



DROGAS DE SÍNTESIS EN ESPAÑA

Patrones y tendencias
de adquisición y consumo

en general. Por eso no deseo finalizar esta presentación sin expresar mi más sincero agradecimiento a Juan Gamella y Arturo Álvarez, autores del informe y directores del estudio.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Gonzalo Robles Orozco', with a long horizontal flourish underneath.

Gonzalo Robles Orozco
Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

ÍNDICE

	<u>Pág.</u>
PRESENTACIÓN.....	9
I. INTRODUCCIÓN. LAS DROGAS DE SÍNTESIS, UNA NUEVA ÉPOCA EN EL «PROBLEMA DE LA DROGA» EN ESPAÑA.....	17
EL «ÉXITO» DEL ÉXTASIS: UNA NUEVA ÉPOCA.....	17
Crisis de drogas.....	18
La crisis de la heroína en España: 1977-1992.....	20
Etapas de la crisis.....	20
Una consecuencia de la crisis: heroïnocentrismo.....	22
Nuevos consumos, nuevas alarmas.....	22
Drogas de síntesis: el «éxtasis».....	23
DROGAS DE SÍNTESIS: ALGUNAS PRECISIONES BÁSICAS.....	24
¿Drogas de diseño o drogas de síntesis?.....	24
Las drogas de síntesis y sus tipos.....	25
Principales drogas de síntesis consumidas ilícitamente.....	26
La MDA: la «droga del amor».....	29
La MDMA: «éxtasis».....	30
La prohibición.....	31
EL USO INTERNACIONAL DEL «ÉXTASIS»: UN PRODUCTO GLOBAL.....	32
Inicios de la expansión del «éxtasis»: Estados Unidos.....	33
Masificación del consumo recreativo en Europa.....	33
Reino Unido.....	33
«Acid house», «rave» y «éxtasis».....	34
Holanda.....	37
Otros países europeos.....	37
«Éxtasis» en España.....	38

	Pág.
OBJETIVOS DE ESTE ESTUDIO.....	40
Objetivos generales.....	40
Objetivos específicos.....	40
II. METODOLOGÍA.....	43
DISCUSIÓN METODOLÓGICA.....	43
TRES GRANDES FUENTES DE DATOS.....	44
Encuestas poblacionales.....	44
Indicadores indirectos: registros clínicos, asistenciales, legales y policiales.....	45
Estrategias etnográficas.....	46
MÉTODOS EMPLEADOS EN ESTE ESTUDIO.....	48
Ámbito de estudio.....	50
Métodos de obtención de datos.....	50
Revisión de la literatura.....	51
Entrevistas a informantes cualificados.....	51
Entrevistas a usuarios.....	52
Observación participante.....	53
Sondeo exploratorio en centros escolares.....	54
Estudio de las aprehensiones policiales.....	55
Análisis de muestras.....	55
Análisis de otras fuentes de datos: encuestas recientes.....	56
Métodos de análisis de datos.....	56
III. LA EXTENSIÓN Y EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE «ÉXTASIS» EN ESPAÑA.....	59
EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE «ÉXTASIS».....	59
Período previo: 1978-1985.....	59
Período inicial: 1986-1989.....	60
Período de popularización: 1989-1992.....	61
Período de vulgarización y consumo masivo: 1990-1995.....	61
Año de inicio en el consumo.....	62
Difusión y extensión regional de las nuevas pautas de consumo.....	64
Zonas «calientes» en el consumo de «éxtasis».....	65
Evolución de las aprehensiones policiales de MDMA y análogas.....	67
Incautaciones por Comunidades Autónomas.....	68
Estudio hemerográfico exhaustivo de las confiscaciones policiales.....	69
MAGNITUD DEL FENÓMENO: PREVALENCIA DEL USO DE «ÉXTASIS».....	73
Encuestas (1993-1994).....	73
Encuesta a población mayor de quince años, febrero de 1994.....	73
Encuesta a usuarios de cocaína y/o heroína, noviembre 1993.....	75

	Pág.
Encuesta escolar sobre drogas (catorce a dieciocho años), diciembre de 1994	76
Encuesta mayores de quince años, febrero 1996	77
Nuestro sondeo escolar.....	79
Resultados.....	79
Uso de LSD	80
Conocimiento de las drogas de diseño	81
 IV. LOS USUARIOS DE «ÉXTASIS» Y SUS CONSUMOS: DEMOGRAFÍA Y PAUTAS DE USO.....	 83
USUARIOS ENTREVISTADOS.....	83
Distribución por sexos	83
Orientación sexual	84
La edad de los usuarios.....	84
Los usuarios de «éxtasis» por grupos de edad	85
Estado civil.....	87
Nivel educativo	88
Fracaso escolar	88
Ocupaciones y profesiones	89
Comparación internacional.....	90
PAUTAS DE USO DE DROGAS ENTRE LOS USUARIOS DE «ÉXTASIS»	90
Uso de otras drogas	90
Edad de inicio en las diversas drogas	92
PRINCIPALES PAUTAS DE USO DE «ÉXTASIS».....	93
Iniciación en el uso de MDMA y análogos.....	93
Uso presente de MDMA y abandono del uso	94
Frecuencia de uso	94
Frecuencia de uso de MDMA por grupos de edad	96
Frecuencia mensual estimada de consumo de «éxtasis».....	98
Combinación del «éxtasis» con otras drogas.....	100
Contexto social del uso.....	101
 V. MOTIVACIONES Y EFECTOS	 105
MOTIVACIONES PARA EL USO	105
Expectativas	106
Propósitos	111
Justificaciones o racionalizaciones	113
FENOMENOLOGÍA DEL «ÉXTASIS»	115
Efectos principales	116
Una droga más estimulante que psíquedélica	118

	<u>Pág.</u>
Una droga erótica	120
Una droga que aumenta la sociabilidad	128
Efectos adversos.....	131
Efectos sobre el sueño	133
Efectos residuales.....	134
Semejanzas y diferencias con otros estudios internacionales	138
VI. USUARIOS Y USOS: SEIS CASOS Y CUATRO ESCENAS	141
USUARIOS: SEIS CASOS	143
LOLA (veintiún años).....	143
FERMÍN (veinticuatro años).....	148
PEPE (cuarenta años)	152
MANUEL (veintiocho años)	159
ROSA (diecisiete años).....	166
ÓSCAR (veinticinco años).....	171
ESCENAS	175
Salida para comprar pastillas	175
Salida de fiesta	178
Una noche en una discoteca de bakalao.....	182
Fin de año	184
VII. EL MERCADO DE «ÉXTASIS» EN ESPAÑA. NOTAS INTRODUC- TORIAS.....	189
INTRODUCCIÓN	189
BREVE HISTORIA DEL MERCADO MUNDIAL DE «ÉXTASIS»	191
Antecedentes: la prohibición norteamericana.....	191
El comercio en Europa: un objeto de consumo masivo	192
1990: Fabricación a gran escala en Europa	195
EL MERCADO DE «ÉXTASIS» EN ESPAÑA: APUNTES HISTÓRICOS	195
Inicios: 1986-1989	195
Período de popularización	197
Período de masificación: 1992-presente.....	199
LA MANUFACTURA DE «ÉXTASIS»: FABRICACIÓN DE MDMA Y ANÁLOGAS	200
Métodos de síntesis.....	203
Obtención de materias primas.....	205
Estrategias para la obtención de precursores.....	206
Organización de la manufactura de «éxtasis»	207
Granulado y troquelado	208

