



[emcdda.europa.eu](http://emcdda.europa.eu)

## Cocaine and 'base/crack' cocaine

EMCDDA 2001 selected issue

*In EMCDDA 2001 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union*

# Cuestiones particulares

En este capítulo se tratan más detenidamente tres temas específicos relacionados con el problema de la droga en Europa: la cocaína y la cocaína base/crack, las enfermedades infecciosas y las drogas sintéticas

## Cocaína y cocaína base/crack

En la Unión Europea ha aumentado la preocupación por el creciente consumo de cocaína; sin embargo, las tendencias actuales del consumo de esta droga y sus consecuencias en toda la Unión son difíciles de verificar. En primer lugar, los datos nacionales procedentes, por ejemplo, de encuestas o de centros de tratamiento no reflejan la evolución de la prevalencia y los problemas que aparecen en pequeños enclaves de ciudades concretas, ni los cambios que se concentran en medios sociales concretos. En segundo lugar, la información actual sobre la cocaína carece con frecuencia de definiciones científicas y claras —por ejemplo, los sistemas de información raramente hacen una distinción entre la cocaína «base/crack» y el clorhidrato de cocaína o entre los diferentes preparados de «base/crack». Estas distintas presentaciones de la cocaína tienen diferentes características de mercado, diferentes pautas de consumo y generan diferentes problemas, todos los cuales han de ser comprendidos para dar respuestas efectivas de formulación de políticas y reducción de la demanda.

### Prevalencia, pautas y problemas

#### Prevalencia

Ni las encuestas entre la población en general ni las encuestas escolares ponen de manifiesto un incremento general de los niveles de consumo de cocaína en la Unión Europea. Sólo en el Reino Unido se ha confirmado un incremento de la prevalencia del consumo de cocaína en algún momento de la vida entre los adultos jóvenes de 16 a 29 años. El punto focal nacional italiano señala que, de acuerdo con varias fuentes de Italia, el consumo de cocaína está en segundo lugar después del cannabis y por encima del de las anfetaminas o el éxtasis.

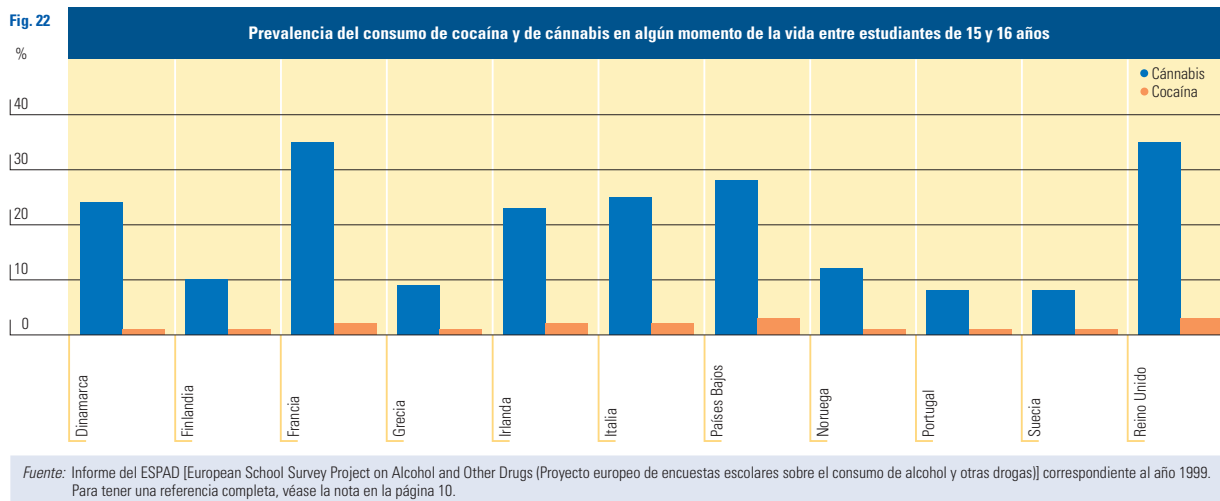
Una encuesta escolar europea de 1999 muestra que el consumo experimental de cocaína (prevalencia del consumo en algún momento de la vida) entre estudiantes jóvenes de 15 y 16 años sigue siendo escaso y mucho

