

DIFERENCIA ENTRE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL CONSUMO Y LA ABSTINENCIA POR BASUCO Y COCAÍNA: ESTUDIO PILOTO EN MANIZALES, COLOMBIA

LAURA MARÍA GARCÍA HENAO¹

Recibido para publicación: 25-04-2019 - Versión corregida: 05-09-2019 - Aprobado para publicación: 12-12-2019

García-Henao LM. Diferencia entre los signos y síntomas del consumo y la abstinencia por Basuco y Cocaína: estudio piloto en Manizales, Colombia. *Arch Med (Manizales)* 2020; 20(1):53-1. DOI: <https://doi.org/10.30554/archmed.20.1.3323.2020>

Resumen

Objetivo: el Basuco es una sustancia psicoactiva derivada de la hoja de coca; hasta ahora no se ha descrito la sintomatología que genera su consumo ni su sín-drome de abstinencia, por lo que suele incluirse en el mismo grupo sindromático de la cocaína. En este estudio se pretende determinar si existen signos y síntomas característicos del Basuco. **Materiales y métodos:** estudio piloto de carácter des-criptivo y transversal, empleando una encuesta heteroaplicada a pacientes que consumieran exclusivamente Basuco, donde se les preguntaba si habían presen-tado determinados signos y síntomas durante su consumo o durante el síndrome de abstinencia por Basuco. **Resultados:** en el consumo se encontró predominio del insomnio, hiporexia, disminución de la sensación del cansancio, delirios y aislamiento social, mientras que durante la abstinencia predominó la depresión, irritabilidad, hipersomnia e hiperfagia, asociado a sensación de deterioro y deseo de abandonar el consumo. **Conclusiones:** la sintomatología tanto del consumo como del síndrome de abstinencia por Basuco parece tener diferencias respecto a la generada por la cocaína.

Palabras clave: síndrome de abstinencia a sustancias, hipnóticos y sedantes, signos y síntomas.

Archivos de Medicina (Manizales) Volumen 20 N° 1, Enero-Junio 2020, ISSN versión impresa 1657-320X, ISSN versión en línea 2339-3874, García Henao L.M.

1 Médica general, Universidad de Caldas, Manizales, Colombia ORCID: 0000-0001-6022-0468, correo electrónico: lauragarciah20@gmail.com

Difference between the signs and symptoms of consumption and abstinence by Basuco y cocaine: Pilot study in Manizales, Colombia

Summary

Objetivo: *the Basuco is a psychoactive substance derived from the coca leaf, which has not been described the symptoms that generate the consumption or withdrawal syndrome, so they are included in the same syndromic group of cocaine. This study aims to identify if there are signs and symptoms characteristic of Basuco to improve diagnostic accuracy and facilitate syndromic management.* **Materials and methods:** *bservational and cross-sectional study, using a hetero-applied survey of patients who exclusively consumed Basuco, in which they were asked if they had presented certain signs and symptoms during the intoxication or during the withdrawal syndrome by Basuco.* **Results:** *during the consumption, the insomnia, hyporexia, decreased sensation of tiredness, delusions and social isolation were predominant, while during depression abstinence, irritability, hypersomnia and hyperphagia, associated with a sense of deterioration and desire to abandon the consume were more representative.* **Conclutions:** *the symptomatology of both intoxication and withdrawal syndrome by Basuco has important differences with respect to those generated by cocaine.*

Key words: *substance withdrawal syndrome, hypnotics and sedatives, signs and symptoms.*

Introducción

La palabra Basuco significa base de cocaína, es una sustancia psicoactiva (SPA) derivada de las hojas de la planta *Erithroxylon Coca* (EC) oriunda de países andinos como Bolivia, Perú, Colombia y Ecuador [1]. Actualmente no hay estudios en la literatura científica que describan la sintomatología que genera su consumo ni su síndrome de abstinencia (SA) por lo cual los clínicos manejan estas situaciones de forma similar a como se realiza con la cocaína que es una sustancia psicoactiva también derivada de EC, pero con una preparación diferente.

