

# ÉXTASIS: LA DROGA DEL AMOR Y EL MIEDO

## HISTORIA:

El MDMA (metilenedioximetanfetamina) o popularmente llamado éxtasis, se aisló de manera accidental en los laboratorios Merck de Alemania (año 1914) y se utilizó en la Primera Guerra Mundial, con el fin de que los soldados soportaran mejor el hambre, gracias a la capacidad anorexígena de esta droga. Desde mediados de los años 60 circulaban en el mercado negro americano, drogas del mismo tronco químico que el éxtasis, y por tanto, con efectos similares. En 1976, el farmacólogo A. Schulgin, publicó la primera comunicación científica, a partir de ensayos con personas. Psiquiatras, psicólogos y terapeutas en EEUU utilizaron el MDMA, con fines terapéuticos, como describe el libro “El éxtasis” (1), Wolfson (1986), definió las ventajas psicoterapéuticas, postulando que:

- 1) Es posible una integración psíquica y una nuevas estructuras de identidad con el uso psicoterapéutico del MDMA
- 2) Una experiencia con el MDMA ofrece una posibilidad de un cambio de estado negativo de odio hacia uno mismo a otro en que el individuo siente sentimientos más positivos hacia el mismo y hacia los demás.
- 3) Hay un cambio desde el aislamiento hacia el contacto y la intimidad sexual
- 4) Puede producirse una facilitación de la decisión en sentido positivo. Según A. Escohotado (2), un manifiesto firmado por varios psicoterapeutas californianos decía que: “Tiene el increíble poder de lograr que las personas confíen unas en otras, desterrar los celos, y romper las barreras que separan al amante del amado, a los progenitores de los hijos, al terapeuta del paciente”. Otro psiquiatra dijo que “ayuda a la gente a ponerse en relación con sentimientos generalmente no disponibles,”

Hay que tener en cuenta que: la defensa de los profesionales del uso terapéutico de esta sustancia, se utiliza ante la reacción a la prohibición y catalogación, por parte de las autoridades, del éxtasis como sustancia nociva para salud. A menudo se corre el riesgo de exagerar los efectos positivos o terapéuticos, olvidando los efectos negativos y secundarios de la droga. Por el contrario, los profesionales, que se dedican a la prevención comunitaria de las adicciones, pueden correr el riesgo de exagerar las consecuencias negativas del consumo, al no mencionar el estado placentero que sienten las personas que consumen esta droga. De la misma forma se podría defender la heroína para uso médico (calmante ante crisis mentales, analgésico ante el dolor en cualquier enfermedad, etc.) y por el otro lado, prohibir y maximizar los riesgos de dependencia y de otros efectos secundarios, olvidando las ventajas terapéuticas. También hay que tener en cuenta lo siguiente: las consecuencias del uso de una sustancia en un contexto terapéutico, no tiene porque tener las misma repercusiones que el uso o el abuso de la misma en un contexto lúdico.

En 1985 la policía anti- narcótico americana (DEA) decretó que esta droga carecía de efectos médicos, a lo que también se sumó la OMS y las Naciones Unidas, advirtiendo de que una alto número de accidentes de tráfico en los últimos años ( 1994) y del riesgo de trastorno mental, por el consumo de las pasillas de diseño. En España aparecen los primeros alijos de comprimidos, a partir de los años 80. En el mercado negro empiezan a desarrollar nuevas fórmulas químicas para escapar de la legalidad, que dan sustancias con efectos parecidos al MDMA o éxtasis: MDE (eva), MDA o píldora del amor, etc.

## EL CONTENIDO DE LAS PASTILLAS

En la actualidad hay una infinidad de sustancias denominadas “pastillas” fabricadas en laboratorios clandestinos, con fórmulas químicas distintas, y por lo tanto tienen efectos parecidos pero no iguales: una se acercan más al efecto estimulante de la anfetamina, mientras que otras tienen el efecto más emotivo del éxtasis. En conclusión, hay una gran diferencia entre unas pastillas y otras, incluso en pastillas de aspecto similar

difieren en sus componentes o en la proporción o cantidad de éstos. Casi el 80% de las pastillas o cápsulas, de éxtasis que se consumen hoy en nuestro país podrían contener como principios activos uno de los cuatro derivados anfetamínicos. Se trata de MDA, MDMA y MDEA. Recientemente se ha popularizado una cuarta, la MBDB.

Según los informes del Plan Nacional sobre Drogas del año 1997, "el éxtasis" que se consumía en España suele contener un derivado anfetamínico de sustitución ( en un 80.1 por 100 de los casos en nuestra muestra). Pero hay diferencias en intensidad de los efectos y la toxicidad entre los diversos derivados anfetamínicos, de donde arranca la primera diferencia entre unas "pastillas" y otras. Una de cada cinco pastillas, sin embargo, no contiene MDMA ni ninguno de sus análogos, sino otras drogas psicoactivas como anfetaminas o cafeína ( en cerca del 10 por 100 de los casos), o fármacos del todo diferentes y que fraudulentamente se hacen pasar por "éxtasis" y que se ofrecen en las farmacias como antihistamínicos, antialérgicos e incluso como antibióticos. En ninguna de las muestras analizadas en los diversos laboratorios cuyos resultados se han revisado se ha detectado la existencia de:

Efecto llamado " Flash- Back", que consiste en revivir los efectos del éxtasis, sin haber tomado ninguna dosis, que también puede ocurrir en el consumo de alucinógenos. Es un efecto secundario posible, pero la experiencia no es común, sino excepcional.