	Pág.
LA ESTRUCTURA DEL MERCADO: NIVELES DE DISTRIBUCIÓN	209
La pirámide truncada: el sector español	211
Importación	212
Cientos y decenas de miles de unidades	213
Vendedores a miles	214
Un caso: Ana, «que mueve miles»	214
La pirámide: percepción de sus operarios	216
Mayoristas a cientos	218
Un caso: Susana, vendedora a cientos	218
Venta al detalle: características del menudeo de «éxtasis»	221
Primer caso: Blanca (1976), el menudeo inconsciente	223
Segundo caso: Marga (1970), «trapichera» vocacional	225
Detallistas de «éxtasis»: hago «trapis», pero no soy camello	226
OTROS DATOS: INCAUTACIONES Y DETENCIONES POLICIALES	227
Adquisición: La visión de los compradores	229
Percepciones de los usuarios respecto al consumo	231
Venta al detalle y consumo	233
Venta «a fiado»	233
La «fiesta» como lugar de distribución	234
LOS PRECIOS DEL «ÉXTASIS»	236
La evolución de los precios	236
Holanda	237
Reino Unido	238
España	238
VIII. EL CONTENIDO DE LAS «PASTILLAS». PERFIL QUÍMICO DEL «ÉXTASIS»	241
EL CONTENIDO DE LAS «PASTILLAS» EN ESPAÑA	241
Muestras analizadas	241
Ministerio de Sanidad, Barcelona	241
Muestra de análisis realizados por laboratorios policiales	244
Otras muestras analizadas	246
Muestra del mercado al detalle	247
Variedad de presentaciones	247
Colores	248
Variedad de contenidos	249
Otros principios activos	251
Diluyentes y excipientes	252
Dosis de principio activo	252
Pastillas similares a las europeas	253

	Pág.
MDMA Y ANÁLOGOS EN OTROS PAÍSES DE EUROPA	254
Reino Unido.....	255
Indicios respecto a la manufactura local.....	257
Holanda	258
Italia	259
DISCUSIÓN DE LAS MUESTRAS EUROPEAS	260
IX. PROBLEMAS ASOCIADOS AL USO DE «ÉXTASIS»	263
NEUROTOXICIDAD Y POTENCIALES DAÑOS PERMANENTES	264
RIESGOS PARA LA SALUD.....	265
Reacciones adversas graves	266
Hipertermia maligna o golpe de calor	268
Accidentes cerebro-vasculares	273
Hiponatremias	276
Insuficiencias hepáticas.....	281
Trastornos psiquiátricos	289
Trastornos por angustia	289
Trastornos depresivos	297
Trastornos psicóticos	297
MUERTES RELACIONADAS CON EL CONSUMO DE MDMA Y ANÁLOGAS	310
Historia de las muertes reconocidas por la medicina oficial	310
Primera etapa: Estados Unidos (1987-1992).....	312
Segunda etapa: Reino Unido (1991-1993).....	323
Tercera etapa: Irlanda (1993-1996).....	324
Un año crítico: 1996.....	324
Muertes en España	325
CONDUCCIÓN Y ACCIDENTES DE TRÁFICO	329
RELACIONES SEXUALES MÁS ARRIESGADAS	334
X. RESUMEN DE CONCLUSIONES	337
INTRODUCCIÓN	337
EL USO INTERNACIONAL DEL «ÉXTASIS».....	341
LA EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE «ÉXTASIS» EN ESPAÑA.....	346
LOS USUARIOS DE «ÉXTASIS» Y SUS CONSUMOS	347
MOTIVACIONES Y EFECTOS DEL USO DE «ÉXTASIS»	352
EL MERCADO DE «ÉXTASIS» EN ESPAÑA.....	355
PERFIL QUÍMICO DEL «ÉXTASIS».....	364
PROBLEMAS ASOCIADOS AL USO DE «ÉXTASIS»	368
BIBLIOGRAFÍA CITADA.....	373

I

INTRODUCCIÓN: LAS DROGAS DE SÍNTESIS, UNA NUEVA ÉPOCA EN EL «PROBLEMA DE LA DROGA» EN ESPAÑA

EL «ÉXITO» DEL ÉXTASIS: UNA NUEVA ÉPOCA

El «éxtasis», una droga que se presenta en forma de pastillas o cápsulas que pretendidamente contienen MDMA (3,4-metilenedioximetanfetamina) o alguno de sus congéneres, es el fármaco ilícito de más éxito de los aparecidos en Europa Occidental en la última década. No es, ni mucho menos, la droga ilegal más utilizada, pero sí aquella cuyo consumo ha aumentado más deprisa en los años noventa. Ese «éxito» no debe contemplarse aisladamente, sino como un cambio de tendencia en las constelaciones dominantes de policonsumo de drogas, y, por tanto, en las formas problemáticas de politoxicomanía o policonsumo que se han dado en el continente. En España, uno de los países europeos donde estos cambios han sido más radicales y dramáticos, el «triunfo» del «éxtasis» debe comprenderse dentro de un cambio de ciclo y de una nueva época en la construcción social del problema de «las drogas».

Hacia 1987 puede establecerse un cambio de tendencia en este problema social en España. Entonces comienza a fraguarse una nueva configuración de las pautas más comunes de usos de drogas en nuestro país. Varias corrientes interrelacionadas confluyeron ese año incrementándose a partir de entonces. La más importante concierne al cambio de tendencia en el consumo problemático de heroína, tanto por la propia dinámica sociodemográfica del proceso, como por la extensión del VIH/SIDA entre los heroinómanos españoles, cuyas gravísimas consecuencias se empezaron a percibir localmente entonces (ver Gamella, 1997). En ese año, por tanto, puede datarse un punto de inflexión en la «crisis de la heroína», que va transformándose, de un problema eminentemente sociopolítico (de «seguridad ciudadana»), en un problema de salud pública. Ese año marca también la popularización de «nuevas» pautas de consumo de drogas, algunas de las cuales venían extendiéndose desde años atrás, aunque alcanzarán desde entonces el centro del escenario público. Tres de esas pautas

se han masificado y han generado considerable alarma social, aunque en ningún caso «crisis de drogas» comparables a la causada por la heroínomanía ¹:

1. La extensión entre los jóvenes de formas de uso excesivo de bebidas alcohólicas, caracterizadas por frecuentes intoxicaciones y unos cambios notables en las pautas y motivaciones de ingesta de alcohol respecto a anteriores generaciones.

2. La expansión del uso de cocaína entre sectores de la población que desconocían previamente esa droga y que no consumían heroína.

3. La más reciente popularización de ciertas drogas de síntesis producidas en laboratorios clandestinos, entre las que destacan ciertos derivados anfetamínicos de sustitución, como la MDMA o «éxtasis» y sus congéneres que, además de efectos estimulantes, producen otros que podríamos considerar psicodélicos o de distorsión perceptiva ².

Nuestro trabajo se centra en estos últimos compuestos y la expansión de su uso. Pero para comprender tal proceso es necesario situarlo en un contexto histórico preciso: el causado por la «crisis de la heroína» en la década anterior. La popularización de las «pastillas» de «éxtasis» se produce en un contexto social de profundo y casi unánime desprecio y rechazo a la heroína y a los «yonquis».

Crisis de drogas

En la España constitucional ha tenido lugar una crisis de drogas notable por su intensidad, por sus múltiples consecuencias y por el número de personas afectadas. Es probable que en este período se haya producido la transformación más rápida y radical en el uso y percepción de las drogas psicoactivas en nuestra historia.

Entendemos por crisis de drogas una transformación radical en la forma en que ciertas drogas psicoactivas son usadas, distribuidas y percibidas en una sociedad determinada. Cuatro procesos interrelacionados definen una crisis de drogas:

1. La **rápida expansión de formas de alta intensidad de consumir ciertas drogas** previamente desconocidas o minoritarias en esa sociedad. Las nuevas pautas de consumo intensivo y compulsivo ³ pueden involucrar nuevas sustancias o nuevas formas de usar sustancias antes conocidas, pero suponen siempre una novedad cultural, faltando modelos consensuados e intergeneracionales de consumo y de control del uso (Zinberg, 1984).

2. La generación de **una intensa alarma social** por esos consumos y sus consecuencias que, a menudo, supera el nivel de los «pánicos morales» analizados por

¹ En rigor, politoxicomanía centrada en la dependencia, real o simbólica, de la heroína.

