candidatos. Se remuneró con 18 € por entrevista y sujeto nominado.

En total se realizaron 720 entrevistas basales en las tres ciudades (234 en Barcelona, 258 en Madrid y 228 en Sevilla), desde enero de 2004 hasta julio de 2006.

Recogida de información

En la entrevista, que en el 80% de los casos duró entre 1 y 2 horas, se administró un cuestionario mediante el sistema CAPI (*Computer Assisted Personal Interview*¹⁸⁻²⁰), lo que facilitó su estandarización y la confección de filtros y saltos. Únicamente las preguntas sobre conductas sexuales fueron autoadministradas. El cuestionario, compuesto básicamente por preguntas cerradas, se elaboró en formato electrónico con el programa QDS (*Questionnaire Development System*²¹). Fue aplicado en diferentes centros sociosanitarios no dedicados específicamente a los problemas de drogas, y por trabajadores previamente entrenados. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado, en el cual aceptaban acudir a tres entrevistas (una cada 12 meses) y proporcionar datos identificativos y de contacto para su seguimiento, autorizando a los investigadores a poder usarlos en diversos registros sociosanitarios.

Análisis de la información

Se realizó un análisis estratificado por ciudad y por frecuencia de consumo de cocaína base, eliminando del denominador los casos con valores desconocidos (ausencia de información, saltos y errores de programación). La significación estadística de las diferencias de proporciones se efectuó con la prueba de ji cuadrado, rechazando la hipótesis nula si $p < 0,05$.

Resultados

Características sociodemográficas

Las características sociodemográficas de los participantes se muestran en la [tabla 2](#). Un tercio de los usuarios (33,8%) eran mujeres. Entre el 64,1% y el 91,7% tenían menos de 26 años y un 0,4% a 17,1% habían nacido fuera de España. Entre el 60,2% y el 79,4% habían concluido los estudios secundarios y un 5,3% a 24,4%

tenían una carrera universitaria. En los 12 meses anteriores, el empleo regular fue la situación laboral más común en las tres ciudades (47,9%), aunque en Barcelona la proporción de empleados y desempleados fue similar (40,6% y 38,5%). El 67,7% tenía como principal fuente de ingresos el trabajo (con o sin contrato), a gran distancia de otras formas de obtener dinero, como la familia, el tráfico de drogas u otras actividades marginales. En Sevilla, el 92,9% convivía con familiares, mientras que en Barcelona y Madrid el 55,6% y el 44,4% lo hacían con amigos o compañeros. Además, en Barcelona un 22,2% no tenía un domicilio fijo. Un 38,9% había sido detenido alguna vez y un 18,3% en los últimos 12 meses. El 3,1% había estado en centros de reforma para menores y un 1,3% en 6,4% en la cárcel.

Patrones de consumo de cocaína

Los patrones de consumo de cocaína se presentan en la [tabla 3](#). Un 82,6% consumió cocaína por primera vez con 18 años o menos, y casi todos (98,1%) de forma esnifada. El 62,1% tardó un año o más entre el primer uso y el uso semanal, y el 96,7% utilizaba la vía esnifada como vía principal en ese momento. En Madrid y Barcelona, aproximadamente la mitad habían consumido alguna vez cocaína base sola, mientras que era muy raro en Sevilla, y unos porcentajes similares la habían fumado. El 12% se la había inyectado alguna vez en Barcelona, sólo el 4,3% en Madrid y prácticamente nadie en Sevilla. Algo más del 10% de los sujetos de Barcelona y Madrid habían cambiado alguna vez de vía principal y casi nadie en Sevilla. En Madrid, el cambio preponderante fue de esnifada a fumada, mientras que en Barcelona también fue relativamente frecuente evolucionar a la inyección.

En los últimos 12 meses, el 58,8% había consumido cocaína entre 1 y 2 días por semana y el 32,1% 3 o 4 días. El 91,9% la había usado habitualmente esnifada y el 83% siempre en polvo. Generalmente la consumieron acompañados de otras personas, principalmente amigos (85,1%) y en lugares diferentes según la ciudad de residencia: los espacios públicos y los coches fueron más frecuentes en Sevilla (74%), y los locales de fiesta y alojamientos en Barcelona y Madrid (entre el 80,2% y el 82,9%). La prevalencia de consumo de cocaína base en el mismo periodo fue mucho más baja en Sevilla (7,0%) que en Barcelona y Madrid (29,1% y 29,5%). La inyección de la droga fue un fenómeno prácticamente exclusivo de Barcelona (9,8%).