#### CREENCIAS ERRÓNEAS SOBRE EL "ÉXTASIS" o MDMA:

1) El supuesto efecto afrodisíaco se ha confundido con el efecto de desinhibición emocional. Lo que se experimenta es un estado de empatía, que puede despertar o no. Las sensaciones físicas en el contacto físico, a través de las caricias o abrazos está más cerca de la sensualidad y la ternura que de una clara atracción o deseo sexual. Según Escotado, el número de orgasmos y la capacidad copulativa desciende, y, en el hombre, crea una dificultad para la eyaculación.

2) Los efectos alucinógenos no existen, sólo aparecen alteraciones del color, en intensidad o textura y posible elaboración de fantasías.

## EL EFECTO DEL MDMA EN LA PERSONA QUE CONSUME, COMO EN CUALQUIER DROGA, DEPENDE DE VARIOS FACTORES:

- 1) La susceptibilidad individual: edad, género, etnia, cultura, enfermedades físicas, carácter, estado de ánimo, sugestionabilidad, personalidad predispuesta, antecedentes psiquiátricos.
- 2) Dosis y adulteración o pureza de la sustancia ingerida y vía de consumo (oral, intravenosa, inhalada...).
- 3) Contexto en el que se consume: dónde, con quién y para qué. Objetivo terapéutico, lúdico.

## EFFECTOS SECUNDARIOS Y NOCIVOS DEL MDMA:

El efecto buscado, al consumir MDMA, produce una abertura de los sentimientos empáticos y placenteros ( amor, tranquilidad mental, alegría) y una expansión social con el grupo; pero como ocurre también con los alucinógenos, el consumidor puede experimentar un “ mal viaje”, sintiendo miedo, persecución, desconfianza. Uno u otro efecto escapa al control voluntario de la persona. También sabemos que el consumo continuado de esta sustancia, puede provocar, como en la mayoría de drogas, depresión.

"El golpe de calor" es otro fenómenos físico muy asociado al consumo de "éxtasis" en discotecas y "raves".

Los síntomas son: mareo, calambres musculares, dejar de sudar, vómitos, cansancio súbito, fatiga, debilidad y confusión.

La prevención es aire libre, descanso y beber agua o líquido sin alcohol. Como medidas inmediatas se debe colocar a la persona que sufre un “ golpe de calor” en un lugar fresco ( por ejemplo fuera de la discoteca), y aplicarle paños húmedos o humedecer su cuerpo con cualquier cosa que se tenga a mano, al tiempo que se le abanica. Si todavía está consciente, debería beber sorbos de una solución de agua y cloruro sódico ( por ejemplo  $\frac{1}{4}$  de una

cucharadita de sal disuelta en un litro de agua), de una bebida isotónica o agua. Se debe trasladar lo antes posible a un hospital a la persona que sufre un “golpe de calor”.

EL consumo de MDMA está contraindicado especialmente en personas asmáticas o con insuficiencia renal o cardíaca; también puede ser peligroso para personas epilépticas, hipertensas, embarazadas, diabéticas y con enfermedades mentales.

Las muertes por el consumo de éxtasis pueden deberse a la adulteración de la sustancia, a una reacción alérgica, a la mezcla con otras sustancias psicoactivas y por sobredosis de la sustancia, que como describen algunos autores aparecen los siguientes trastornos ( 4): delirios convulsionales, hemorragias cerebrales secundarias a una rápida elevación de la presión arterial, rigidez muscular, edema pulmonar, fracaso renal agudo y coma.

Las pastillas en el mercado negro suelen contener entre 100 y 200 mgrs, cantidad para una persona de 50 y 80 Kg de peso, la experiencia durará entre tres y cuatro horas, según A. Escotado, consumir más de 250 mgs es peligroso para la salud física y mental, la dosis letal se calcula en 600 o 700 mgrs.

Según el Dr. Antoni Mas (5), se han recibido en el Hospital Clínico de Barcelona, en un año y medio ( 1996-97) cuatro casos de hepatitis aguda, por consumo de éxtasis. Las causas no se saben, pero están relacionadas con mecanismos individuales de una sensibilidad especial frente a esta sustancia, si éstas personas tiene un nuevo contacto con la droga pueden tener una hepatitis fulminante, que tiene una elevada mortalidad.

### DEPENDENCIA

El uso continuado de esta sustancia produce dependencia psicológica, entendida como el deseo o impulso de consumir de forma regular el éxtasis, por ejemplo, cada fin de semana. El consumidor habitual, al plantearse dejar de consumir esta sustancia, por el aumento de sus efectos negativos, se da cuenta de que su deseo es más fuerte que su decisión, y a pesar, de sufrir los efectos no deseados de la droga, vuelve a repetir el consumo, a la mínima oportunidad, siempre, claro está, esperando que cada nueva toma sea placentera.

Aunque el consumo sea espaciado en el tiempo, el uso repetitivo habitual, influye en el carácter y la relación que la persona establece con el mundo y los otros. Pueden aparecer problemas con la familia, trabajo, estudios y tener un estilo de vida dependiente de la mitología que envuelve al grupo de consumidor de la sustancia.

Elaborado por Lluís Camino Vallhonrat  
Barcelona, 2010.