² Es destacable también el aumento del consumo de LSD (dietilamida del ácido lisérgico), conocido en la calle como «ácido» (o «ajo», «tripi», «secante», etc.), que se distribuye en una gran variedad de presentaciones. El consumo de «ácidos» no está recibiendo apenas atención en la construcción social de este emergente «problema social», aunque los «ajos» o «tripis» se consumen hoy en algunos sectores juveniles de forma más intensa que en ningún otro momento anterior del que tengamos noticia.

³ Usos reiterados, a veces diarios, que no se interrumpen a pesar de los problemas que causan al usuario y que suponen una creciente pérdida de control sobre el consumo.

Cohen (1972) y por Goode y Ben-Yehuda (1994). Las nuevas formas de uso de drogas se perciben como problemas sociales urgentes, es decir, amenazas para el orden social que requieren la intervención del poder político y que provocan **una institucionalización** de las formas de combatirlo y la aparición de organismos y agencias específicamente dedicados a atender, remediar o erradicar «el problema». Temas tales como la persecución penal del comercio o la sanción legal de algunos consumos son instaurados o reforzados y, como resultado, las libertades individuales suelen restringirse. La alarma pública puede preceder la expansión de las nuevas pautas y ayudar a promoverlas entre ciertos grupos.

3. El crecimiento de **una nueva economía** más o menos informal o ilegal dedicada a la producción y distribución de drogas, que genera **un salto en la disponibilidad** de las nuevas sustancias. La generación de ese mercado informal o ilegal tiene profundas consecuencias políticas y económicas, algunas de carácter internacional (ver Ruggiero y South, 1995; Scott y Marshall, 1991; Moore, 1977; Reuter y Kleiman, 1986). En paralelo a la economía informal o ilegal de las drogas suele crecer e institucionalizarse el sector gubernamental dedicado a «combatir» o reducir esa economía (Dorn, Murji y South, 1992).

4. El desarrollo de **un problema de salud pública** que deriva de un daño sanitario masivo y cuantificable que en las sociedades desarrolladas puede generar una crisis sanitaria. Las crisis de drogas derivan en procesos que se contemplan y acometen como epidemias o crisis de salud pública. La expansión de las nuevas formas de uso de drogas supone importantes riesgos y daños para la salud de muchos usuarios no sólo por la farmacología de las drogas en sí, sino también por la forma en que son utilizadas, algo en lo que influye directamente su *status* legal y social.

Estos cuatro procesos están siempre abiertos a esas formas de **amplificación y realimentación** estudiadas por Cohen y Young (1981) en cuanto a la información, la alarma y la urgencia asociada al problema y a la que contribuyen diversos líderes de opinión pública y diversos «emprendedores morales». Por ejemplo, la ilegalidad de las drogas consumidas tiende a incrementar sus precios, criminaliza a los usuarios, torna más peligrosas las pautas de uso y hace, por lo tanto, más negativa la visión de las drogas y sus usuarios en uno de los varios «círculos viciosos» y profecías de autocumplimiento que caracterizan el fenómeno a distintos niveles (Lettieri *et al.*, 1980).

Las crisis de drogas, sin embargo, no son sólo construcciones ideológicas ni ejemplos de ilusiones colectivas como algunas «olas de criminalidad» o «pánicos morales» estudiados en diversos países (Fishman, 1978; Cohen, 1972), sino cambios en la conducta de diversos grupos que provocan una convicción generalizada de que la acción colectiva es necesaria para controlarlos. Las crisis se delimitan, definen y consolidan cuando su institucionalización se hace evidente porque se promulgan leyes o se crean organismos específicos para combatir o remediar el «desorden».

Las crisis de drogas reflejan dos hechos conocidos y recurrentes: que a menudo una droga parece ser más adictiva o problemática «en una sociedad o período determinados que en otros» (Peele, 1985: 72) y que el «abuso de drogas» tiende a construirse (darse y percibirse) en forma de «epidemias» o ciclos, con claros ascensos y descensos, y no de forma gradual o constante, algo que tiene obvias razones demográficas, culturales y económicas.

No todos los ciclos de aumento de consumo de nuevas drogas generan crisis tal y como las definimos aquí, incluso en los casos en que se genera una intensa alarma social. A menudo la alarma no se corresponde con un verdadero problema de salud colectivo y perceptible, y a veces la institucionalización no se consolida. Esos procesos se parecen más a esos ciclos de ilusión o engaño colectivos que observamos en los «pánicos morales» y en las «cazas de brujas» que abundan en la historia colectiva de casi todas las sociedades complejas.

La historia moderna ofrece varios ejemplos de crisis de drogas: 1) La crisis de la ginebra en Inglaterra, entre 1720 y 1758; 2) Las sucesivas crisis del opio en China, de 1799 a 1949; 3) La crisis de las anfetaminas en el Japón de la posguerra, entre 1945 y 1955; 4) Las «epidemias» de heroína en EEUU y sus posesiones, entre 1969 y 1975; 5) La crisis de la cocaína y el «crack» en EEUU, entre 1978 y 1992; 6) La expansión de la heroínomanía en Europa, desde finales de los setenta.

Las crisis de drogas son a menudo síntoma o resultado de crisis sociales más amplias. Tienden a ocurrir en terrenos fértiles, en intersecciones decisivas, críticas, cuando otros muchos cambios sociales se suman y refuerzan, aunque acaban convirtiéndose en problemas primarios con su propia dinámica. El ejemplo paradigmático quizá la ofrezca la prolongada crisis del opio en China, ocurrida en plena decadencia del imperio manchú, y donde el gobierno británico de la India actuó como un eficiente cártel en el tráfico de estupefacientes.

La crisis de la heroína en España: 1977-1992

En España en las últimas décadas hemos vivido una crisis de drogas provocada por la rápida expansión de una forma de politoxicomanía centrada alrededor del consumo habitual y compulsivo de heroína. De una práctica casi inédita, que antes sólo se encontraba en los libros, películas y discos extranjeros, el uso intravenoso de heroína y otras drogas, así como sus secuelas habituales, han pasado a convertirse en aspectos rutinarios de la vida de nuestros pueblos y ciudades y, como en la previa crisis norteamericana de la que ésta ha tomado prestados algunos elementos, en una importante fuente de «inquietud social, delincuencia e histeria pública» (Zinberg, 1984: x).

Etapas de la crisis

Todos los datos a nuestro alcance apoyan la tesis de que antes de 1977 el consumo y comercio de heroína eran casi desconocidos en España⁴, aunque había morfínomanos yatrogénicos⁵ de edades y características distintas a las de los futuros heroínomanos callejeros (véase, por ejemplo, González Duro, 1979). Mientras que en el verano

⁴ Lo que había crecido considerablemente en esa fecha era el uso de derivados de la *Cannabis* (especialmente hachís marroquí), que había contribuido a transformar la cultura juvenil desde los primeros años setenta (Romani, 1983a, 1983b).

⁵ Esto es, «enganchados» tras un tratamiento médico.

de 1978, los consumidores de heroína en España podían aún contarse por decenas o, a lo sumo, por centenares, en 1982 había ya en España decenas de miles de jóvenes que habían aprendido a inyectarse opiáceos que conseguían en un creciente mercado negro, y que se consideraban a sí mismos adictos a la heroína. Hablamos de opiáceos y no sólo de heroína, porque muchos futuros «heroinómanos» se iniciaron en la práctica endovenosa usando otras sustancias, a menudo obtenidas en farmacias (ver Gamella, 1991; 1994).