### ¿Qué son la cocaína y el crack?

La cocaína es una droga estimulante extraída de las hojas del arbusto *Erythroxylon coca* que se desarrolló a mediados del siglo XIX para tratar una amplia variedad de enfermedades. El nombre químico de la droga procesada es clorhidrato de cocaína y generalmente se vende «en la calle» en forma de polvo cristalino, conocido por una toda una serie de nombres populares, como «coca», «nieve» o «farlopa». Generalmente se toma por vía intranasal y menos frecuentemente disuelta en agua e inyectada.

El nombre cocaína «base/crack» es un término popular reservado para la cocaína que ha sido tratada para consumirla fumándola o inhalando sus vapores a fin de conseguir unos efectos inmediatos e intensos. Existen como mínimo tres métodos de fabricación de «la base/el crack» (1). Uno da lugar a un producto limpio (añadiendo agua caliente y amoníaco o bicarbonato sódico y eliminando la capa de líquido sobrante que contiene los diluyentes). Otro método da como resultado una cocaína de menor concentración (calentando una pasta de cocaína y bicarbonato sódico en un microondas y quedando todos los diluyentes en el producto final).

La cocaína y «la base/el crack» se distinguen normalmente por su apariencia física y pureza, lo que a veces se ve dificultado por el hecho de que alguna cocaína base/crack es físicamente similar al clorhidrato de cocaína.



menor que el de cánnabis. En todos los Estados miembros incluidos en la encuesta, se señaló que había menor disponibilidad de cocaína que de éxtasis, aunque había variaciones considerables entre los países. Los mayores porcentajes de jóvenes de 15 y 16 años que señalan que es fácil conseguir cocaína se dan en Irlanda y el Reino Unido (21 % y 20 %, respectivamente) y los menores en Finlandia (6 %). Sin embargo, en todos los países de la Unión objeto de la encuesta, la disponibilidad de cocaína era considerablemente menor que para el mismo grupo de edad en Estados Unidos (2). La desaprobación del consumo de cocaína es muy elevada y más o menos igual en todos los países participantes, siendo equivalente al grado de desaprobación de la heroína.

### Pautas

Aunque no está sucediendo nada espectacular en la población en general a escala nacional, sí se observa un grado mayor de consumo de cocaína en determinados ambientes sociales. Algunos estudios realizados en el pasado acerca de los consumidores de cocaína mostraron que existen unos límites bien definidos entre, por un lado, los consumidores de polvo (clorhidrato) de cocaína por diversión y, por otro, los consumidores problemáticos de «base/crack» y los que se inyectan cocaína. Se observa toda una serie de pautas de consumo recreativo de cocaína entre los grupos de personas que frecuentan clubes nocturnos y ambientes de baile y los que consumen

**Cuadro 3**

Prevalencia del consumo de cocaína en algún momento de la vida según encuestas sobre consumidores específicos frente a las encuestas de población						
	Miembros de clubs			Adultos jóvenes de la población general		
	LTP (%)	Tamaño de la muestra	(Año) y Fuente	LTP (%)	Tamaño de la muestra	Año y rango de edad
Austria	42	50	(1999) Austrian ravers	—	—	—
Bélgica	45	154	(1998) Rock Festival, French Community	—	—	—
Dinamarca	—	—	—	3,1	14 228	2000 16-34 años
Finlandia	—	—	—	1,2	2 568	1998 15-34 años
Francia	56	896	(1999) Techno rave parties, Médecins du Monde	1,9	2 003	1999 15-34 años
Alemania						
Antigua RFA	—	—	—	2,2	6 380	1997 18-39 años
Antigua RDA	—	—	—	0,4	1 620	1997 18-39 años
Países Bajos	48	456	(1998) Cuestionario entre miembros de clubs de Amsterdam (respuesta del 23 %)	3,7	22 000	1997-1998 15-34 años
España				4,8	12 488	1999 15-34 años
Reino Unido	62	517	(1997) Release drugs and dance (1)	6,4	10 293	1998 16-34 años
	18 crack					
	50	100	(1999) Miembros de clubs de Liverpool (2)			
Irlanda del Norte	45	106	(2000) Usuarios de éxtasis en Irlanda del Norte			

(1) Release Dance and Drugs Survey: an insight into the culture, Londres, 1997.