Consumo de otras drogas

En la [tabla 4](#) se muestran los patrones de consumo de otras drogas. En los 12 meses anteriores, las mayores prevalencias de consumo de sustancias ilegales correspondían al cannabis (93,6%), el éxtasis (73,2%) y las anfetaminas (60,6%). En general, las

Tabla 2

Características sociodemográficas de los jóvenes consumidores de cocaína de Barcelona, Madrid y Sevilla, 2004-2006 (Proyecto Itínere-Cocaína) (%)

	Barcelona (n = 234)	Madrid (n = 258)	Sevilla (n = 228)	Total (n = 720)	p ^a
Mujeres	35,0	42,6	22,4	33,8	***
≤25 años	64,1	70,9	91,7	75,3	***
Nacido en el extranjero	17,1	8,9	0,4	8,9	***
Nivel de estudios aprobado					***
Enseñanza primaria o menos	6,0	16,6	15,4	12,6	
Enseñanza secundaria 1.ª etapa	26,1	21,8	40,8	29,5	
Enseñanza secundaria 2.ª etapa	43,6	38,4	38,6	40,3	
Educación universitaria	24,4	23,1	5,3	17,6	
Situación laboral durante la mayor parte del tiempo ^b					***
Empleo regular	40,6	55,0	47,4	47,9	
Desempleo	38,5	23,6	18,9	26,9	
Estudiando	18,8	18,2	33,3	23,2	
Otra	2,1	3,1	0,4	1,9	
Fuente principal de ingresos ^b					**
Trabajo con o sin contrato	66,1	69,3	67,5	67,7	
Ayuda social	3,9	1,2	0,9	1,9	
Familia	6,9	11,3	16,2	11,4	
Prostitución	0,4	0,8	0,0	0,4	
Tráfico de drogas	12,4	12,8	7,5	11,0	
Otras actividades marginales ^c	10,3	4,7	7,9	7,5	
Tipo de alojamiento en que ha vivido la mayor parte del tiempo ^b					**
Hogares individuales o familiares	76,5	90,3	98,7	88,5	
Institución	0,9	1,2	0,0	0,7	
Sin domicilio fijo/casas ocupadas	22,2	8,5	1,3	10,7	
Sin techo	0,4	0,0	0,0	0,1	
Convivientes habituales ^{b,d,e}					
Pareja o hijos	20,2	15,6	8,4	14,8	**
Padres, hermanos, otros familiares	39,0	53,1	92,9	61,5	***
Amigos, compañeros, otras personas	55,6	44,4	11,6	37,3	***
Ninguno, viven solos	3,5	4,3	1,3	3,1	ns
Uno o más hijos	3,0	3,9	3,1	3,3	ns
Fuga del hogar > 2 días antes de los 18 años	25,2	29,8	21,1	25,6	ns
Ingreso en centro de reforma para menores por cometer delitos	2,1	3,5	3,5	3,1	ns
Detenido alguna vez	44,4	39,1	32,9	38,9	*
Detenido en los últimos 12 meses	18,8	17,8	18,4	18,3	ns
En prisión alguna vez	6,4	3,5	1,3	3,8	**

^a Nivel de significación estadística de la comparación entre ciudades, usando ji cuadrado: ns = no significativo; *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001.

^b Referido a los últimos 12 meses.

^c Robos o venta de cosas robadas, venta ambulante en la calle, recoger chatarra o cartón, realizar espectáculos en la calle o vigilar aparcamientos.

^d Cálculos efectuados sobre el total de los que se alojaron en hogares familiares (casas, apartamentos, barracas, chabolas, caravanas, etc.).

^e No son mutuamente excluyentes.

prevalencias en Barcelona y Madrid fueron más altas que en Sevilla, principalmente para los opiáceos, GHB, LSD y ketamina. Asimismo, el consumo de opiáceos diferentes a la heroína y la metadona predominó más en Barcelona (29,9%) que en Madrid (17,8%) y Sevilla (3,5%), y el de inhalables más en Madrid (23,3%) que en Sevilla (6,6%) y Barcelona (10,7%). Aun cumpliendo el requisito de no consumo habitual, un 10,8% había consumido heroína, sola o mezclada con cocaína. El uso de alcohol (96,1%) y tabaco (88,9%) fue prácticamente universal, y el 70% había consumido grandes cantidades diarias de alcohol (>50 ml/día en hombres y >25 ml/día en mujeres).