La expansión de la heroínomanía en España tuvo su primera fase en los años 1977 y 1978, cuando los primeros *yonquis* se hicieron visibles y la atención pública se concentró en el uso local de esa droga. La expansión alcanzó niveles «epidémicos» en la segunda fase, entre 1979 y 1982, para llegar a su cénit en la tercera, entre 1983 y 1986, en unas condiciones político-jurídicas específicas⁶, que produjeron la definitiva institucionalización del problema. Desde 1987 la crisis entró en una nueva fase, disminuyendo el número de nuevos usuarios, mientras crecían la morbilidad y mortalidad de los heroinómanos a consecuencia de sus formas de vida, así como por la expansión del SIDA. En esta fase se extendió el uso de heroína fumada (a menudo en «mezcla» con cocaína), que los usuarios percibían como menos peligroso que el uso parenteral⁷.

En los últimos años, sobre todo a partir de 1991 y 1992, la crisis ha perdido su agudeza convirtiéndose en «endémica»: hay menos nuevos heroinómanos y el problema se concentra en una población cada vez más envejecida y circunscrita a ciertos entornos. A la vez, se están redescubriendo los problemas asociados a otras drogas, como el alcohol o la cocaína, y se predicen nuevas «epidemias» asociadas a otros psicofármacos, como las llamadas «drogas de diseño».

Varios indicadores independientes apoyan ese modelo, entre otros, los datos de solicitudes de tratamiento, admisiones hospitalarias y clínicas, confiscaciones de drogas ilegales tanto a nivel de importación como en los puntos de la venta al detalle, infecciones y enfermedades asociadas al uso intravenoso, muertes por reacción aguda («sobredosis»), y otros muchos indicios más difíciles de cuantificar y contrastar, pero apreciados una y otra vez por una multitud de profesionales médicos, sociales y policiales (ver, por ejemplo, Pallarés, 1995; De la Fuente *et al.*, 1995, SEIT, 1995; 1994; 1993; Camí y Barrio, 1993; Gamella, 1989, 1990, 1993, 1994; Hartnoll, 1992; Sánchez Payá *et al.*, 1990; Comas, 1985; DGPND, 1994, 1993, 1992; Funes y Romaní, 1985).

El fin del período crítico no quiere decir que los problemas derivados de acontecimientos ocurridos en esos años no sigan pesando sobre la sociedad española. Todavía y probablemente durante largo tiempo, los usuarios y ex usuarios de heroína son y serán los consumidores de drogas ilícitas que plantean el mayor número de demandas de atención médica y asistencial en nuestro país. Tampoco es demasiado improbable que vuelvan a aparecer nuevas generaciones de consumidores compulsivos

⁶ Éstos incluyen los cambios legislativos y procesales introducidos por el primer gobierno del PSOE (las «reformas» Ledesma), así como la intensa respuesta nacional e internacional que provocaron.

⁷ El consumo habitual de heroína fumada parece crear más problemas que el consumo de cocaína, que hace una población más amplia.

de opiáceos utilizando vías tradicionales o novedosas; por eso conviene seguir prestando especial atención al uso ilícito de opiáceos y opioides.

Una consecuencia de la crisis: heroínoctrismo

La crisis de la heroína dejó, entre otras importantes secuelas, una mayor sensibilidad social, familiar e individual para detectar y/o construir «problemas» asociados al uso de drogas, sobre todo a los usos ilícitos. No en balde, uno de los legados de esa crisis ha sido una estructura institucional específica, pública y privada, extendida tanto a nivel local como autonómico y estatal, que incluye a expertos, organismos y agencias dedicadas a conocer, prevenir y tratar los problemas derivados de los usos de sustancias psicoactivas y que se dedica, entre otras cosas, a detectar síntomas de la extensión de los usos de drogas y a monitorizar la evolución de los problemas asociados.

Esa estructura de tratamiento, prevención e información ha surgido principalmente en relación a los problemas causados por la heroínoctrismo y es todavía fundamentalmente heroínoctrinista. De hecho, durante un tiempo se presumía que la expansión del uso de cocaína derivaría en una nueva «crisis de drogas» con secuelas (e indicadores indirectos) semejantes a los que generaba el uso de heroína. Esa adaptación a la crisis previa condiciona, por lo tanto, nuestra visión de los nuevos usos de drogas y nuestra acción respecto a ellos. De hecho, los cientos de centros de tratamiento, de programas terapéuticos y de apoyo o prevención, incluso los expertos que los conducen no siempre se adaptan con facilidad a los nuevos retos y necesidades que plantean los usuarios problemáticos surgidos en la nueva fase que se inaugura alrededor de 1987.

Por otro lado, la población adulta española se ha vuelto muy sensible a los problemas de drogas sobre todo por haber vivido en los últimos años esa «epidemia» o crisis de drogas cuyas consecuencias han ido desfilando ante sus ojos, frecuentemente manipuladas, tergiversadas y ampliadas por los medios de comunicación e influencia. Esa sensibilidad asocia a los males genéricos de la «droga» cualquier nuevo uso del que se tenga noticia. Esos males se siguen identificando con los que causa la heroína o, mejor aún, con el destino de ese amplio sector de desafortunados politoxicómanos sobre los que han recaído la mayoría de los efectos de la crisis de la heroína. En los nuevos usos, sin embargo, ni los riesgos, ni los problemas, ni los ritmos con los que unos y otros se presentan coinciden usualmente con los que provoca el uso compulsivo de opiáceos.

Nuevos consumos, nuevas alarmas

Es precisamente en ese contexto de cambio y transformación en la percepción y el abordaje de los problemas asociados a las drogas donde se sitúan los nuevos usos sobre los que versa este estudio. Los nuevos usos de drogas son interpretados a la luz de los miedos y representaciones de «la droga» que se han generado en torno a la expansión de la heroínoctrismo.

Además de una popularización de la cocaína que coincide, aunque no tan estrechamente como desearían ciertos modelos simplistas, con una época de bonanza económica y crecimiento económico. La cocaína se ha convertido en una sustancia ampliamente utilizada por grandes sectores de población donde antes era casi desconocida. Tenemos ya algunos estudios bastante detallados de tal proceso, como el que realizaron en Barcelona Díaz, Barruti y Doncel (1992).

Los nuevos usos de alcohol, visibles sobre todo en cohortes juveniles, llevan gestándose varias generaciones, aunque se manifiestan sobre todo en la segunda mitad de los ochenta. En muchos casos se perciben elementos de una internacionalización (americanización si se quiere) de las pautas de ingesta de alcohol por ciertos grupos juveniles, que incluyen ritmos, percepciones y propósitos de la ingesta muy poco frecuentes antes en nuestro país.

Drogas de síntesis: el «éxtasis»

A mitad de los ochenta comienza a extenderse en nuestro país el uso de ciertos derivados anfetamínicos de sustitución, sobre todo la MDMA y sus congéneres o diversos preparados que se ingieren como tal. Esos preparados, que se presentan en forma de comprimidos y, en menor medida, de cápsulas, reciben diversos nombres entre los usuarios, el más popular el de «éxtasis», pero también «pastillas», «pastis» y «pirulas», y abren el camino a la popularización de una nueva categoría de drogas, producidas clandestinamente en laboratorios basándose en el inmenso poder creativo de la química moderna: las drogas «de diseño» o de síntesis.

En estos años ha predominado, y aún predomina, una visión de esas drogas que fomenta el experimentar con ellas (¿quién no querría probar, al menos una vez, algo que se ofrece como «éxtasis»? y que las considera divertidas, estimulantes y relativamente seguras, sobre todo en relación con la heroína. Nuestro trabajo ha detectado reiteradamente que existe poca prevención o precaución respecto a la experimentación con este tipo de sustancias, incluso por parte de personas que no consumen habitualmente ninguna droga ilícita. En este sentido, resulta más evidente la percepción relativamente benigna de las «pastillas» si la comparamos con la que se tiene de otras sustancias, en especial de la heroína. La heroína es otra cosa; hay un rechazo incluso a probarla, incluso a saber qué es, qué efectos produce. Como apuntaba un informante cualificado:

Hay muy poco miedo, a la gente no le corta, a la gente no le da miedo probarlas... hay mucha gente que no toma drogas, a lo mejor, si se lo ofrecieran y le garantizaran que son más o menos tranquilas... y probarlas las está probando mucha gente... Hay una gran curiosidad por probarlas, y muy poco miedo. No hay miedo de probarlas, la gente tiene interés por conocerlas, por saber qué pasa, de qué van... no es lo mismo con la heroína, que hay un rechazo incluso a probarla...