Para elaborar Basuco se emplea el sulfato de cocaína (primer subproducto del proceso de elaboración de la cocaína) y posteriormente se mezcla con cal, bicarbonato de sodio, cemento, metanol, ácido benzoico, agua, gasolina y/o

queroseno [1,2]. Parece presentar riesgo de abuso y dependencia mayores, pues se ha reportado que en consumidores de Basuco el 78% tienen un patrón de consumo problemático (dependencia o abuso), mientras que en los consumidores de cocaína este porcentaje alcanza el 60% [3] etc.

Debido a las diferencias descritas, se realizó este trabajo de investigación que pretende identificar si existen signos y síntomas propios del Basuco durante su consumo y síndrome de abstinencia, los cuales pudieran diferenciarlo de los descritos durante el consumo y el síndrome de abstinencia por la cocaína [4,5,6], para así enriquecer los conocimientos sobre el Basuco y propiciar un mejor manejo sindromático, optimizando la recuperación y mejorando el pronóstico.

Materiales y métodos

Tipo de estudio

Estudio realizado de carácter descriptivo, transversal de tipo fenomenológico.

Población y muestra

Debido a que no existe determinada una población de consumidores de Basuco hasta la fecha, se invitó a participar de la investigación a todos los pacientes que llegaron a la Clínica San Juan de Dios (Manizales, Colombia) durante el periodo comprendido entre el año 2016 y el año 2018 y cuyo diagnóstico principal según la clasificación CIE 10 [7] fuera trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cocaína (F142, F143, F144, F145), de sedantes o hipnóticos (F132, F133, F134), de otros estimulantes o de otras sustancias psicotropas (F152, F153, F154); en los que además al revisar su historia clínica cumpliera con los criterios de inclusión y exclusión. Entre los criterios de inclusión se seleccionaron personas entre 18 y 60 años (rango de edad adulta, excluyendo rango de edad pediátrica y geriátrica), que refieran haber consumido exclusivamente Basuco durante al menos el último año, que cumplieran con criterios de dependencia a SPA según DSM-5 [8] y hubieran presentado SA en este periodo. Como criterio de exclusión se especificó si existía una patología concomitante que pudiera explicar la sintomatología (Ej. esquizofrenia) o consumo de cualquier otra sustancia psicoactiva.

Variables cuantificadas

Las variables consideradas fueron en primer lugar las de carácter nominal, relacionadas con el perfil socio-demográfico de cada paciente, tales como: sexo, edad, escolaridad, estrato socioeconómico, estado civil, persona con quien convive, seguidas de las relacionadas con el consumo del Basuco, dadas por edad de inicio, frecuencia y cantidad de consumo, así como el tiempo de consumo exclusivo.

Posteriormente se analizaron los síntomas percibidos, teniendo como variables numéricas su duración, el tiempo al que se inició su presentación y la duración aproximada del síntoma,

Procedimiento

El estudio se realizó durante el periodo comprendido entre el año 2016 y el 2018, con una prueba inicial durante tres meses con el fin de validar el instrumento (Tabla 1), tiempo durante el cual se escogieron aleatoriamente 53 pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión y se les aplicó el instrumento mediante el método test – retest con 3 semanas de diferencia, con modelo hetero aplicado, pidiéndole a cada paciente que identificara si había presentado o no diferentes tipos de síntomas, el tiempo de presentación y su intensidad, tanto durante el consumo como en el SA; se obtuvo un coeficiente de confiabilidad de 0,92, indicando una correlación fuerte entre las dos medidas por lo que se procedió a adelantar el estudio completo. En total se encontraron 173 pacientes con los criterios de inclusión y exclusión anotados, y se les aplicó dicho instrumento de la forma descrita. La recolección de la información fue realizada por dos médicos internos de la Universidad de Caldas.

Análisis estadísticos

Para el análisis de los datos se empleó el programa IBM-SPSS Versión 25 (IBM Corp.), en la estadística descriptiva se utilizaron frecuencias, porcentajes y promedio. La presentación de los resultados se realizó según género y perfil sociodemográfico.