Consumidores de cocaína base

La frecuencia de consumo de cocaína base (tabla 5) permite diferenciar subpoblaciones con características sociodemográficas y patrones de consumo que van diferenciándose progresivamente. Así, los que la habían consumido semanalmente (> 52 días) en los últimos 12 meses presentaron un perfil radicalmente distinto respecto a los que habían consumido exclusivamente clorhidrato de cocaína.

La proporción de desempleados entre los usuarios habituales de cocaína base (49,1%) fue más del doble que en los usuarios

exclusivos de clorhidrato (20,4), y la población estudiante fue casi inexistente en los primeros (1,8%) frente a un 30,3% en los segundos. La mayoría de los consumidores frecuentes de cocaína base habían sido detenidos por la policía (70,2%), el 28,1% no había tenido domicilio fijo y el 21,1% había usado el tráfico de drogas como fuente principal de ingresos, frente a un 27,3%, 4,5% y 8%, respectivamente, en los usuarios de clorhidrato. Un 33,3% de los usuarios de cocaína base había consumido cocaína más de 4 días a la semana en los últimos 12 meses y un 12,3% se había inyectado, patrones que raramente se habían dado en los usuarios de clorhidrato. Los consumidores semanales de cocaína base presentaban prevalencias más altas de consumo de todas las drogas excepto de éxtasis, pero con un marcadísimo mayor consumo de heroína, metadona y otros opiáceos, hipnosedantes y ketamina, sustancias cuya prevalencia de consumo era más de tres veces superior a la de aquellos que nunca habían consumido cocaína base.

Discusión

Este estudio describe las principales características sociodemográficas y los patrones de consumo de una cohorte de jóvenes

Tabla 3
Patrones de consumo de cocaína de los jóvenes consumidores de cocaína de Barcelona, Madrid y Sevilla, 2004-2006 (Proyecto Itínere-Cocaína) (%)

	Barcelona (n = 234)	Madrid (n = 258)	Sevilla (n = 228)	Total (n = 720)	p ^a
Edad de primer consumo					***
<15 años	9,4	8,5	21,6	12,9	
15-18 años	70,1	70,5	68,3	69,7	
>18 años	20,5	20,9	10,1	17,4	
Vía de primer consumo					ns
Fumada	2,1	1,2	0,9	1,4	
Inyectada	1,3	0,4	0,0	0,6	
Esnifada en polvo	96,6	98,4	99,1	98,1	
Tiempo entre el primer consumo y el consumo semanal					***
<1 mes	7,0	12,5	15,1	11,5	
1-11 meses	24,3	14,1	42,5	26,4	
12 meses o más	68,7	73,4	42,5	62,1	
Vía habitual de administración al inicio del consumo semanal					***
Fumada	0,9	4,4	0,5	2,0	
Inyectada	3,0	0,8	0,0	1,3	
Esnifada en polvo	96,1	94,8	99,5	96,7	
Alguna vez en la vida					
Consumo de cocaína base	50,9	43,0	11,0	35,4	***
Consumo de cocaína en polvo	100,0	99,6	100,0	99,9	ns
Vía de administración usada^c					
Inyectada	12,0	4,3	0,4	5,6	***
Fumada	51,3	43,4	11,4	35,6	***
Esnifada	99,6	98,8	100,0	99,4	ns
Cambio de vía habitual de consumo	10,4	12,5	2,3	8,6	***
Dirección del último cambio de vía^{b**}					
De inyectada a no inyectada	4,2	3,6	0,0	3,6	
De no inyectada a inyectada	50,0	7,1	0,0	25,0	
De esnifada a fumada	41,7	67,9	100,0	58,9	
De fumada a esnifada	4,2	21,4	0,0	12,5	
Inyección de drogas	12,4	4,7	0,9	6,0	***
Últimos 12 meses					
Consumo de cocaína base	29,1	29,5	7,0	22,1	***
Consumo de cocaína en polvo	100,0	98,8	100,0	99,6	ns
Frecuencia de consumo					**
Todos los días	5,6	1,9	0,9	2,8	
5-6 días/semana	8,1	6,6	4,0	6,3	
3-4 días/semana	24,8	35,3	36,1	32,1	
1-2 días/semana	61,5	56,2	59,0	58,8	
Vía habitual de consumo					***
Fumada	4,3	10,1	0,9	5,3	
Inyectada	7,3	1,2	0,0	2,8	
Esnifada en polvo	88,4	88,7	99,1	91,9	
Tipo de cocaína consumida					***
Siempre, la mayoría o la mitad de las veces en base	5,6	10,9	1,3	6,1	
La mayoría de las veces en polvo	12,9	15,2	3,9	10,9	
Siempre en polvo	81,5	73,8	94,7	83,0	
Lugar de consumo más frecuente					***
Casas o alojamientos donde ha vivido	25,6	20,9	4,8	17,4	
Casas de amigos o parejas sexuales	20,5	14,0	7,0	13,9	
Bares, discotecas, locales de fiesta, etc,	36,8	45,3	12,8	32,3	
Espacios públicos abiertos (calles, plazas, parques, etc.)	6,8	8,9	39,6	17,9	
Coches	6,8	6,6	34,4	15,4	
Otro lugar	3,4	4,3	1,3	3,1	
Compañeros de consumo más frecuentes					***
Ninguno (consume solo)	7,7	2,3	1,8	3,9	
Pareja sexual estable	5,1	12,8	4,8	7,8	
Amigos muy cercanos que no son pareja sexual	82,1	82,6	91,2	85,1	
Conocidos casuales y otras personas	5,1	2,3	2,2	3,2	
Inyección de drogas	9,8	1,9	0,4	4,0	***