(2) Henderson, S.: Protecting and Promoting the Health of Club-goers in Liverpool: An information campaign evaluation and Market Research Project 1999-2000, 2000.

Fuentes: Puntos focales nacionales y las referencias recogidas en las notas *supra*.

## Cuestiones particulares

cocaína en polvo con fines sociales y utilitarios. Estos consumidores son diferentes de los grupos marginales, tales como jóvenes sin hogar, profesionales del sexo y consumidores problemáticos de heroína que fuman «base/crack» o se inyectan cocaína mezclada con heroína, en pequeños enclaves de ciudades concretas. Sin embargo, el límite entre la cocaína en polvo y «la base/el crack» puede desdibujarse por la tendencia que está surgiendo de fumar cocaína en ambientes nocturnos y de diversión y por los cambios surgidos recientemente en el mercado. En primer lugar, en cinco Estados miembros —Países Bajos, Francia, Grecia, Reino Unido e Italia— se señala una nueva tendencia a mezclar cocaína «base/crack» con tabaco en un «porro». En segundo lugar, los servicios de ciencias forenses han informado de que alguna cocaína «base/crack» es físicamente similar al polvo de cocaína (clorhidrato de cocaína), lo que hace difícil cualquier distinción tanto para la policía como para el consumidor inexperto (8). Y en tercer lugar, en el Reino Unido, hay indicios de que la cocaína «base/crack» para fumar se está reconstruyendo y recibiendo distintos nombres como rock y stone que sirven para distinguir la cocaína lista para fumar de la «base/crack» y dar una imagen de mayor calidad en el mercado y más cercana a la del polvo de cocaína (4).

La prevalencia del consumo de cocaína es mucho mayor entre las subpoblaciones que presentan una elevada prevalencia de consumo de otras drogas que entre la población general de adultos jóvenes. El cuadro 3 («Prevalencia del consumo de cocaína en algún momento de la vida según encuestas sobre consumidores específicos frente a las encuestas de población») refleja una diferencia sustancial entre la prevalencia relativamente alta del consumo de cocaína en algún momento de la vida entre jóvenes «discotequeros» y las tasas mucho menores que aparecen en la población más general de adultos jóvenes. El precio relativamente alto de la cocaína, junto con la breve duración de sus efectos, actúa en contra del consumo periódico por diversión, mientras que un elevado nivel de ingresos puede ser un factor importante en su consumo regular. En ambientes de diversión nocturnos, algunas personas tienen tendencia a beber mucho más alcohol de lo habitual con cocaína. Ésta incrementa la sociabilidad al moderar los efectos indeseables del alcohol.

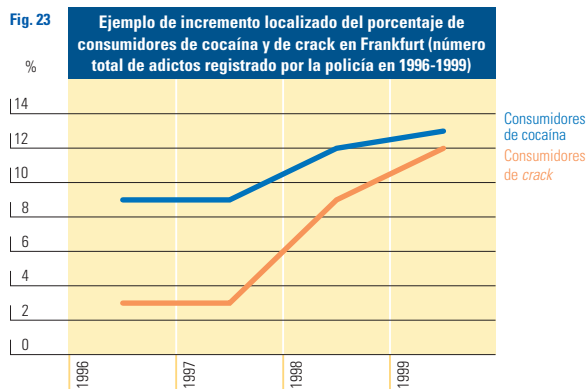
### Problemas

Entre 1994 y 1999, el número de consumidores que piden tratamiento por problemas asociados a la cocaína como droga principal —en relación con el número total de consumidores que piden tratamiento— aumentó sustancialmente