Control de sesgos

Se aseguró que las personas involucradas en la toma de los datos no tuvieran conflictos de intereses. Se evaluó la validez del instrumento mediante el método test retest, obteniendo un coeficiente de confiabilidad de 0,92, y guardando el anonimato de los evaluados, para favorecer la sinceridad de sus respuestas.

Tabla 1. Instrumento para evaluación de los síntomas del síndrome de abstinencia y el consumo activo.

Sexo:	Estrato socioeconómico:**	Edad de inicio de consumo:		Consume SPA diferentes al Basuco:	
Edad:	Estado civil:	Frecuencia de consumo:		Tiempo de consumo exclusivo de Basuco:	
Escolaridad:*	Convive con:	Cantidad de consumo:			
SÍNTOMA	SÍ	NO	Tiempo aproximado al que se presentó luego de cesar el consumo	Duración aproximada del síntoma	
Alteración del contenido del pensamiento					
Sensación de ser perseguido, de que alguien va a dañarlo, de ser mejor que todos o inferior, de tener poderes (Delirios).					
¿Siente que ve, escucha o siente algo que otras personas no pueden escuchar ver o sentir o algo que usted sabe o cree que no es real? (Alucinaciones visuales, auditivas o táctiles)					
Alteración del patrón del sueño					
Dificultad para dormir (Insomnio)					
Duerme más de lo habitual (Hipersomnia)					
Alteración del patrón de alimentación					
¿Come más de lo normal? (hiperfagia)					
¿Come menos de lo normal? (hiporexia)					
Alteraciones motoras					
¿Ha tenido la sensación de estar lento o realizar sus actividades más lentamente de lo habitual? (Retraso psicomotor)					
¿Se ha sentido con aumento de su actividad, inquieto o incapaz para estar quieto? (Hiperactividad, Hiperquinesia)					
Síntomas depresivos					
¿Se ha sentido triste?					
¿Cree usted que ha presentado disminución del interés o placer por las actividades? (anhedonia)					
¿Se ha sentido con fatiga o pérdida de energía?					
¿Ha presentado sentimiento de culpabilidad o inutilidad?					
¿Ha sentido disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o tomar decisiones?					
¿Ha tenido pensamientos de muerte recurrentes?					
Otras alteraciones del estado de ánimo					
¿Se ha sentido irritable o que se enoja con mayor facilidad?					
¿Ha notado que se vuelve agresivo?					
Alteraciones sociales					
¿Se ha sentido con mayor confianza para hablar con las personas?					
¿Ha tenido mayor cercanía con otras personas?					
¿Ha notado que se aísla socialmente?					
Síntomas somáticos					
¿Ha presentado dolor abdominal?					
¿Ha presentado diarrea?					
¿Ha presentado vómito? (emesis)					
¿Ha presentado náuseas, ganas de vomitar?					
¿Ha presentado sensación de que se le entumescen las piernas o los brazos u hormigueo? (parestias)					
¿Ha presentado dolor de cabeza? (Cefalea)					
¿Ha presentado mareo?					

*Tipos: Ninguna, básica primaria, básica secundaria, media académica, técnica, universitaria, postgrado.

**En Colombia son 6: 1. Bajo-bajo, 2. Bajo, 3. Medio-bajo, 4. Medio, 5. Medio-alto, 6. Alto. "La clasificación en cualquiera de los seis estratos es una aproximación a la diferencia socioeconómica jerarquizada, léase pobreza a riqueza o viceversa."(6)

Fuente: Autoría propia

Aspectos éticos

El Proyecto de investigación fue aprobado por el comité de ética de la Clínica San Juan de Dios (Manizales) y el comité de ética de la Universidad de Caldas. Al emplear encuestas, este estudio se denomina “estudio que constituye una investigación en seres humanos”, de riesgo mínimo, ya que no implica ningún tipo de intervención en los participantes. El nombre y documento de identidad solamente fueron empleados para diligenciar el consentimiento informado por lo que no es posible identificar a ningún paciente específico.