^a Nivel de significación estadística de la comparación entre ciudades, usando ji cuadrado: ns = no significativo. *p<0,05; **p<0,01. ***p<0,001.

^b Cálculos efectuados sobre el total de jóvenes con cambio de vía habitual de consumo.

^c No son mutuamente excluyentes.

Tabla 4

Prevalencia de consumo de otras drogas psicoactivas en los últimos 12 meses entre los jóvenes consumidores de cocaína de Barcelona, Madrid y Sevilla. 2004-2006 (Proyecto Itínere-Cocaína)

	Barcelona (n = 234)	Madrid (n = 258)	Sevilla (n = 228)	Total (n = 720)	p ^a
Heroína					
Sola o mezclada con cocaína	15,8	13,6	2,6	10,8	***
Heroína sola	14,2	10,1	1,3	8,6	***
Mezclada con cocaína base en la misma dosis	2,6	9,3	1,8	4,7	***
Mezclada con cocaína polvo en la misma dosis	6,8	1,6	1,3	3,2	***
Otras drogas					
Ketamina	29,9	29,1	8,3	22,8	***
Éxtasis	77,4	80,2	61,0	73,2	***
Anfetaminas	75,2	67,4	37,9	60,6	***
Hipnosedantes	30,0	27,5	18,4	25,5	**
Metadona de la calle ^b	2,1	1,9	0,4	1,5	ns
Opioides diferentes a la heroína o metadona	29,9	17,8	3,5	17,2	***
Cannabis	93,2	92,6	95,2	93,6	ns
LSD	37,2	28,0	8,3	24,8	***
Otros alucinógenos	45,3	41,9	30,7	39,4	**
Inhalables volátiles	10,7	23,3	6,6	13,9	***
Éxtasis líquido, GHB	23,1	18,7	4,8	15,7	***
Alcohol^{**}					
No consumo	4,3	3,5	3,9	3,9	
Consumo de bajo riesgo ^c	34,6	23,6	20,6	26,3	
Consumo de riesgo ^d	32,1	34,1	36,4	34,2	
Consumo de alto riesgo ^e	29,1	38,8	39,0	35,7	
Tabaco					ns
No fumador	11,5	12,8	8,8	11,1	
1-20 cigarrillos/día	79,5	78,7	83,3	80,4	
>20 cigarrillos/día	9,0	8,5	7,9	8,5	

^a Nivel de significación estadística de la comparación ente ciudades, usando ji cuadrado: ns = no significativo: *p<0,05; ** p<0,01; ***p<0,001.