en España y en los Países Bajos. Alemania, Grecia e Italia también sufrieron un aumento relativo de los tratamientos por consumo de cocaína e Irlanda lo sufrió hasta 1998 (22). El Reino Unido y las regiones francófona y flamenca de Bélgica informaron igualmente de un aumento. Faltan estudios comparables sobre los consumidores de cocaína en tratamiento en la Unión Europea, de modo que el aumento relativo de los pacientes que buscan ayuda por tener problemas con la cocaína puede indicar un aumento real de dichos problemas, pero también puede deberse a una reducción del número de pacientes que buscan ayuda por problemas con los opiáceos o a que antiguos pacientes por opiáceos hayan transferido su problema principal con las drogas a la cocaína. En las cifras de tratamiento puede influir asimismo el desarrollo de servicios que resultan cada vez más atractivos para los consumidores de cocaína. Algunos servicios de tratamiento han informado de que, entre los consumidores sometidos a tratamiento por sufrir dependencia de la heroína, ha aumentado el consumo de cocaína, concretamente de la fumada como «base/crack» y de la administrada por vía intravenosa junto con heroína.

La figura 23 aporta un ejemplo de aumento localizado de consumidores de «base/crack» que no se refleja a nivel nacional. En Frankfurt, el porcentaje de consumidores de crack entre el número total de adictos registrado por la policía se incrementó en cuatro veces entre 1996 y 1999.

Los servicios de salud y los consumidores de cocaína rara vez notifican fallecimientos o efectos físicos negativos como consecuencia directa de esnifar polvo de cocaína y, debido a que los consumidores por diversión tienden a consumir cocaína junto con grandes cantidades de alcohol u otras drogas, resulta difícil determinar las causas de las experiencias negativas. Sin embargo, Luxemburgo, los Países Bajos e Italia señalan un incremento del número de fallecimientos por causa de las drogas y España un incremento de las urgencias hospita-



Fuente: PPF, Rauschgift Kriminalität, varios años en L. Paoli 2000.

(22) Figura 15 OL. Cocaína: evolución de los nuevos pacientes admitidos a tratamiento (versión online).

larias en las que estaba implicada la cocaína además de otras drogas. La mayor concienciación del personal de urgencias de los hospitales sobre el papel potencial de la cocaína en las alteraciones cardiovasculares podría favorecer una mayor tasa de notificaciones al respecto (4).

Se han detectado graves problemas de salud, sociales y psicológicos asociados a fumar cocaína «base/crack», en particular entre grupos marginales, tales como consumidores problemáticos de opiáceos, jóvenes sin hogar y otros jóvenes desfavorecidos, así como entre mujeres profesionales del sexo. No está claro en qué medida los problemas son consecuencia directa del consumo de esta forma de cocaína per se, o de la frecuencia y el volumen de su consumo, o de problemas sociales/psicológicos preexistentes.

### Mercado

En 1999, el número de incautaciones de cocaína aumentó notablemente en Luxemburgo y en Suecia, a la vez que disminuyó en Austria, Bélgica y Dinamarca. Los precios de venta al por menor de la cocaína comunicados oscilan entre 24 y 170 euros por gramo, con ciudades como Amsterdam y Frankfurt en el límite inferior y Estados miembros como Suecia y Finlandia en el superior. En el Reino Unido y en Francia los precios de venta al por menor han disminuido, pero la pureza se mantuvo generalmente alta, entre el 55 % y el 70 %, hasta finales de 1999, cuando, en el Reino Unido, se produjo un brusco descenso de la pureza media del crack (10). Los precios muestran acusadas variaciones geográficas dentro de los Estados miembros. Por menos de 15 euros se pueden obtener cantidades pequeñas de cocaína, en partes de un gramo o bajo la forma de «bolas» o «piedras», en algunas ciudades, concretamente en aquéllas donde las drogas circulan con facilidad y en las que las concentraciones de cocaína pueden bajar sustancialmente (por ejemplo, Frankfurt, Milán, París, Londres, Manchester y Liverpool). La distribución de la cocaína se produce principalmente a través de cadenas de amigos, pero en algunas ciudades se produce una venta abierta en ambientes de diversión nocturnos y en la calle. Los servicios de venta y entrega en domicilios se han visto muy facilitados por la mayor comodidad y protección (en forma de anonimato) que ofrecen a los vendedores los teléfonos móviles (4) (5) (6) (7).