Resultados

Se encontró como principal dificultad para la realización del estudio que la mayoría de los pacientes referían policonsumo de SPA. De un total de 650 pacientes se encontraron 173 que cumplían con los todos criterios para participar en el estudio, de estos el 87,9% correspondían a hombres; la edad media fue de 26 años con una edad mínima de 18 y máxima de 54, estando el 51% de los pacientes en el rango de edad entre los 18 y 28 años, bajo la distribución gaussiana cumpliendo parámetros de distribución normal de la población. La edad promedio de inicio de consumo de Basuco fue de 19 años tanto en género femenino como masculino. El tiempo de consumo exclusivo de Basuco en promedio fue de 42 meses; el 88% de los pacientes refirió consumo diario, el 6% dos veces a la semana y el otro 6% una vez a la semana. La unidad de medida empleada por los pacientes al referirse a la cantidad de SPA consumida fue en fichas o rocas, indicando que una roca equivalía a 5 fichas las cuales correspondían aproximadamente a un gramo, descripción en la que coincidió el 99% de los pacientes, entre los cuales se encontró un promedio de consumo de 11 gramos diarios.

Dentro de las características sociodemográficas se preguntó por estado civil, el 91% indicó encontrarse soltero, el 6% en unión libre y el 3%

casado. Adicionalmente, el 72% de los pacientes vivían entre los estratos socioeconómicos 1 y 2, el 10% eran habitantes de la calle, el 9% vivía en el estrato 3, y el 3% en el estrato 4, no se encontró ningún paciente en la muestra habitante de estrato 5 o 6 (Ver nota Tabla 1 **). Al indagar con quién convivía cada paciente se obtuvo que el 55% vivía con los padres, el 27% vivía solo, el 6% con un familiar diferente a los padres, el 9% con el cónyuge y el 4% restante con personas no familiares. En cuanto a escolaridad, se encontró que solo el 19% había realizado primaria incompleta, la mayoría (53%) tenía una escolaridad de básica primaria, seguido de un 19% con básica secundaria y un 9% con media académica. Finalmente se preguntó por el aspecto laboral, el 69% refirió estar desempleado y el 31% refirió dedicarse a oficios varios.

En cuanto a la descripción clínica de la sintomatología presentada durante el consumo de Basuco, (no se tiene estimada dosis en la que inician síntomas o sobredosis hasta la fecha) se encontraron en orden de frecuencia delirios, insomnio, hiporexia, alteraciones motoras y en último lugar algunos síntomas depresivos (Figura 1); los delirios descritos fueron de tipo persecutorio (90%) y de grandiosidad (83%), por lo que el 93,5% expresó presentar aislamiento social y disminución del deseo de interactuar con otras personas, adicionalmente se resalta que ninguno de los pacientes refirió presentar durante el consumo sensación de placer intensificado y contrariamente el 18% refirió que presentaba disminución de las sensaciones placenteras.

A diferencia del consumo, durante la descripción clínica del síndrome de abstinencia, se encontraron alucinaciones en el 12% de los pacientes y delirios en el 3%. En la alteración del patrón del sueño predominó la hipersomnia (86%) sobre el insomnio (14%), con duración en el 51% de quienes la refirieron de 7 días y en el 49% de 2 días. Adicionalmente el 80% de los pacientes refirió presentar hiperfagia durante los primeros 2-3 días posteriores al último consumo.

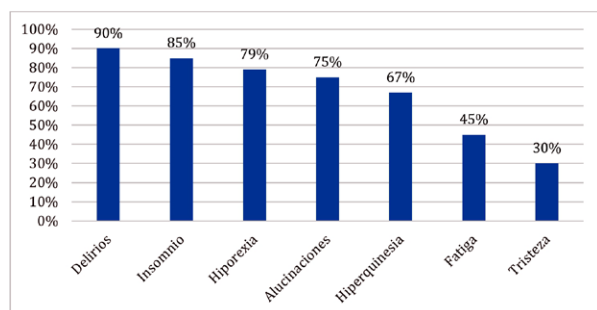


Figura 1. Síntomas encontrados durante la descripción de la sintomatología experimentada por el consumo de basuco.