^b Se refiere a la metadona consumida fuera del marco de los programas de tratamiento.

^c Ingesta de alcohol inferior a 50 ml/día en hombres y 25 ml/día en mujeres.

^d Ingesta de alcohol de 50-100 ml/día en hombres y de 25-50 ml/día en mujeres.

^e Ingesta de alcohol de más de 100 ml/día en hombres y más de 50 ml en mujeres.

usuarios de cocaína que no consumen habitualmente heroína, captados en la comunidad, independientemente de los servicios asistenciales, que es el ámbito de donde suele provenir la gran mayoría de las muestras de consumidores descritas en la literatura científica.

Los datos confirman que existen dos subpoblaciones de consumidores bastante diferenciados: los que nunca han consumido cocaína base (que es la población mayoritaria) y los que sí lo han hecho, en especial aquellos que lo hacen con cierta regularidad. Estos últimos presentan menor nivel educativo, mayor proporción de desempleo, más problemas con la justicia, un consumo de cocaína más intenso y en general mayores prevalencias de uso de otras drogas, en especial de aquellas que más consumen los consumidores habituales de heroína. Además, la prevalencia de inyección entre ellos es relativamente alta, mientras que casi es inexistente entre los consumidores exclusivos de clorhidrato. El conjunto de los consumidores presenta también altísimas prevalencias de uso de tabaco y alcohol.

Comparando los datos de este estudio con los de la población general de su misma edad (16-29 años), los jóvenes usuarios de cocaína no difieren sustancialmente en el nivel de estudios salvo en Sevilla, donde la proporción de usuarios con estudios universitarios es muy baja²². En cualquier caso, esta diferencia debe ser relativizada si tenemos en cuenta que la proporción de jóvenes menores de 22 años en esta ciudad es mucho más alta que en las otras dos. Las diferencias con la población general son más pronunciadas en cuanto a la situación laboral²³: el empleo regular es menos frecuente (47,9% frente a 58,1%) y la proporción de desempleados es sensiblemente más alta que la media nacional (26,9% frente a 11,2%). La alta proporción de jóvenes sin domicilio

fijo, sobre todo en Barcelona, se debe a que muchos de ellos habían pertenecido a grupos «ocupa».

Estas diferencias contrastan con otros estudios que aluden a un mayor estatus socioeconómico de la población cocainómana que no consume heroína¹³ respecto a la población general. Sin embargo, aunque nuestra población diana es más joven, ha sido reclutada por mecanismos dirigidos exclusivamente a usuarios habituales. Además, a diferencia de otros estudios, incluye consumidores intensos y de ámbitos no exclusivamente recreativos (como los que usan «crack»), cuyas condiciones de vida son más desfavorables.

Aun así, los locales de fiesta eran los lugares más habituales de consumo, y todo hace suponer que los que habían usado la cocaína 1 o 2 días a la semana (que fueron la mayoría) lo habían hecho en fin de semana. De hecho, esta población hacía uso en gran medida de las «club drugs», un grupo heterogéneo de psicoestimulantes y alucinógenos (entre los que se encuentran el éxtasis, las anfetaminas, la ketamina, el LSD y el GHB) usados con ánimo recreativo²⁴, cuyo consumo constituye una de las grandes diferencias respecto a los heroínómanos que, por el contrario, hacen un uso más extenso de hipnosedantes y otros opiáceos¹⁴. Los usuarios de cocaína también mostraban una elevada tendencia a tomar alcohol en grandes cantidades, sustancia que junto a la cocaína es la más mencionada en las urgencias hospitalarias por los consumidores de drogas^{8,25}, y que puede dar lugar al cocaetileno, que aumenta el riesgo coronario e inmunotóxico de la cocaína^{26,27} y se asocia con más efectos secundarios²⁸ y mayor mortalidad²⁹. La inyección de la droga fue un fenómeno exclusivo de aquellos que consumían cocaína base, cuyas características son similares a las de los usuarios de heroína¹⁴, ya que, además de

Tabla 5
Características sociodemográficas y patrones de consumo entre los jóvenes consumidores de cocaína, según el consumo de cocaína base en los últimos 12 meses. 2004-2006 (Proyecto Itínere-Cocaína) (%)