(Samuel, nacido en 1966, residente en Madrid)

Muchos otros informantes confirmarían esas impresiones de Samuel. Por ejemplo, Blanca, una usuaria de «éxtasis» de dieciocho años que mantiene pautas regulares de uso de diversas drogas, nos respondía:

¿La heroína la has probado?

Qué va, ni quiero.

¿Por qué?

Qué va. Eso es caer bajo. La heroína es caer bajo. No sé. Yo, y a mí me han explicado lo que es, lo que se siente con eso, ¿sabes? Dicen que es como un, como un orgasmo en el estómago y en todo tu cuerpo, ¿sabes? Pero luego que va. Y a los cinco minutos necesitas más, y luego más, y luego más. Qué va, tío. Y para estar todo el día tirada por ahí. Yo lo veo bajo.

¿Qué opinión tienes de los yonquis?

Los yonquis... mira, ahí pasa uno. Pues que na, que son asquerosos vaya, repugnantes. Los yonquis es que se les queda hasta la cara de yonquis. Sabes perfectamente cuándo una persona es yonquí o no [...] su cara, sus ojos, la forma de andar siempre y... y todo.

(Blanca, nacida en 1976, residente en Málaga)

DROGAS DE SÍNTESIS: ALGUNAS PRECISIONES BÁSICAS

En rigor, la aparición de las drogas de síntesis coincidiría con el de la química moderna, en la que se manipulan derivados vegetales y minerales para producir específicos que no existen en la naturaleza. Podríamos remontarnos a la síntesis de la morfina por Sertürner en 1803, o de la cocaína por Niemann en 1860 o, aún mejor, a la generación de derivados parcialmente sintéticos o semisintéticos de esos alcaloides «naturales», como la heroína, sintetizada en 1898 reaccionando morfina con ácido acético. Pero será ya en nuestro siglo cuando se produzca una eclosión de fármacos enteramente sintéticos, muchos de ellos con un efecto especialmente animoactivo.

Esta explosión o revolución farmacológica, gestada durante siglos, ha transformado la psicoterapéutica dotando a médicos, psicólogos y psiquiatras, pero también al público en general, de un arsenal farmacológico muy amplio con el que afectar su vida afectiva y mental. Los barbitúricos, las anfetaminas, los psicodélicos como el LSD y, tras la Segunda Guerra Mundial, las benzodiazepinas, los opioides sintéticos y otros muchos psicofármacos de enorme potencia, especificidad y variedad, que se producen además en grandes cantidades y pueden ser masivamente distribuidos, no sólo expanden, sino que transforman cualitativamente el uso de tales específicos entre la población.

La lucha por regular y controlar el uso de tales sustancias ha sido uno de los temas centrales de nuestro siglo, asunto de extraordinaria importancia profesional y política, que se entronca con un movimiento puritano primero e ilustrado después por regular las sustancias psicoactivas, y que acaba convergiendo en el importante prohibicionismo contemporáneo (ver Gamella y Martín, 1992; Escotado, 1989; Musto, 1987; Courtwright, 1982; Berridge y Edwards, 1982).

¿Drogas de diseño o drogas de síntesis?

En este contexto de innovación química y prohibicionismo, sobre todo en Norteamérica, donde aparece el concepto de «drogas de diseño», un concepto más socio-

político que farmacológico. Se trataría de psicofármacos sintéticos producidos de forma clandestina, que semejan algunas de las drogas ilegales o ilícitas de amplio consumo, y que pueden generar amplia demanda. Parece que el término «designer drugs» fue acuñado por Gary Henderson, un farmacéutico de la Universidad de California, en los años sesenta incorporando ese doble sentido:

1. Drogas que podían fabricarse en laboratorios clandestinos y que podían «diseñarse» a la medida del consumidor para imitar los efectos de otras drogas cuyo tráfico era delito.

2. Drogas que, por su novedad estructural, no podían estar incorporadas en los estatutos legales, evitando así la persecución penal. Es decir, se trata de productos aún no registrados como ilegales que aprovechan el hueco legal que se derivaba de su novedad química.

Estas dos características, semejanza a drogas ampliamente demandadas y novedad química que permite el soslayo temporal de la prohibición, son dos de los aspectos centrales de la popularización de este tipo de drogas. Por un lado, ofrecen materia para el creciente deseo de acceder a estados alterados o inusuales de conciencia y experiencia usando principios psicoactivos, que caracteriza a amplios sectores de la juventud occidental, y, por otro, permiten transgredir impunemente normas y leyes que no se respetan; esto es, burlar la persecución de la manufactura, la distribución o el consumo de drogas ilegales (Roig Traver, 1990: 544).

El concepto de «drogas de diseño» no es, sin embargo, muy preciso o riguroso ni química ni farmacológicamente; más bien se trata de un término que describe felizmente cierta situación social respecto a fármacos sintetizados en laboratorio que no se han explotado comercialmente por carecer de usos mercantiles o terapéuticos y que se «redescubren» como drogas recreativas (Cabrera y del Río, 1994: 49). Hay por lo tanto un proceso social de reformulación o redefinición cultural de estas sustancias que se acentúa sobre todo cuando se produce un uso masivo de ellas. Pero no suele tratarse de drogas nuevas u originales, ni tampoco de drogas elaboradas o sintetizadas «a la carta», o sea, diseñadas con un objetivo específico, sino drogas sintéticas conocidas para las que en un cierto momento se encuentra mercado, satisfaciendo nuevas demandas o sustituyendo a psicofármacos controlados. Hablamos por eso de **drogas de síntesis** química y ése es el término que usaremos en este trabajo.

En este sentido, ni el concepto de drogas de diseño ni el de síntesis incluyen ni las nuevas presentaciones ni las nuevas formas de administración de drogas «naturales» o semisintéticas ya conocidas, tales como las formas de cocaína base para fumar («crack», «basuco»), ni la mezcla de cocaína y heroína («revuelto»).

Las drogas de síntesis y sus tipos

Existen miles de sustancias sintetizadas en laboratorios farmacéuticos que no han encontrado ningún uso terapéutico o comercial relevante, en sentido amplio, y que podrían incorporarse al uso recreativo, hedonista o lúdico e ilícito, lo que muchos denominan «abuso». El interés por esas formas de uso ha provocado en varias ocasiones

el incremento del consumo de drogas de síntesis de tres formas fundamentales: Por un lado, como sustitutos de drogas «naturales» o semisintéticas ampliamente demandadas, como la morfina, la heroína, la cocaína, el khat, etc.; por otro lado, como sustitutos de otras drogas sintéticas sobre las que se ejerce intenso control policial y judicial, como ocurre con el LSD; y, en tercer lugar, como nuevas drogas que despiertan nuevas demandas, algo siempre apreciado por algunos en una economía de consumo.

En muchas ocasiones hay grupos de usuarios que acaban prefiriendo las nuevas drogas de síntesis a aquellas drogas a las que vinieron a sustituir. Por ejemplo, algunos de los sustitutos o suplementos de la heroína que se han popularizado en el mercado norteamericano han llegado a tener una clientela que les es muy adicta. Por ejemplo: la meperidina y sus derivados, o la popular combinación de pentazocina y tripelenamina (*T's and Blues*), o la hidromorfona (Dialudid), o la buprenorfina, o las múltiples combinaciones de la codeína con opioides (llamadas en la calle «bits», «loads», etc.) se han convertido para muchos consumidores en sus drogas preferidas, identitarias o axiales, originándose así subpoblaciones de adictos con características sociodemográficas y pautas de uso diferentes a las de los heroínómanos originarios. Esto ha llegado a provocar que en ciertos períodos se haya visto aumentar el uso de congéneres y opioides incluso cuando la heroína se hacía más asequible.