Fuente: Autoría propia

Los síntomas depresivos se encontraron predominantes durante la abstinencia (Figura 2), con inicio inmediatamente posterior al cese del efecto de la SPA; en cuanto a su duración el 72,7% de los pacientes refirió persistencia de estos síntomas hasta volver a consumir y el 23,7% restante refirió presentarlos únicamente durante los 3 días posteriores al último consumo. Por otro lado, la irritabilidad y agresividad fueron reportadas en un 94% y 79% respectivamente, ambas con una duración hasta un nuevo consumo en el 45,5% de los pacientes, solo durante el primer día en el 37,3% y con duración de 7 días en el 17,2%, con inicio en el 100% de los que las refirieron inmediatamente posterior al cese del efecto de la SPA.

Las alteraciones psicomotoras durante el síndrome de abstinencia se presentaron en un porcentaje bajo, encontrándose hiperquinesia en el 36% de los pacientes, de los cuales el 100% describió presentarla inmediatamente posterior al último consumo; el 76% de ellos

además detallaron persistencia de la sintomatología hasta volver a consumir y el 24% restante solo durante los 7 días posteriores. El retraso psicomotor fue referido por el 18% de los pacientes, el 100% de estos lo describió con una duración de 2 días.

Al evaluar síntomas somáticos se encontró como el más prevalente las náuseas presentándose en el 42% de los pacientes, seguido por cefalea y emesis en el 33% (Figura 3).

Discusión

La sustancia lícita más consumida en Colombia es el alcohol, el cual es una SPA ampliamente estudiada, cuyo síndrome de abstinencia ocurre en más del 50% de los pacientes, que puede variar acorde a la cantidad de ingesta [9], pero en general es caracterizado en las primeras etapas por síntomas del sistema nervioso autónomo que pueden durar desde horas hasta dos días, y posteriormente alteraciones sensoriales como alucinaciones y alteraciones cognitivas, y puede alcanzar una mortalidad de hasta el 8% [10,4].

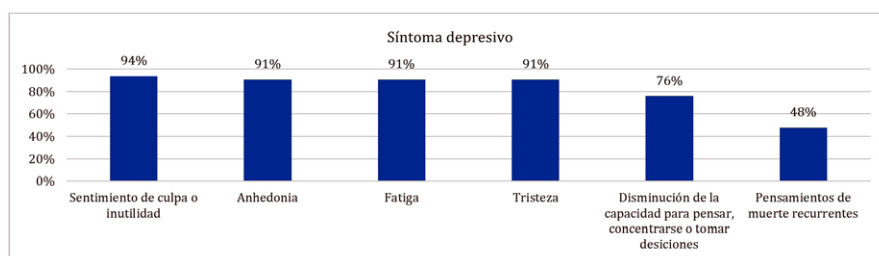


Figura 2. Síntomas depresivos encontrados durante la descripción del síndrome de abstinencia por del Basuco.

Fuente: Autoría propia.

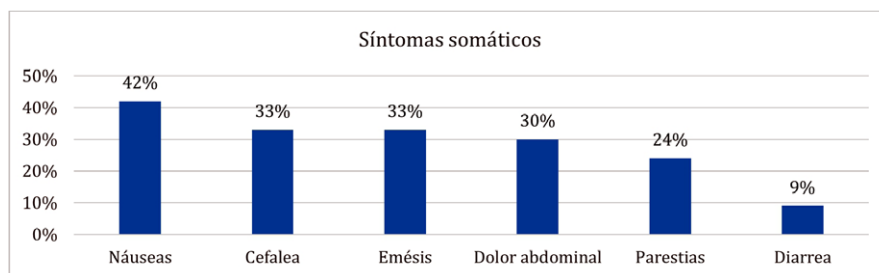


Figura 3. Síntomas somáticos encontrados durante la descripción del síndrome de abstinencia por del Basuco.

Fuente: Autoría propia.