Se ha señalado la mayor disponibilidad de cocaína lista para fumar («base/crack») en varias ciudades europeas (Amsterdam, Rotterdam, Londres, Liverpool, Manchester, Frankfurt, Milán y París), pero los métodos para prepararla (y los consiguientes niveles de concentración de la cocaína, que pueden llegar al 100 %) varían y provocan confusión en los sistemas de información sobre drogas, al

tiempo que la falta de una definición científica para términos populares como «crack» y «base» plantea problemas para poder dar respuestas de tipo educativo y preventivo. En la calle, la cocaína puede venderse mezclada ya con heroína.

Según los datos comunicados, España, Bélgica y los Países Bajos son los principales puntos de tránsito para la cocaína procedente de Latinoamérica (Colombia, Brasil y Venezuela en particular) al resto de la Unión Europea. En 1999, se informó del desmantelamiento de seis laboratorios de procesamiento de cocaína en España, a lo que se atribuye el posterior aumento del precio al por mayor de la cocaína en este país.

### Proyectos de intervención y nuevos enfoques

La respuesta comunitaria ante el incremento del consumo de cocaína y de crack ha adoptado tres formas principales en el ámbito de la reducción de la demanda. Durante la década de los noventa, unas pocas ciudades desarrollaron servicios especializados para abordar los problemas principales originados por la cocaína y dedicar atención a los grupos especialmente vulnerables, por ejemplo «Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.» en Frankfurt y «Take Five» en Rotterdam. Algunos Estados miembros han informado de los esfuerzos realizados para adaptar las estructuras existentes a fin de atender las necesidades de los consumidores problemáticos de cocaína y de crack. Por ejemplo, en Francia y en el Reino Unido los profesionales interesados están desarrollando estrategias multidisciplinarias de recogida e intercambio de información sobre las necesidades de los consumidores de cocaína y crack con el fin de desarrollar una formación adecuada y adaptar los modelos y los servicios de tratamiento existentes y poder ofrecer así el tipo de servicios que sean más eficaces para responder a dichas necesidades. En tercer lugar, algunos Estados miembros han hecho hincapié en la necesidad de ocuparse de la delincuencia y de las consecuencias para la salud del consumo múltiple de drogas en general.

Es difícil obtener datos acerca de las respuestas a los problemas planteados por la cocaína desde el sector privado, pero, sin embargo, es probable que este sector desempeñe un papel importante en el tratamiento de los consumidores problemáticos de cocaína más privilegiados socialmente.

### Ejemplos de tratamiento de problemas por el consumo de cocaína

En los informes emitidos por los Estados miembros se han descrito pocas respuestas de tratamiento. Sin embargo, Alemania y los Países Bajos destacaron intervenciones expresamente dirigidas a los problemas de consumo de cocaína.

## Cuestiones particulares

En Frankfurt, la organización juvenil «Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.» ofrece un proceso de tratamiento orientado a la adicción a la cocaína que se ajusta a las necesidades de cada paciente. La fase *crash* inicial, que dura unos pocos días, se desarrolla o bien fuera del hospital con apoyo psicosocial o bien en el marco de un proceso de desintoxicación en un hospital. La siguiente fase consiste en seis semanas de tratamiento estando ingresado en el que el paciente sigue un plan diario, que incluye sesiones de tratamiento de grupo e individual. La fase de recuperación, ya sea en régimen ambulatorio o estando ingresado, tiene el fin de restablecer o mejorar los contactos y las relaciones con los familiares, compañeros o amigos.

En Rotterdam funciona desde 1996 «Take Five», un programa de tratamiento para grandes consumidores de «base/crack». El programa, administrado por los servicios de salud municipales, opera como un servicio de bajo umbral. En la primera fase, trabajadores a nivel de calle contactan con consumidores de «base/crack» en diferentes entornos, tales como puntos de venta de drogas, narcosalas o centros de crisis. En la segunda fase, el paciente frecuenta uno de los denominados «lugares de tiempo muerto» que ofrecen ayuda las veinticuatro horas del día y o servicios de un médico de medicina general y psiquiatras si se solicita. El objetivo de la tercera fase es estabilizar la salud del paciente e iniciar la rehabilitación. Según información directa del experimento de Rotterdam, la acupuntura es muy popular entre sus pacientes como medio para relajarse.