Consumo de cocaína base en los últimos 12 meses	Nunca (n = 465)	Alguna vez, pero no en los últimos 12 meses (n = 95)	<52 días (n = 103)	≥52 días (n = 57)	Total (n = 720)	p ^a
Características sociodemográficas						
Mujeres	34,4	33,7	32,4	31,6	33,8	ns
≤25 años	81,5	56,8	69,6	66,7	75,3	***
Nacidos en el extranjero	3,7	15,8	21,6	15,8	8,9	***
Sólo estudios primarios o menos	10,5	8,4	14,7	31,6	12,5	**
Situación laboral principal^b						
Desempleado	20,4	30,5	41,2	49,1	26,9	***
Estudiante	30,3	11,6	13,7	1,8	23,2	***
Fuente principal de ingresos^b						
Tráfico de drogas	8,0	10,5	18,6	21,1	11,0	***
Actividades marginales	5,2	6,3	14,7	15,8	7,5	***
Sin domicilio fijo/casas ocupadas ^b	4,5	15,8	24,5	28,1	10,7	***
Detenido alguna vez	27,3	53,7	59,8	70,2	28,9	***
Detenido en los últimos 12 meses	10,1	23,2	35,3	45,6	18,3	***
En prisión alguna vez	1,3	3,2	9,8	12,3	3,8	***
Patrones de consumo						
Edad de primer consumo de cocaína < 16 años ^c	23,1	33,7	35,3	40,4	27,5	**
Consumo de cocaína > 4 días/semana	2,4	15,8	19,6	33,3	9,0	***
Lugar de consumo de cocaína más frecuente^{b,c}						
Bares, discotecas, locales de fiesta, etc.	33,1	33,7	40,2	7,0	32,2	***
Zonas de venta y consumo de drogas	0,2	2,1	2,0	10,5	1,5	***
Inyección de drogas alguna vez	0,9	6,3	22,5	17,5	6,0	***
Inyección de drogas en los últimos 12 meses	0,6	4,2	14,7	12,3	4,0	***
Consumo de otras drogas ilegales^b						
Heroína, sola o mezclada con cocaína	1,7	10,5	36,3	40,4	10,8	***
Opioides diferentes a la heroína o metadona	9,2	23,2	35,3	38,6	17,2	***
Metadona de la calle ^d	0,0	0,0	6,9	7,0	1,5	***
Hipnosedantes	16,4	29,5	45,1	57,9	25,5	***
Cannabis	93,3	93,7	96,1	91,2	93,6	ns
Éxtasis	72,3	69,5	88,2	59,6	73,2	***
Anfetaminas	54,4	65,3	80,4	66,7	60,6	***
Ketamina	16,6	26,3	38,2	38,6	22,8	***
Inhalables volátiles	12,3	15,8	19,6	14,0	13,9	ns
Éxtasis líquido, GHB	13,4	20,0	22,5	15,8	15,7	ns
LSD	16,8	26,3	47,1	45,6	24,8	***
Otros alucinógenos	36,8	42,1	45,1	47,4	39,4	ns

^a Nivel de significación estadística de la comparación entre las diferentes frecuencias de consumo de cocaína base, usando ji cuadrado: ns = no significativo; *p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001.

^b Referido a los últimos 12 meses.

^c Se refiere al consumo de cocaína en cualquiera de sus formas.

^d Se refiere a la metadona consumida fuera del marco de los programas de tratamiento.

compartir el consumo de otras sustancias, la situación socioeconómica es igualmente muy desfavorecida.

Los casos admitidos a tratamiento cuya droga principal fue la cocaína, aun teniendo en cuenta que la media de edad era de 29,8 años, presentan un mayor porcentaje de varones (87,2%) y un nivel de estudios bastante más bajo (un 73,2% sólo con estudios primarios⁸). Este predominio masculino entre los tratados puede deberse a la existencia de un mayor número de problemas de salud graves en los varones, probablemente como consecuencia de patrones de consumo más intensos y arriesgados³⁰, aunque no es descartable que pueda haber existido una sobrerrepresentación de mujeres en nuestro estudio.