Las sustancias ilícitas más consumidas en Colombia son: cannabis (2,3%), cocaína (0,7%), éxtasis (0,3%), basuco (0,2%) y sustancias inhalables (0,2%) [11]. En cuanto al cannabis se ha descrito que los síntomas de abstinencia suelen ser relativamente menores, porque permanece en el cuerpo durante varias semanas [12]. Sin embargo, la ansiedad, el deseo, la irritabilidad, el insomnio, la alteración del apetito, la disforia y la depresión pueden desarrollarse, se ha encontrado que casi el 10% de los usuarios se volverán dependientes [5,13] y algunos afirman que la tasa sube al 17% si el uso comienza en la adolescencia [12].

La cocaína es un compuesto de alcaloide derivado de la EC, también conocida como “coca”, “nieve”, “dama blanca”, “pasta base” o “talco”, utilizada primero como anestésico local. Y posteriormente con fines recreativos en la década de 1970 [6,14]. Se puede administrar de forma inhalada, intravenosa, intranasal o por vía oral. La farmacocinética varía según la vía de administración, una concentración sanguínea máxima que varía de 1 a 5 minutos (fumar o inyección intravenosa) a 60 a 90 minutos (administración oral) [6,14]. La duración de la acción farmacológica varía entre 5 y 60 minutos después de administración nasal, venosa o inhalada, y hasta 180 minutos después de la administración oral. La cocaína estimula el sistema nervioso simpático al inhibir la recaptación de norepinefrina, dopamina y serotonina, lo que lleva a una actividad del sistema nervioso simpático exagerada prolongada [15,16] y además bloquea los canales de sodio/potasio, lo que induce perfiles cardiovasculares anormales y deprimidos [6,15,17]. El uso concomitante con alcohol aumenta significativamente los niveles de cocaína en la sangre, lo que lleva a riesgos cardiovasculares aumentados y prolongados [18] como hipertensión, espasmos coronarios, arritmias, infarto de miocardio, miocardiopatía y aterosclerosis [19].

Algunos estudios han reportado que tanto la cocaína como sus derivados son altamente adic-

tivos [20,21], donde el aumento de dopamina parece ser el principal implicado en el mecanismo de adicción por la relación estrecha de este neurotransmisor con el sistema de recompensa cerebral [20,21]. Durante su consumo se ha descrito intensa euforia [21-22] acompañada de aumento de la sensación de placer, autoconfianza, actividad sexual, intensificación del placer [5,6] además de otros efectos como disminución de hambre y aumentar la resistencia física al disminuir la sensación de fatiga [23,24]; en dosis altas puede generar ansiedad, agitación, delirio, psicosis, temblor, rigidez muscular, hiperactividad, convulsiones, depresión, paranoia severa y trastornos afectivos.

En este estudio se encontró congruencia en los efectos durante el consumo de Basuco en relación a los descritos durante el consumo de cocaína en cuanto a la hiporexia por falta de hambre, insomnio, disminución de la sensación de fatiga, con alta prevalencia de presentación de delirio y psicosis. Sin embargo, los hallazgos fueron contrarios en cuanto a la percepción del aumento de la sensación de placer, autoconfianza, actividad sexual y euforia, dado que ningún paciente refirió presentar estos efectos y notoriamente el 18% de los entrevistados refirió que contrariamente presentaba detrimento de estas percepciones.

Durante el síndrome de abstinencia por la cocaína los niveles de norepinefrina, serotonina y dopamina disminuyen significativamente [5] causando ansiedad, hostilidad, paranoia, alteración del patrón de sueño, anhedonia, irritabilidad y depresión; estos síntomas clásicamente se han separado en 3 fases, la primera comienza inmediatamente después del cese del consumo, teniendo una duración de 9 horas a 7 días donde predomina la hiperfagia e hipersomnia. La segunda fase dura de 1 a 10 semanas dividida en dos partes, una etapa temprana donde hay normalización del patrón de sueño y del estado de ánimo y una media y tardía caracterizada por disforia, anhedonia, anergia, incremento

de ansiedad, irritabilidad, intenso deseo de consumo. La tercera fase tiene una duración indefinida caracterizada por eutimia y deseo de consumo desencadenado por estímulos externos [4,6].

