



## HPsis clínicas de desintoxicación de cocaína

# Fenomenología de la cocaína

[www.cocaina.tv](http://www.cocaina.tv)

HPsis Clínica SL

[www.cocaina.tv](http://www.cocaina.tv) [info@cocaina.tv](mailto:info@cocaina.tv)

Sede central calle Frígola 7 puerta 17 Ático Valterna 46980 Valencia

“Si quiere, puede... nosotros le ayudamos”

## Fenomenología de la cocaína

### Posología

La cocaína es un tropano, parecido estructuralmente a los alcaloides de las solanáceas alucinógenas (belladona, beleño, daturas, mandrágora, etc.), aunque muy distinto por su acción fisiológica y psicológica. En su forma habitual -el clorhidrato de cocaína- no resulta alterado por la luz y admite bien casi cualquier temperatura exterior, pero necesita ambientes secos, pues la humedad del aire hace que se licúe.

La teoría más común para explicar sus efectos supone que no libera reservas de ciertos neurotransmisores, como sucede con las anfetaminas, sino que impide su reabsorción una vez liberados. Parece activar ante todo el sistema simpático, al que se atribuye el mantenimiento del organismo en estado de alerta para hacer frente a cambios externos, activa también el hipotálamo, centro al que se atribuyen la regulación del sueño, la temperatura del cuerpo y las reacciones de cólera y miedo.

Por vía nasal, la dosis activa mínima suele cifrarse en 20-30 miligramos. La dosis mortal media está entre el gramo y el gramo y medio para alguien de unos 70 kilos, absorbidos de una sola vez o muy rápidamente. Eso significa que el margen de seguridad es alto: 1 a 50. Como resulta prácticamente imposible hoy obtener cocaína pura -o siquiera el 80 por 100- en el mercado negro, semejantes datos sólo

tienen en principio un interés teórico. Sin embargo, pueden ser útiles para marcar límites; aunque el usuario esté ante una cocaína adulterada (en proporciones y con ingredientes desconocidos), arriesga una intoxicación aguda si se administra más de veinte veces la dosis activa para él cada par de horas. La referencia al tiempo no es ociosa, porque un hígado sano puede procesar -con quebranto, naturalmente- una dosis mortal por hora.

La muerte se produce por paro del corazón, normalmente de modo rápido. Primero hay un período de hiperestimulación, con aumento de presión, pulso acelerado, convulsiones y amoratamiento de la piel; luego viene el período de subestimulación, con parálisis muscular, pérdida de reflejos y conciencia, dificultades respiratorias y colapso cardíaco. Junto a aire fresco y la posición de Trendelenburg (sentada la persona sobre alguna superficie, con las rodillas hacia arriba y la cabeza metida entre ellas), poco más puede hacerse a nivel doméstico; la respiración artificial es imprescindible si se produjera fallo pulmonar. Para prevenir la fase inicial de hiperexcitación puede ser eficaz el uso de algún sedante, pero en la práctica resulta peligroso porque el sedante tarda en actuar (salvo administrado en vena), y para cuando llega a la sangre quizá el sobredosisado está entrando ya en el período de excitación deprimida, que se vería potenciado.

A pesar de los riesgos objetivos, mientras el producto estuvo disponible en formas puras o casi puras no hubo apenas episodios mortales. En 1920, por ejemplo, sólo se produjo un caso de sobredosis fatal en Estados Unidos, aunque estuviera ya prohibida.

Cabe pensar que la tolerancia es muy alta. No resulta excepcional el desvariado que consume 4 o 5 gramos diarios, y ni siquiera el que se los inyecta a lo largo de cinco o seis horas. Calculando que el efecto intravenoso viene a producirse con una cuarta parte de la dosis usada por inspiración nasal, resulta que esos sujetos emplean casi el equivalente a una onza del fármaco introducida por otras vías; suelen hacerlo en combinación con algún pacificador, para limar la atroz ansiedad resultante, y no acaban de sucumbir con la frecuencia que cabría esperar de sus excesos. Por otro lado, el desarrollo de tolerancia no implica una paralela insensibilización al efecto; si la administración se multiplica al cubo no es realmente porque la dosis mínima haya dejado de ser activa, sino por avidez de más y más dentro de la peculiar ebriedad que produce esta droga. Quizá sea menos inexacto

decir que el factor de tolerancia es en la cocaína muy pequeño, aunque el empleo frecuente ensanche mucho el margen de seguridad en cada usuario.

