



Cartas al director

Formas de obtención y consumo de cocaína alcaloidal en el área de Valencia

Sr. Director:

Tal y como distintos estudios e informes han señalado, en los últimos años el consumo de cocaína ha aumentado en la mayoría de los países europeos. Recientemente, la Comisión de Investigación del Parlamento Europeo sobre el problema de drogas en la Comunidad Europea declaraba que: «...se puede prever que el uso indebido de la cocaína llegue a representar un grave problema en la próxima década. Es importante por tanto, que se incluya ahora en todos los programas de educación y prevención una campaña de concienciación sobre los peligros de la cocaína» (1). En el Estado Español el número de consumidores habituales de cocaína actualmente oscilaría entre 60.000 y 80.000 (2).

Entre las distintas formas de consumo existentes (oral, endonasal, intravenosa y mediante inhalación) la práctica de fumar cocaína es la que se asocia con mayor número de complicaciones médicas y la que provoca una rápida dependencia en la mayor parte de consumidores.

La cocaína en su presentación habitual se encuentra químicamente en forma de clorhidrato, siendo su punto de volatilización de 195° C., por lo que al fumarse produce unos débiles efectos al resultar difícil alcanzar dicha temperatura mediante el calor producido por la combustión de un cigarrillo o procedimientos similares. Por el contrario, si se encuentra liberada del CIH, es decir, en forma de cocaína alcaloidal, puede fumarse, ya que su punto de vaporización disminuye a 98° C., temperatura fácilmente alcanzable con las fuentes de calor más usuales; encendedores, fósforos, etc... (3).

Aunque la mayor parte de trabajos relacionados con este hábito se circunscriben al uso de la cocaína «free-base» y sobre todo al «crack» en Estados Unidos (4, 5), hay que señalar que éste no es sino una de las diferentes formas de consumo de cocaína fumable. Esta práctica viene desarrollándose en América Latina desde hace varios años, aunque, paradójicamente, haya merecido menor interés (6, 7). Allí, el consumo de pasta de coca se asocia,

además de la patología secundaria a la cocaína, a la propia de la combustión de los residuos e impurezas que contiene: ácido sulfúrico, queroseno y metanol. Tan sólo en Bolivia, se estima que existen unos 60.000 fumadores de «pitillos» (cigarrillo que contiene una mezcla de tabaco y pasta base) (8).

Recientemente, algunos pacientes heroínómanos que han acudido a nuestras consultas para iniciar un tratamiento de desintoxicación en régimen ambulatorio, nos han referido ser asimismo fumadores ocasionales del cocaína, mostrándonos los procedimientos artesanales que utilizaban para obtener la cocaína alcaloidal a partir del clorhidrato —forma en que se adquiere— y para fumarla, procedimientos que a continuación señalamos.

PROCEDIMIENTO A

1. El clorhidrato de cocaína se coloca en una cucharilla, añadiéndole cloroforno hasta que queda completamente cubierto.

3. Se aplica una fuente de calor (p.e. un encendedor) hasta la ebullición.

4. Se enfría rápidamente haciendo que la parte inferior de la cuchara entre en contacto con un líquido frío (por ejemplo, un vaso de agua). Otro procedimiento utilizado consiste en añadir hielo a la mezcla.

5. Se separa todo el cloroformo absorbiéndolo con el extremo de un pañuelo de papel. Se obtiene así lo que en argot se denomina «*la roca*» o cocaína base, que se fuma mediante el mismo procedimiento empleado para fumar heroína: colocándola en un papel de aluminio de unos 10 x 20 cm., calentándolo y aspirando con un pequeño cilindro (billete enrollado, bolígrafo) las volutas de humo que desprende al quemarse.

PROCEDIMIENTO B

1. El clorhidrato de cocaína se coloca en un tubo de ensayo u otro recipiente añadiéndole agua y bicarbonato sódico.

3. Se calienta hasta la ebullición, enfriando rápidamente y filtrando.

4. La cocaína resultante («*roca*», en argot) se fuma en una pipa de agua confeccionada con papel de aluminio y un vaso o una botella de plástico de boca ancha —de leche por ejem-

plo—. Debe añadirse ceniza de tabaco en el lugar donde se efectúa la combustión de la cocaína.

Al igual que en otros países es previsible que, como consecuencia de la infección por VIH, cobren mayor importancia todas las modalidades de consumo de sustancias psicoactivas que, proporcionando efectos similares, excluyan la vía endovenosa. De ser así, es de esperar que en un futuro no demasiado lejano, al difundirse procedimientos de esta naturaleza, el hábito de fumar cocaína y los trastornos psicopatológicos de que se acompaña sean un motivo de consulta relativamente frecuente.

Andrés Roig-Traver
Dispensario de Toxicomanías
Servicios de Salud Mental
Cirilo Amorós, 14, 5.º
46004 Valencia

BIBLIOGRAFIA

1. Informe de la Comisión de Investigación del Parlamento Europeo sobre el problema de las drogas en la Comunidad Europea (extractos). *Comunidad y Drogas* n.º 2, pp. 75-84.
2. Plan Nacional Sobre Drogas. (1985). Ministerio de Sanidad y Consu-

mo, Secretaría General Técnica. Servicio de Publicaciones. Madrid, pp. 76.

3. ARNAO, G. (1983). *Cocaína Storia, Effetti, Cultura, Esperienze*, Milán. Ed. Feltrinelli. pp. 178.
4. WASHINGTON, A. AM.; GOLD, M. S. y CARTER, A. 1986. «Crack. Early report on a new drug epidemic. *Postgraduate Medicine*, 80. pp. 543-8.
5. OVIL, S.; MARTIN, P. y HAMIL, J. (1987). «Crack» (An extra potent form of cocaine): Abuse: A problem of the Eighties. *Oral. Surg Oral. Med. Oral Pathol.* 63, pp. 12-6.
6. JERI, F. R. (Ed.). (1980). *Cocaine 1980*, Mountain View. California. Pacific Press Association. pp. 264.
7. JERI, F.R. (1984). La práctica de fumar pasta de coca en algunos países de América Latina; una toxicomanía grave y generalizada. *Boletín de Estupefacientes*, 36, pp. 17-34.
8. DELPIROU, A.; LABROUSSE, A. (1986). *Coca coke*. París. Ed. La Découverte. Col. Cahiers libres.