Principales drogas de síntesis consumidas ilícitamente

Las principales drogas de síntesis que han surgido recientemente y se producen y consumen hoy ilícitamente en sustitución o combinación con la heroína, la cocaína y los fármacos legales pueden agruparse en los siguientes grupos fundamentales (Leiva *et al.*, 1996; Julien, 1995; O'Brien y Cohen, 1984; Camí, 1989, 1990):

1. **Opiáceos sintéticos u opioides:** sustancias análogas al opio y sus derivados como la morfina o la codeína, y entre los que destacan dos familias distintas, los derivados del fentanil y los de la meperidina.

Los «fentanilos» o derivados del fentanil constituyen una familia de agonistas opiáceos de formidable capacidad analgésica, que resultan entre 80 y 500 veces más potentes que la morfina y tienen un período de acción más corto, por lo que se usan extensamente en cirugía. En el mercado ilegal, el polvo de fentanilo se detectó por primera vez en California en 1979 con el nombre de «China White». Diez años después se habían identificado más de una docena de congéneres de esta familia, manufacturados clandestinamente en diversos Estados norteamericanos. Se trata de sustancias muy potentes que plantean serios problemas de dosificación y han sido responsables de más de un centenar de muertes por sobredosis o reacción adversa, sobre todo por su potente efecto depresivo sobre los centros nerviosos de control de la respiración (Julien, 1995: 250-253).

Los derivados de la meperidina (también conocida como pentidina) incluyendo el hidrocloreto que se viene utilizando ampliamente como analgésico (Demerol) son opioides similares farmacológicamente, aunque no estructuralmente a la morfina y sus derivados, y en algunos casos menos potentes (la meperidina es unas diez veces

menos potente que la morfina). Cuando se descubrió, despertó la esperanza de que podría sustituir a los opiáceos sin causar dependencia, una esperanza que se tornó, como en otros casos, infundada. Varios de los miembros de esta familia se han popularizado como drogas de síntesis producidas en laboratorios clandestinos. Un error en la fabricación de uno de estos derivados en Estados Unidos produjo uno de los casos más dramáticos de intoxicación lesiva producida por drogas sintéticas, al inducir síntomas de avanzado parkinsonismo en un amplio grupo de usuarios que probaron la partida tóxica. Este caso, como veremos más adelante, provocó cambios legales en el sistema norteamericano de control de drogas.

2. **Análogos de la fenciclidina**, o drogas del grupo de las arilciclohexilaminas, que incluyen la fenciclidina («PCP») y la ketamina, potentes anestésicos de efectos amnésicos que algunos catalogan como «disociativos» y que se han utilizado fuera del ámbito médico como drogas psicodélicas y alucinógenas.

La fenciclidina se desarrolló en 1956 y se usó durante un tiempo como anestésico hasta ser desechada por la frecuencia con la que provocaba agudas reacciones psiquiátricas, incluyendo alucinaciones, en los pacientes. Todavía se usa esta droga como anestésico o inmovilizador en veterinaria, sobre todo en el tratamiento de ciertos primates. En la «cultura psicodélica» de finales de los sesenta se constató la presencia de algunas partidas de fenciclidina, conocida en argot como «peace pill» o «PCP», la píldora de la paz. Volvió a constatarse su presencia entre 1971 y 1975 en combinación con otras drogas distribuidas en el mercado negro californiano, pero fue sobre todo a partir de 1975 y hasta mediados los ochenta cuando el uso de «PCP» se extendió en diversos contextos juveniles de toda Norteamérica, hasta convertirse en una de las drogas más populares, usándose sobre todo por vía oral o fumada, pero también inhalada o inyectada. Su uso parece haber decrecido desde entonces, aunque se aprecian nuevos «rebotes» periódicamente (Julien, 1995: 321-322).

La ketamina, estructuralmente emparentada con la fenciclidina, tiene también propiedades analgésico-anestésicas, pero provoca menos efectos indeseados, por lo que se usa ocasionalmente en medicina, sobre todo en aquellos pacientes que no toleran los efectos de depresión cardiovascular de otros anestésicos (Julien, 1995: 322-325). La ketamina provoca efectos de disociación del entorno, con intensa analgesia y amnesia, así como una serie de alteraciones cognitivas que algunos autores comparan con las de ciertas psicosis endógenas (Kystal *et al.*, 1994). Su uso no terapéutico se ha constatado en diversos grupos norteamericanos y europeos, asociándose en los últimos años con algunas modas musicales y festivas dentro de la escena «tecnó», sobre todo en Gran Bretaña.

Ni los fentanilos ni los análogos de la fenciclidina se han consumido apenas en España hasta la fecha. Hemos localizado, sin embargo, algunos usos de ketamina en nuestro país, generalmente en usuarios experimentales y experimentados en el uso de otras muchas sustancias psicomiméticas.

3. **Derivados de la metacualona**, un neurodepresor sintetizado en 1951 y que se usó en los años sesenta como hipnótico y ansiolítico en sustitución de los barbitúricos de acción breve. La metacualona presenta intensos efectos de sinergia con el alcohol, los barbitúricos y las benzodiazepinas, por lo que se ha visto involucrado en into-

xicaciones serias e incluso letales. Su uso recreativo se popularizó en diversos países en los años setenta y ochenta. En Estados Unidos, a primeros de los ochenta, «el uso ilícito de metacualona aumentó dramáticamente, llegando a colocarse segundo tras el alcohol y la marihuana. Tal atención se debió a su injustificada reputación como afrodisíaco» (Julien, 1995: 64). En 1984 se retiró del comercio, lo que provocó la aparición de laboratorios clandestinos que manufacturaron diversas imitaciones de las marcas más populares, como los «Qualudes», así como de otras que todavía proliferan, sobre todo en el mercado negro estadounidense.

En España se ha consumido frecuentemente en diversos entornos juveniles junto a una variedad de preparados farmacéuticos que se derivaban al consumo ilícito, como anfetaminas, anoréxicos y diversos sedantes e hipnóticos. A finales de los setenta y primeros ochenta, muchos jóvenes que participaban en las nuevas subculturas «drogofílicas», que desembocarían en la crisis de la heroína, utilizaron abundantemente la metacualona, bajo el nombre específico de «Torinal», generalmente en combinación con otras drogas y a veces en sustitución de los opiáceos.

4. **Otras drogas de difícil clasificación.** Recientemente están apareciendo en el mercado ilegal europeo una variedad de sustancias que, o bien eran desconocidas como drogas de uso ilícito, o bien se distribuían ya en algunos de los submercados ilícitos que existen en Estados Unidos, seguramente el país más variado desde el punto de vista de los entornos y escenas «drogofílicas» que allí proliferan. Entre estas «nuevas» drogas de laboratorio citaremos las siguientes:

— El Oxibato sódico, o **GHB (Gamma Hidroxibutirato)**, que ha aparecido en el Reino Unido en «raves» y discotecas «bouse» como una «*smart drug*» o «droga inteligente» que pretendidamente potencia la capacidad mental. Es un anestésico depresor que se usa, sin embargo, para estimular la hormona del crecimiento y se ha usado ilícitamente entre culturistas y deportistas para aumentar su rendimiento. Parece incrementar los efectos del etanol, droga con la que algunos usuarios tienden a combinarla (Leiva *et al.*, 1996). Hemos detectado el comercio y el uso de esta sustancia en ciertos entornos veraniegos y en «fiestas» multitudinarias en zonas turísticas españolas, introducida por ciudadanos británicos que la vendían entre los asistentes. En 1995 y 1996 la hemos encontrado también en entornos «fiesteros» de Madrid y Barcelona.

— El **aminorex** y el **4-metilaminorex**, estimulantes del SNC con efectos semejantes a los de las anfetaminas y que resultan relativamente fáciles de sintetizar. Estas sustancias circulan por el mercado ilegal norteamericano y aparecen con frecuencia en las comunicaciones forenses especializadas. En Europa, se introdujeron como anoréxicos legales en 1965, aunque debido a sus frecuentes efectos negativos en diversos pacientes fueron retiradas del mercado legal (Leiva *et al.*, 1996).