Salvo error, no se ha descubierto todavía un modo barato de producir cocaína sintética. Es por eso más cara que otros estimulantes, como las anfetaminas. Sin embargo, el precio de elaboración sigue siendo ridículo comparado con los del mercado negro. En 1925 el gramo de clorhidrato puro se vendía en las farmacias españolas al precio de 4 pesetas, mientras el kilo de azúcar valía 2. Hoy resulta casi imposible de encontrar; formas no refinadas, y mucho más tóxicas, del alcaloide se venden a cinco mil veces ese precio.

Hay mucha mitología sobre la relación entre pureza y aspecto de la cocaína. El clorhidrato puede aparecer en escamas, rocas y polvo indistintamente, con tonos que van del blanco tornasolado o mate al beige. Aunque prolijo, el mejor test para detectar adulterantes es el térmico, ya que esta droga funde entre 192 y 197 grados; cualquier ingrediente que funda antes o después no puede ser cocaína. El extendido test de la lejía -basado sobre la lenta estela trazada por la cocaína en polvo al caer- sólo sirve para averiguar a ciencia cierta si incluye anestésicos locales sintéticos (procaína, lidocaína, benzocaína, etc.), que adoptan entonces un color rojizo, pues los demás adulterantes se comportan de modo no uniforme.

Por su acción fisiológica, enormes diferencias separan a la cocaína pura de variantes adulteradas. La cocaína propiamente dicha afecta ante todo al corazón y al hígado, provocando en ellos esfuerzos adicionales. El empleo crónico o prolongado reduce también las reservas de vitamina C y del complejo B, haciendo más oportuna la presencia de vitamina E, que mejora la respuesta cardíaca. Aunque no suele mencionarse, he observado que el empleo crónico -incluso en dosis moderadas o muy moderadas- acelera el envejecimiento de la piel, de un modo similar al producido por largas exposiciones al sol, así como descalcificación. El fármaco es un laxante suave -como la cafeína o la anfetamina-, con propiedades diuréticas y vasoconstrictoras, que se usó mucho para combatir la congestión nasal. Diluido en agua, después de las comidas, fue recomendado por Freud para combatir el ardor de estómago.

## Efectos subjetivos

Por lo que respecta a sensaciones, puede servir como testimonio el del propio Freud, que se administró la droga durante más de una década.

Sin embargo, Freud preconizaba el uso de cocaína en inyecciones subcutáneas de 30 a 50 miligramos, repetidas cuantas veces pareciese conveniente para mantener el tono psicofísico. W.A. Hammond, director general de Sanidad en tiempos de Lincoln y neurólogo de profesión, había emprendido hacia esas fechas unos autoensayos por vía subcutánea también, en los que fue aumentando las dosis hasta administrarse un gramo, dividiendo la cantidad en cuatro tomas espaciadas por cinco minutos.

Freud y Hammond estaban de acuerdo en considerar la cocaína como una sustancia muy valiosa, no sólo para finalidades estrictamente terapéuticas sino en usos recreativos. Ambos coincidían también en afirmar que dosis pequeñas convenientemente espaciadas producen euforia y vigor, mientras dosis altas crean desasosiego, malestar físico y caos en el comportamiento. Meticuloso al hacer sus anotaciones, Hammond detectó un fuerte predominio del desagrado ya a partir de 120 miligramos en una sola toma.

Sólo algo después empieza el fármaco a inhalarse. Pronto la costumbre social será hacer dos líneas por persona, como actualmente, mientras va adquiriendo connotaciones de droga selecta y a la moda, para triunfadores o aspirantes a dicho estatuto. La absorción nasal es levemente inferior a la subcutánea e intramuscular, y puede irritar el cartílago sin cierta profilaxis (lavados con agua tibia, aplicación ocasional de algún aceite), pero prescinde de agujas y dolor.

La acción del fármaco aparece entre dos y cinco minutos después de aspirar, y se prolonga durante media hora larga antes de ir declinando. Si la dosis ha sido moderada -y el sujeto no es alérgico-, los efectos son básicamente los descritos por Freud, con una expansión del tono que puede hacernos comunicativos y hasta audaces, aunque desde el autocontrol. Sucesivas administraciones no alterarán estas coordenadas, mientras el sistema nervioso evite verse abrumado por una excitación excesiva; semejante cosa la delatan síntomas como calor y sudoración súbita, gran sequedad de boca, sensaciones de agarrotamiento muscular, rechinar involuntario de dientes, verborrea, fuga de ideas e irritabilidad difusa.