Reunir la muestra fue mucho más difícil de lo inicialmente previsto, a pesar de realizar un gran esfuerzo por explorar todos los escenarios identificados y contactar con un gran número de captadores. Como era de esperar, muchos usuarios captados rehusaron participar en el estudio. El principal motivo fue el temor a que se revelara su identidad, a pesar de ser informados de la forma de almacenar y tratar los datos proporcionados y de las garantías de confidencialidad. El rechazo se hubiera visto reducido

si en vez de un estudio de cohortes el proyecto se hubiera planteado como un estudio transversal, donde no hubieran sido necesarios datos personales para una posterior localización. Los criterios de inclusión planteados también aumentaron la dificultad, pues muchos de los jóvenes no alcanzaban el consumo mínimo requerido y muchos otros superaban la edad. Este hecho corrobora los datos que viene proporcionando durante los últimos años el Observatorio Español sobre Drogas, que indican que ha aumentado el número de consumidores esporádicos, sobre todo entre los jóvenes, manteniéndose muy baja la proporción de los que consumen cocaína de forma habitual (0,3%). Finalmente, la incomodidad que representa desplazarse por una gran ciudad hizo también que muchos no aceptaran realizar la entrevista. Tal como habíamos supuesto, el incentivo económico tampoco supuso un aliciente para superar estos obstáculos.

Se desconoce en qué medida los resultados pueden generalizarse a los jóvenes usuarios de cocaína. El proceso de reclutamiento utilizó las técnicas que se han demostrado más válidas para este tipo de poblaciones ocultas, y estuvo orientado a representar a todos los consumidores, diversificando los lugares

y las formas de reclutamiento, y dando un gran peso a la nominación, lo que permitió establecer contacto con diferentes grupos sociales y llegar a aquellos que hubieran sido inaccesibles por captación directa, sobre todo los de mayor nivel socioeconómico.

Este estudio confirma y completa la descripción del perfil sociodemográfico y de las conductas de consumo de los jóvenes consumidores de cocaína ofrecido por los sistemas de información basados en servicios o por las encuestas de consumo en población general. Cabe concluir que una gran parte de los consumidores jóvenes son usuarios esporádicos y que existen dos subpoblaciones muy diferenciadas según el consumo o no de cocaína base.

Agradecimientos

A todas las personas e instituciones que nos han ayudado en la captación o el seguimiento de los participantes, que nos han prestado sus locales para realizar las entrevistas o nos han ayudado en las diferentes tareas de la gestión del proyecto.

Financiación

Queremos mencionar, de Madrid, a la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD), los Programas Municipales de Sida y de Drogas, el Centro Sanitario Sandoval y la Agencia Antidroga; de Barcelona, a la Associació Benestar i Desenvolupament (ABD), el Centro Comunitario de Atención a Personas con Drogodependencias SPOTT, el Àmbit Prevenció, el Centre Català de Solidaritat (CECAS), la sala Baluard, la Associació Institut Genus, el Servei d'Atenció i Prevenció Sociosanitària (SAPS) de la Creu Roja, el CAS Delta, de Sarrià y La Mina, y la Secretaria de Serveis Penitenciaris, Rehabilitació i Justícia Juvenil, de Sevilla, al Ayuntamiento de Sevilla, los Centros de Tratamiento Ambulatorios de Drogodependencias de la Diputación Provincial de Sevilla, el Centro Tratamiento Alcoholismo Anclaje, Antaris, el Centro de Día de la Asociación Visueña de Ayuda al Toxicómano (AVAT), la Asociación San Pablo de Ayuda al Drogodependiente (ASPAD) y al Centro Cívico Esqueleto y Las Sirenas. Financiado por la Fundación para la Investigación y la Prevención del sida en España (FIPSE36253/01).