— La **metcatinona** o **efedrona** (conocida en el argot como «Cat» o «Goob»), sustancia estructural y farmacológicamente semejante a la efedrina y la metanfetamina, cuyo uso se ha popularizado en ciertos ambientes norteamericanos, siendo ya bastante popular en países del centro y este de Europa, sobre todo en Rusia y algunos de los Estados independientes de la antigua URSS.

5. **Derivados anfetamínicos**, por sustitución de alguno de los grupos moleculares de la estructura básica de fenilalkilamina. Muchos de los fármacos de síntesis popularizados en las últimas décadas incluyen miembros de este grupo, como la MDA, la MDMA («éxtasis»), la DOM, la DOET, etc. Todos tienen en común la estructura feniletilamina, que las emparenta químicamente con la mescalina, y también con los neurotransmisores monoamínicos, como la norepinefrina, la dopamina y la serotonina (ver gráficos en Camí, 1995). La estructura primaria de la molécula de anfetamina tiene un formidable potencial para la modificación sintética por sustitución de enlaces tanto en el anillo aromático como en la cadena lateral o en la molécula amina. Combinando las pautas de sustitución más frecuentes se cuentan por decenas y hasta por cientos los posibles derivados, que habría que duplicar o triplicar si se consideraran isómeros (Remberg, Nikiforov y Buchbauer, 1994). Parece que las sustituciones en el anillo bencénico producen sustancias con cierto poder alucinógeno o de distorsión cognitiva o perceptiva, que puede ser intensa y prolongada, como en el caso del DOM (o «STP»: «serenidad, tranquilidad, paz» en argot), o la DOET, o más suave como en el caso de la MDMA («éxtasis» o «adam») o la MDEA («eva»), mientras las sustituciones de enlaces en la cadena lateral generan sustancias principalmente estimulantes (ibídem).

En las últimas décadas han ido apareciendo numerosos análogos de la anfetamina manufacturados ilegalmente y son las drogas pertenecientes a este último grupo las que nos conciernen en este informe, puesto que son las que se han popularizado en España recientemente, sobre todo la MDA y sus congéneres más cercanos como la MDMA. Repasaremos, por eso, brevemente la historia de estas sustancias.

MDA: la «droga del amor»

En 1910 se desarrolló la MDA por Mannish y Jacobson, dos químicos alemanes que describieron un simple procedimiento para su síntesis. Esta droga parecía combinar los efectos de la mescalina y de la anfetamina, compuestos con los que guarda semejanza estructural. A dosis bajas entre sus efectos se encuentran la dilatación de las pupilas (midriasis), un aumento de la presión arterial y del pulso. Al incrementar la dosis, se aprecia hipertermia con marcada sudoración, rigidez muscular, euforia, aumento de las sensaciones táctiles, y en dosis mayores puede llegar a producir distorsiones perceptivas e incluso alucinaciones. En un principio no se le concedió mucha importancia a esta sustancia. En 1939, Gun, Gurd y Sachs la empezaron a usar en sus trabajos sobre las funciones de la adrenalina y en 1941 se experimentó su posible uso en el tratamiento de la enfermedad de Parkinson, «siendo rápidamente desestimada al comprobarse que no sólo no rebajaba la rigidez muscular, sino que la aumentaba» (Roig Traver, 1990: 548). Después se utilizó también en psicoterapia, como coadyuvante de la práctica analítica. Pero al estimarse su toxicidad, estos usos se descartaron. La dosis activa habitual es de 50 a 150 mg. Los efectos comienzan a percibirse entre media y una hora después de la ingesta y pueden durar entre ocho y doce horas.

MDMA: el «éxtasis»

La MDMA o 3,4-metilendioxitmetanfetamina, vulgarmente conocida como «éxtasis», pero también como «E», «X», «XTC», «ADAM» y, en nuestro país, como «pastillas», «pastis» y «pirulas», es un análogo n-metilado de la MDA y, como esa droga, única en el sentido de estar emparentada con la mescalina y las anfetaminas. En su forma pura se presenta como un polvo blanco de sabor amargo. Rara vez, no obstante, se encuentra así en la calle, donde suele distribuirse en forma de clorhidrato y mezclada con sustancias de soporte como lactosa o manitol y, en menor medida, con otras psicoactivas, como la cafeína o las anfetaminas, y en cápsulas o tabletas de colores.

La MDMA fue sintetizada en 1912 por químicos de la compañía alemana Merck, que pensaron que podría ser útil en la supresión del apetito, patentándose así en 1914, aunque no se le encontraron usos comerciales ni terapéuticos y no llegó a pasar la etapa preclínica (Camí, 1995: 1). En los primeros años cincuenta, diversas secciones del ejército y la armada norteamericanos experimentaron también con este fármaco por su posible utilidad bélica, constatándose su potencial toxicidad en varias especies animales.

En los sesenta comenzó a usarse como droga psicoactiva en el movimiento «underground» norteamericano vinculándolo a otras sustancias pretendidamente psicodélicas y visionarias, atribuyendo su síntesis a Shulgin, un químico famoso por sus investigaciones sobre alucinógenos, quien en 1962 había sintetizado el DOM, el TMA-2 y otros congéneres, y quien ha cantado posteriormente las excelencias de algunos de estos derivados de los que afirma «haberse enamorado» (Shulgin y Shulgin, 1991).

En términos de su uso popular, la MDMA es esencialmente la sucesora de la MDA, la «droga del amor» de la contracultura de finales de los sesenta y primeros setenta... Rápidamente adquirió gran reputación por producir una euforia sensual y fácil de controlar. En 1970, la MDA fue incluida en la lista I del recién creado Controlled Substances Act (CSA), junto con prácticamente todas las drogas psicodélicas conocidas en ese momento. Como la MDMA era casi desconocida en 1970, no fue incluida en la lista de drogas ilegales (Beck y Rosenbaum, 1990: 304).

Pero fue a finales de los setenta cuando comenzaron a acumularse las evidencias sobre la expansión del uso de MDMA en diversos entornos estudiantiles y contraculturales norteamericanos, a la vez que comenzaba a popularizarse su uso recreativo y se publicaban los primeros estudios sobre su farmacología (Shulgin, 1978). También se había extendido su uso en ciertas formas de psicoterapia, sobre todo de orientación analítica, como un elemento de ayuda al desbloqueo emocional y la comunicación personal (Shulgin, 1990, 1986; Beck y Rosenbaum, 1990; Peroutka, 1987; Eisner, 1989). La producción ilegal de la sustancia era entonces generalmente tarea de químicos aficionados que instalaron diversos laboratorios clandestinos, como el que existió en Marin County en el norte de California. En 1976, ese laboratorio aprovisionaba todo el estado con unas 10.000 dosis al mes. Tres años más tarde, esta cifra se había incrementado a 30.000, y en 1985 producía mensualmente 500.000 unidades. Al año siguiente, la droga se vendía en 21 estados, siendo más popular en los estados

de California, Texas, Nueva York y Nueva Inglaterra, así como en Canadá. En ese año se inició la distribución a Europa.

En los primeros ochenta esta droga tomó diversos nombres de argot, entre otros, «XTC», «essence», «clarity» y, el más popular, «éxtasis», y su uso aumentó dramáticamente. En 1983 el «éxtasis» se convierte en la droga favorita en ciertas discotecas y clubs de la ciudad de Dallas, en Tejas, donde es utilizada incluso por abstemios que no la consideran una droga. De su disponibilidad nos habla el hecho de que algunos usuarios la conseguían en pubs y clubs pagando con tarjetas de crédito. Para entonces la droga ya se había extendido también por diversos países de Europa asociada a varios movimientos culturales y a modas musicales (Beck y Rosenbaum, 1994, 1990; Korf y Verbraeck, 1993; Camí, 1990; Roig Traver, 1990).