En cuanto síndrome de abstinencia por Basuco se encontró una primera fase consistente en predominio de la disforia, hiperfagia e hipersomnolia los cuales pueden tener hasta una semana de duración, posterior a la cual comienza una segunda fase consistente de depresión, irritabilidad y marcada sensación de auto deterioro, ideas paranoides y deseo explícito de abandono del consumo, de duración variable entre los individuos que incluso puede persistir en el tiempo hasta que se realice un nuevo consumo. No se encontró una tercera fase posterior.

El Basuco a pesar de ser una SPA derivada de la hoja de EC al igual que la cocaína, tiene una preparación y componentes distintos a esta última, lo que puede explicar la diferencia de hallazgos en la sintomatología durante el consumo y la abstinencia.

Algunos autores han descrito el Basuco como un estimulante del sistema nervioso autónomo, altamente adictivo [25] por reportes de dependencia incluso después de 15 días de consumo repetido [26]. Se reporta que los consumidores terminan alterando su apariencia física, con bajo peso, piel áspera y colgante, marcha lenta y enoftalmus [26].

Según la encuesta nacional sobre el consumo de sustancias psicoactivas del 2013 [3], su consumo tiene un área predominante en Sudamérica, la mayoría de los dependientes y abusadores del Basuco tienen una edad entre los 25 y 34 años y son principalmente hombres, con mayor frecuencia en estrato socioeconómico 1 y 2 y edad de inicio promedio de consumo es entre los 18 y 19 años. En este estudio se encontraron datos epidemiológicos similares.

Conclusión

La sintomatología tanto del consumo como del síndrome de abstinencia por Basuco parecen tener diferencias respecto a los generados por la cocaína. Se espera que este primer estudio piloto motive otros que corroboren o no estos hallazgos.

Limitaciones del estudio

Este estudio al ser de carácter retrospectivo asume la credibilidad hacia las personas en cuanto a la descripción de sus síntomas y signos.

Agradecimientos: Martín Fernando Aldana Hurtado médico psiquiatra, asesor. Santiago Osorio Idarraga quien ayudó a recoger la muestra. Universidad de Caldas y Clínica San Juan de Dios.

Conflictos de interés: se declara no tener ningún conflicto de interés en este artículo.

Fuentes de financiación: la investigación es autofinanciada

Literatura citada

1. Carmona JSS, Novoa JRJ. **Composición química de muestras de basuco incautado en Colombia primer semestre de 2010.** *Rev Salud Pública* 2012; 14(6):1010-21. DOI: 10.15446/rsap
2. Dávila L, Solórzano E, Premoli de Percoco G, Quiñones B, Petrosino P. **El consumo de basuco* como agente causal de alteraciones en la encía.** *Rev Cuba Estomatol* 2001; 38(2):137-44.
3. Gobierno Nacional de la República de Colombia. **Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia-2013.** Bogotá DC: ALVI Impresores S.A.S; 2014.
4. Mainerova B, Prasko J, Latalova K, Axmann K, Cerna M, Horacek R, et al. **Alcohol withdrawal delirium - diagnosis, course and treatment.** *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czechoslov* 2015; 159(1):44-52. DOI: 10.5507