Bibliografía

- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Informe anual 2007: el problema de la drogodependencia en Europa. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas; 2007. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria3/coopera/pdf/Informe2007.pdf>.
- United Nations Office on Drug and Crime (UNODC). World drug report 2006. Vienna: UNODC; 2006. Disponible en: http://www.unodc.org/pdf/WDR_2006/wdr2006_volume1.pdf.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EADDES) 2005-2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/Domiciliaria2005-2006.pdf>.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2006-2007. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/Estudes2006-2007.pdf>.
- Chivite-Matthews N, Richardson A, O'Shea J, et al. Drug misuse declared: findings from the 2003/04 British Crime Survey. London: Home Office; 2005. Disponible en: <http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs05/hosb0405.pdf>.
- Díaz A, Barruti M, Doncel C. The lines of success? A study on the nature and extent of cocaine use in Barcelona. Barcelona: Laboratori de Sociologia ICESB-Ajuntament de Barcelona; 1992.
- Barrio G, Vicente J, Bravo MJ, et al. The epidemiology of cocaine use in Spain. Drug Alcohol Depend. 1993;34:45-57.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Informe 2004. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/oed-2004.pdf>.
- McEvoy AW, Kitchen ND, Thomas DG. Lesson of the week. Intracerebral haemorrhage in young adults: the emerging importance of drug misuse. BMJ. 2000;320:1322-4.
- Wilkerson RD. Cardiovascular toxicity of cocaine. NIDA Res Monogr. 1988;88:304-24.
- Del Río C, Gómez J, Sancho M, et al. Alcohol, illicit drugs and medicinal drugs in fatally injured drivers in Spain between 1991 and 2000. Forensic Science International. 2002;127:63-70.
- Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses. Memoria. Análisis toxicológico. Muertes en accidentes de tráfico (2004). Madrid: Ministerio de Justicia; 2005.
- Barrio G, López-Gigosos R, De la Fuente L, et al. Patrones de uso de cocaína en un grupo de consumidores de esta droga sin consumo de heroína captados fuera de los servicios asistenciales. Med Clin (Barc). 1997;109:364-9.
- De la Fuente L, Brugal MT, Ballesta R, et al. Metodología del estudio de cohortes del proyecto Itínere sobre consumidores de heroína en tres ciudades españolas y características básicas de los participantes. Rev Esp Salud Pública. 2005;79:475-91.
- Heckathorn DD. Respondent-driven sampling: a new approach to the study of hidden populations. Soc Probl. 1997;44:174-99.
- Watters JK, Biernacki P. Targeted sampling: options for the study of hidden populations. Soc Probl. 1989;36:416-30.
- Hartnoll R, Griffiths P, Taylor C, et al. Handbook on snowball sampling. Strasbourg: Council of Europe; 1997.
- Des Jarlais DC, Paone D, Milliken J, et al. Audio-computer interviewing to measure risk behaviour for HIV among injecting drug users: a quasi-randomised trial. Lancet. 1999;353:1657-61.
- Newman JC, Des Jarlais DC, Turner CF, et al. The differential effects of face-to-face and computer interview modes. Am J Public Health. 2002;92:294-7.
- Turner CF, Ku L, Rogers SM, et al. Adolescent sexual behavior, drug use, and violence: increased reporting with computer survey technology. Science. 1998;280:867-73.
- Questionnaire Development System 2.0 (QDS™). Bethesda: NOVA Research Company; 2002.
- Encuesta de condiciones de vida 2005. Instituto Nacional de Estadística (INE). [citado 7 septiembre 2007]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft25/p453&file=inebase&L=0>.
- Encuesta de Población Activa 2005. Instituto Nacional de Estadística (INE). [citado 4 septiembre 2007]. Disponible en: http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft22/e308_mnu&file=inebase&L=0.
- Abanades S, Peiró AM, Farré M. Club drugs: las viejas drogas son las nuevas drogas de la fiesta. Med Clin (Barc). 2004;123:305-11.
- Grant BF, Harford TC. Concurrent and simultaneous use of alcohol with cocaine: results of national survey. Drug Alcohol Depend. 1990;25:97-104.
- Coffin PO, Galea S, Ahern J, et al. Opiates, cocaine and alcohol combinations in accidental drug overdose deaths in New York City, 1990-98. Addiction. 2003;98:739-47.
- Pennings EJ, Leccese AP, Wolff FA. Effects of concurrent use of alcohol and cocaine. Addiction. 2002;97:773-83.
- Ferre CP, Dunn J, Gossop M, et al. Factors associated with adverse reactions to cocaine among a sample of long-term, high-dose users in Sao Paulo, Brazil. Addict Behav. 2004;29:365-74.
- Lange RA, Hillis LD. Cardiovascular complications of cocaine use. N Engl J Med. 2001;345:351-8.
- Pulido J, Vallejo F, Sánchez F, et al. Evolución de la razón de género en el consumo de drogas legales e ilegales en España. Bol Epidemiol Sem. 2006;14:109-12.