### Cuestiones relativas a las políticas

En la Unión Europea existe un mercado de consumidores de drogas por diversión con ingresos que o bien no se fían del contenido dudoso de las pastillas de «éxtasis» y de la posibilidad de efectos agudos y a largo plazo para la salud o bien están hastiados de sus experiencias pasadas con el MDMA y de la resaca que dura hasta la mitad de la semana. Los estudios muestran que, desde el punto de vista de los consumidores de cocaína por diversión, ésta se considera más predecible, más versátil y menos molesta que el éxtasis y la resaca de la cocaína se considera menos grave o desagradable y de menor duración que la del éxtasis o las anfetaminas (3).

Los estudios realizados sobre consumidores de cocaína han observado una clara distinción social y subculturas claramente separadas entre los consumidores de cocaína en polvo (clorhidrato) y los fumadores de «base/crack», pero las fronteras se podrían poner en tela de juicio debido a los recientes cambios producidos en el mercado y a la tendencia que está surgiendo de fumar cocaína

«base/crack» mezclada con tabaco en «porros» en ambientes de diversión y de vida nocturna. El resultado de estos cambios podría debilitar los tabúes contra el hecho de fumar «base/crack», que han existido y servido de mecanismo informal de control para evitar la difusión del *crack* hacia la cultura principal de consumo de drogas con fines recreativos. Estos signos de erosión en los sistemas informales de control social sobre el consumo de cocaína «base/crack» hacen, si cabe, más urgente una respuesta precoz.

Una imagen del polvo de cocaína y quizá también de la cocaína «base/crack» como droga positiva, útil y de prestigio junto con la existencia de una importante afluencia de consumidores potenciales podrían dar como resultado la expansión del consumo de cocaína en la Unión Europea, incluyendo la cocaína «base/crack». Debe tenerse muy en cuenta este peligro y tratar esta situación con mucho cuidado, ya que una información parcial sobre la cocaína «base/crack» puede dar lugar a la creación de mitos sobre su consumo que podrían desviar la atención de los persistentes problemas estructurales relacionados con ella a los que deben hacer frente algunas zonas urbanas (9).

### Fuentes

Informes del año 2000 de los puntos focales nacionales:

- (1) *The Forensic Science Service*, «Drug Abuse Trends», n° 9, Metropolitan Forensic Science Laboratory, Londres, 1999.
- (2) Informe 1999 del ESPAD, «The European School Survey project on alcohol and other drugs» («Proyecto europeo de encuestas escolares sobre el alcohol y otras drogas»), Consejo Sueco de Información sobre el Alcohol y otras Drogas (CAN) y Grupo Pompidou del Consejo de Europa.
- (3) Boys, A., et al.: *Cocaine Trends: A Qualitative Study of Young People and Cocaine Use*, National Addiction Centre, Londres, 2001.
- (4) Ghuran, A., y Nolan, J.: «Recreational drug misuse: issues for the cardiologist», *Heart*, Vol. 83, 2000, pp. 627-633.
- (5) Brain, K., Parker, H., y Bottomley, T.: *Evolving Crack Cocaine Careers: New Users, Quitters and Long Term Combination Drug Users in NW England*, Universidad de Manchester, 1998.
- (6) Paoli, L.: *Proyecto piloto para describir y analizar los mercados de drogas locales: informe del primer año para el OEDT*, Max Planck Institute, Friburgo, 2000.
- (7) Blanken, P., Barendregt, C., y Zuidmulder, L.: «Retail level drug dealing in Rotterdam», *Understanding and responding to drug use: the role of qualitative research*, Serie de monografías científicas del OEDT, n° 4, 2000.
- (8) *Drug Abuse Trends*, n° 10, New Series, Oct/Dec 1999.
- (9) Hartman, D., y Golub, A.: «The Social Construction of the Crack Epidemic in the print media», *Journal of Psychoactive Drugs*, volumen 31 (4) 1999.
- (10) Home Office, *Statistical Bulletin*, 2000.