La inyección intravenosa de cocaína actúa casi instantáneamente, como un sentimiento a caballo entre el estupor y una sobreabundancia sin perfiles, persistiendo no más de 4 o 5 minutos. Sigue una ansiedad intensa, presagiadora de postración, que trata de combatirse con nuevas inyecciones. Pero el ritmo necesario para no caer pronto en un abatimiento abisal, acompañado por convulsiones y otros síntomas de hiperestimulación, se hace imposible sin el concurso de alguna droga sedante.

De ahí que, en la inmensa mayoría de los casos, quienes se administran cocaína por vía intravenosa empleen también opiáceos o tranquilizantes. Salvo personas que se sometieron a la experiencia por afán de conocimiento, sin superar una o dos administraciones, no he conocido a nadie (ni sabido de nadie) que se dedicara noches enteras a prácticas semejantes y no fuera un suicida, un desalmado o un cretino.

Con todo, debo reconocer que algunos adictos de aguja a opiáceos parecen ser muy resistentes -y no entrar en ninguno de los tres tipos mencionados-, quizá porque lo insufrible de la cocaína en exceso no sea tanto el efecto orgánico del abuso como la falta de un depresor que contrarreste el estado maníaco. Dicho de otro modo, si alguien está lo bastante trastornado como para inyectarse gramos y gramos de cocaína por vía intravenosa, su única esperanza de no caer en el más penoso estado psicofísico pasa por intercalar inyecciones de algún principio opuesto, correspondiente al campo de los apaciguadores. Una buena descripción del cocainómano terminal aparece en cierta novela rusa de 1919.

Por vías distintas de la intravenosa, el efecto del empleo crónico exige distinguir el uso regular de dosis altas y el de dosis medias o leves. El primero provoca pérdida de peso, inestabilidad emocional, debilidad, inapetencia, impotencia, insomnio, delirio persecutorio y -a partir de cierto punto- alucinaciones terroríficas, con temas recurrentes como insectos que circulan bajo la piel; de hecho, es tan incompatible con una vida sana como el alcoholismo. El uso crónico de dosis medias y leves provoca ante todo insomnio, con alguna propensión a mayor irritabilidad y falta de apetito. A diferencia de las anfetaminas, que provocan una alta proporción de delirios permanentes cuando se consumen de modo crónico, no se ha demostrado cosa pareja de la cocaína.

Prácticamente todos los días -durante cerca de dos años- inhalé cocaína bastante pura, en cantidades muy rara vez superiores al medio gramo. La dosis cotidiana habitual -distribuida en cinco o siete tomas- venía a ser unos 250 miligramos. No observé insensibilidad a los efectos estimulantes, y el fármaco me resultó útil durante algunos meses para trabajos arduos del momento, como editar los Principios de Isaac Newton. Noté, en cambio, una propensión -no muy marcada- al insomnio y la irritabilidad. Sin embargo, al reconvertir el uso crónico en ocasional descubrí que: a) había olvidado el efecto eufórico posible de la droga, hasta el extremo de confundirlo con sensaciones bastante menos sutiles e intensas; b) me dejaba llevar por estímulos ridículos o incompatibles con mi propia idea del mundo, generalmente ligados a un complejo de autoimportancia. En otras palabras, la cronicidad debilitó ante todo el sentido crítico, la lucidez.

La interrupción del uso no produjo el más mínimo indicio de reacción abstinerencial. Para ser más exactos, durante los años de consumo cotidiano tuve siempre lo que Freud -hablando de sí mismo- llamó «una aversión inmotivada hacia la sustancia»; si volvía a emplearla al día siguiente era por una combinación de estímulos, donde destacaban la inercia, cebos de la vida social o un propósito de concentrarme en el trabajo. Creo que los estimulantes sólo crean verdadera ansia -deseo vehemente- a personas con un tono anímico bajo, que tiende a la depresión. Cuanto menos enérgico sea su entendimiento, más fácil les será desdibujar el desánimo con un brote de entusiasmo maniaco.

## Principales usos

Los usos comprenden tres campos básicos, que son la comunicación con otros, el desempeño de alguna tarea específica y fines medicinales en sentido estricto. Estos últimos son, según Freud, diversos tipos y grados de anestesia local, alivio de trastornos gástricos, tratamiento del asma y la congestión nasal; cabría añadir, en tono menor, sus virtudes como laxante suave y diurético.