5. Budney AJ, Roffman R, Stephens RS, Walker D. **Marijuana Dependence and Its treatment.** *Addict Sci Clin Pract* 2007; 4(1):4-16.
6. Kim ST, Park T. **Acute and Chronic Effects of Cocaine on Cardiovascular Health.** *Int J Mol Sci* 2019; 20(3):584. DOI: 10.3390 / ijms20030584
7. World Health Organization. **ICD-10: International statistical classification of diseases and related health problems.** Geneva: *World Health Organization*; 2011.
8. American Psychiatric Association. **DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mental.** 5ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2018
9. Departamento Administrativo Nacional de Estadística de la República e Colombia (DANE). **Metodología de estratificación socioeconómica urbana para servicios públicos domiciliarios.** Bogotá: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE); 2019
10. Attilia F, Perciballi R, Rotondo C, Capriglione I, Iannuzzi S, Attilia ML, et al. **Alcohol withdrawal syndrome: diagnostic and therapeutic methods.** *Riv Psichiatr* 2018; 53(3):118-22. DOI: 10.1708 / 2925.2941.
11. Rueda GE, Rangel AM, Camacho PA, Duarte E. **Factores asociados al uso de sustancias ilícitas en adolescentes escolarizados.** *Rev Colomb Psiquiatr* 2011; 40(1):38-48.
12. Murray RM, Quigley H, Quattrone D, Englund A, Di Forti M. **Traditional marijuana, high-potency cannabis and synthetic cannabinoids: increasing risk for psychosis.** *World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA* 2016; 15(3):195-204. DOI: doi: 10.1002/wps.20341
13. Lopez C, Pérez J, Hasin DS, Okuda M, Wang S, Grant BF, et al. **Probability and predictors of transition from first use to dependence on nicotine, alcohol, cannabis, and cocaine: results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC).** *Drug Alcohol Depend* 2011; 115(1-2):120-30. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2010.11.004
14. De Giorgi A, Fabbian F, Pala M, Bonetti F, Babini I, Bagnaresi I, et al. **Cocaine and acute vascular diseases.** *Curr Drug Abuse Rev* 2012; 5(2):129-34.
15. Vongpatanasin W, Mansour Y, Chavoshan B, Arbique D, Victor RG. **Cocaine stimulates the human cardiovascular system via a central mechanism of action.** *Circulation* 1999; 100(5):497-502. DOI: 10.1161/01.cir.100.5.497
16. Howell LL, Carroll FI, Votaw JR, Goodman MM, Kimmel HL. **Effects of combined dopamine and serotonin transporter inhibitors on cocaine self-administration in rhesus monkeys.** *J Pharmacol Exp Ther* 2007; 320(2):757-65. DOI: 10.1124/jpet.106.108324
17. Havakuk O, Rezkalla SH, Kloner RA. **The Cardiovascular Effects of Cocaine.** *J Am Coll Cardiol* 2017; 70 (1):101-113. DOI: 10.1016 / j.jacc.2017.05.014
18. Pennings EJM, Leccese AP, Wolff FA de. **Effects of concurrent use of alcohol and cocaine.** *Addict Abingdon Engl* 2002; 97(7):773-83.
19. Rezkalla SH, Kloner RA. **Cocaine-Induced Acute Myocardial Infarction.** *Clin Med Res* 2007; 5(3):172-6. DOI: 10.3121/cmr.2007.759
20. Haile CN, Mahoney JJ, Newton TF, De La Garza R. **Pharmacotherapeutics directed at deficiencies associated with cocaine dependence: focus on dopamine, norepinephrine and glutamate.** *Pharmacol Ther* 2012; 134 (2): 260-77. DOI: 10.1016/j.pharmthera.2012.01.010
21. Mosquera JT, Menéndez MC. **Efectos toxicológicos y neuropsiquiátricos producidos por consumo de cocaína.** *Rev Fac Med* 2005; 53(1):10-26
22. Ritz MC, Lamb RJ, Goldberg SR, Kuhar MJ. **Cocaine receptors on dopamine transporters are related to self-administration of cocaine.** *Science* 1987; 237(4819):1219-23. DOI: 10.1126/science.2820058
23. Morton WA. **Cocaine and Psychiatric Symptoms.** *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 1999; 1(4):109-13.
24. González LI, Tumuluru S, González MA, Gaviña M. **Cocaína: una revisión de la adicción y el tratamiento.** *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2015; 35(127):555-571. DOI: 10.4321/S0211-57352015000300008
25. Arismendi BG, Aristizabal JF, Ballesteros RE, Benítez M del S. **Hallazgos clínicos orales característicos en consumidores de basuco, cocaína y/o marihuana.** *Rev Estomatol* 1991; 1(1):44-59. DOI: 10.25100/re.v1i1.5363
26. Daniels JP. **Bogotá tackles basuco addiction.** *The Lancet* 2015; 386(9998):1027-8. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)00189-0