Al igual que cualquier otro estimulante, la cocaína aumenta la capacidad del cuerpo para mantener la vigilia y soportar fatigas. Mientras las dosis se moderen cuidadosamente, ayuda también a que el individuo logre niveles altos de atención. Dentro de este orden de cosas, se diría que su utilidad no deriva tanto de aumentar

la resistencia al cansancio o la concentración intelectual, como de combatir eficazmente crisis de apatía; digo crisis, en vez de actitudes o disposiciones, porque lo provechoso para una situación temporal de abatimiento o postración no lo es para un carácter abatido o postrado crónicamente.

Para la comunicación con otros, esta droga rinde buenos resultados en cantidades que aumenten la intensidad psíquica sin sobrecargar el sistema nervioso. Cuando la estimulación se mantiene dentro de ciertos límites es posible relacionarse desde bases matizadas, que unas veces potencian la locuacidad -y la confianza- y otras contribuyen a hacer más sereno el contacto. Hablar animadamente no excluye ir intercalando pausas adecuadas a la reflexión, pues los momentos de silencio sólo son violentos allí donde la comunicación resulta superficial.

Por lo que respecta a la sexualidad, el vínculo del fármaco con grandes proezas es un tópico sin mucho fundamento. En una carta a su futura esposa, Freud escribía: «¡Ay de ti, princesa, cuando llegue [...] el fogoso hombretón que tiene cocaína en el cuerpo!». Pero no se trata de un afrodisíaco genital, y si potencia las sensaciones del placer o la duración del coito es por el mismo mecanismo que potencia la intensidad o la duración del diálogo con otro. Como el aumento en la actividad del sistema nervioso es abstracto o genérico, amplifica tanto lo placentero como lo displacentero; no pocas veces convierte a los amantes en meros conversadores, e incluso puede suscitar disputas.

Si la energía sexual de una persona no sufre inhibiciones, cualquier estimulante -y la cocaína en especial- provocará sencillamente más energía: en el hombre ese aumento tiende a manifestarse como mayor control del orgasmo (sea o no capaz de incrementar su número), y en la mujer como mayor entrega a la voluptuosidad, elevando en ambos el poder de la imaginación. Sin embargo, ese incremento depende crucialmente del grado de afinidad o compenetración existente, y quien pretenda convertirse en semental o sacerdotisa de Venus por obra y gracia de la cocaína tan sólo, no tardará en conocer desengaños. A pesar de todo, el valor de la autosugestión es muy grande, y la fama de esta droga como afrodisíaco puede contribuir a que funcione en tal sentido. Lo que sin duda no funciona -salvo apoyado por enormes dosis de credulidad- es el uso tópico del fármaco, frotándolo por los genitales masculinos o femeninos; en el peor de los casos, esa práctica producirá irritaciones considerables.

En último lugar, convendría hacer mención al uso de la cocaína combinado con otras drogas. Por muchas experiencias de primera mano, entiendo que es el fármaco más difícil de dosificar; cantidades pequeñas harán sentir que es accesible una euforia superior aumentando el consumo, y cantidades grandes provocarán una incómoda sensación de rigidez (el «palo») que pide usar mucho alcohol u otros apaciguadores. El alcohol y otros apaciguadores harán que pueda administrarse más cocaína, que exige a su vez más sedación, y finalmente el usuario acabará mendigando meros somníferos, tras fumar ríos de cigarrillos. No niego cierto encanto a esta ebriedad compleja, aunque sólo parece admisible de modo muy ocasional. En realidad, es una variante de la combinación heroína-cocaína, que resulta tan lesiva como ella para la salud.

Sólo he encontrado el vicio de la cocaína inyectada en adictos a opiáceos, y dentro de ellos en quienes veneran la aguja mucho más que el contenido de cada jeringa. El uso pulmonar, espolvoreando la droga sobre tabaco, supone mucha menos absorción y produce efectos más leves, además de inducir bronquitis cuando las administraciones son habituales.

ESCOHOTADO, A. Historia General de las Drogas.

Pág. 1266-1274. Ed. Espasa, 2005

Javier Martínez Pedrós colegiado CV 08117



Director de HPsis dirección@cocaina.tv

96 3 44 45 45 - 902 102 404