La prohibición

Paralelamente había ido creciendo la información y la alarma pública sobre la sustancia, que en julio 1985 fue incluida por iniciativa de la DEA (Drug Enforcement Agency) en la lista I de sustancias controladas en EEUU. La MDMA pasó entonces a compartir con la heroína y el LSD el *status* legal de las drogas que se consideraban más peligrosas y a las que no se reconocía ningún uso terapéutico legítimo. Son muchos los expertos y psicoterapeutas convencidos de que la inclusión en esa lista, que dificulta la investigación controlada en humanos, se llevó a cabo sin suficiente información.

La inclusión de la MDMA en la lista de drogas consideradas más peligrosas y controladas supuso un dramático cambio en su *status* no sólo legal, sino también social y cultural, y pudo llevarse a cabo por la decisión unilateral de la cúpula de la agencia de control de drogas ilegales norteamericana debido a una especial legislación de emergencia que le había sido otorgada el año antes y que refleja los desafíos que las drogas de síntesis clandestina presentan al sistema de control internacional de manufactura y comercio de «estupefacientes».

En 1984, Estados Unidos promulgó el «Comprehensive Crime Control Act», también conocido como el «Emergency Scheduling Act», para limitar el período legal entre el descubrimiento de una nueva opción química en la calle y su inclusión en las listas de fiscalización, es decir, su «prohibición». El motivo que favoreció esta legislación de emergencia fue la microepidemia de parkinsonismo inducido causada por una droga de síntesis, la MPPT, que se vendió como MPPP, sustancias ambas análogas a la meperidina y neurotóxicas, que se fabricaron y distribuyeron ilegalmente en Estados Unidos a primeros de los ochenta. Las dosis de MPPT que circularon en la calle provocaron un serio deterioro neuronal en un grupo de decenas de usuarios, casi todos jóvenes, que llegaron a los hospitales con síntomas de parkinsonismo inducidos por lesiones cerebrales severas, progresivas e irreversibles. El caso fue tan dramático que se concedió al director de la DEA la autoridad para incluir cualquier droga en la lista primera de sustancias restringidas por un año, si consideraba que esa droga presentaba un riesgo inmediato para la salud pública. La primera vez que se usó este nuevo poder fue en relación al 3-metil-fentanilo, un fármaco que se

fabricaba ilegalmente y se vendía en la calle como sustituto de los opiáceos (Julien, 1995: 250-253). Este poder de la DEA fue el que le permitió incluir a la MDMA o «éxtasis» en la lista primera, convirtiendo su manufactura, distribución e incluso su posesión en un importante delito.

La polémica que siguió a tal medida y su rechazo por un grupo de psiquiatras y psicoterapeutas, quienes pleitearon para revocar la decisión de la DEA, contribuyó a concentrar la atención pública en esta droga. Casi todas las revistas y periódicos de difusión mundial concedieron amplio espacio a esa «maravillosa y peligrosa» sustancia, en artículos y reportajes que a menudo ofrecían una imagen «sensacionalista de sus pretendidas cualidades eufóricas y terapéuticas... Ese aumento en publicidad se vio acompañado de lo que pareció ser un incremento exponencial de su demanda en la calle» (Beck y Rosenbaum, 1990: 305). Hasta la década de los ochenta, por lo tanto, la MDMA había permanecido en segundo plano y su manufactura y consumo había sido muy restringida y propia sobre todo de entornos espiritualistas o psicoterapéuticos (ver Saunders, 1995; Beck y Rosenbaum, 1994). A partir de entonces, el éxito de esta sustancia superó a todos sus predecesores, llegándose a convertir en objeto de consumo masivo en varios países europeos y en Australia, generándose «una nueva ola de consumo de MDMA en los países occidentales» (Camí y Farré, 1995: 1). Esa ola se apoya «en el consumo recreativo entre grupos de jóvenes que se reúnen masivamente en grandes discotecas en las que se emite la denominada música "máquina". Una música evolución del "high tech", de lírica repetitiva a ritmo muy acelerado en la que predomina la percusión y que se emite a un volumen muy alto con proyecciones computerizadas de vídeo y láser, en fin, una ceremonia en la que el *disc jockey* adquiere un protagonismo central» (Camí y Farré, 1995: 1-2).

La MDMA y la MDEA son activas en humanos a partir de los 70-100 mg (o a partir de 0,8-1 mg/kg de peso), y comienzan a producir efectos en menos de media hora, la mayoría de los cuales desaparecen entre cuatro y seis horas más tarde. Hay una considerable polémica respecto a los efectos que produce esta sustancia y sus más cercanos congéneres (como la MDEA, o «Eva», recientemente popularizada también como «éxtasis»). El debate concierne tanto los usos psicoactivos primarios como los efectos adversos inmediatos o los daños permanentes que pudieran producir los usos reiterados, entre los que algunos incluyen las lesiones neurológicas que el uso intensivo produce en animales de laboratorio. Dedicaremos todo un capítulo a analizar los efectos de estas sustancias en el contexto español (ver capítulo 5).

EL USO INTERNACIONAL DEL «ÉXTASIS»: UN PRODUCTO GLOBAL

El uso de MDMA se ha popularizado recientemente en otros países desarrollados (Reino Unido, Alemania, Holanda, Australia, entre otros), asociado a la expansión de ciertas formas musicales y subculturales juveniles de origen británico («acid house», «rave» y «dance culture»), así como a espacios de gran importancia en cierta cultura del ocio juvenil como los nuevos «clubs» y las macrodiscotecas (ver Thornton, 1996; Saunders, 1995). Esos usos tenían directos antecedentes en la experiencia de grupos y entornos norteamericanos y, a su vez, el movimiento «rave» europeo está influyendo en el desarrollo de nuevos estilos y eventos semejantes en Estados Unidos en los

que el uso de MDMA y análogos encuentra nuevos significados y motivaciones. Estos procesos de acelerada difusión global de innovaciones conductuales son uno de los aspectos más importantes de esta «nueva ola» en el uso de drogas.

Inicios de la expansión del «éxtasis»: Estados Unidos

En los setenta y la primera mitad de los ochenta se fue extendiendo el uso de MDMA en diversos ambientes y poblaciones norteamericanas. En su estudio sobre ese período, Beck y Rosenbaum han definido cuatro «universos sociales» fundamentales donde se popularizó entonces el uso de esta droga sintética: 1) entre estudiantes universitarios; 2) entre jóvenes (y no tan jóvenes) profesionales; 3) entre homosexuales, y 4) entre «*new agers*» en pos de experiencias espirituales y terapéuticas. Además, los autores han analizado la rápida expansión del consumo de «éxtasis» en tres escenas cada vez más amplias y populosas: 1) entre los «*deadheads*», seguidores de la banda de rock «psicodélico» Greatful Dead; 2) entre los «festeros» visitantes de «la noche» en Dallas (Tejas) entre 1983 y 1985, y, más recientemente, 3) entre los «*ravers*» contemporáneos que, surgidos en Europa, sobre todo en Inglaterra, han influido en el desarrollo de una escena norteamericana de fiestas multitudinarias alrededor de la música «tecnomáquina» (Beck y Rosenbaum, 1994).

Masificación del consumo recreativo en Europa

En Europa, en los noventa, los usos de MDMA o «éxtasis» han sido fundamentalmente recreativos, lúdicos y públicos, asociados a conciertos, discotecas y fiestas multitudinarias. Los usos espiritualistas, cuasi-religiosos o psicoterapéuticos han jugado un papel mucho menos importante que en los orígenes del uso de MDMA en Estados Unidos. En Europa el uso de estas sustancias se ha masificado y vulgarizado.

Reino Unido

En el Reino Unido se ha hecho un uso muy amplio del «éxtasis», primero dentro de un estilo y movimiento juvenil, cuyos eventos centrales eran conciertos y «*raves*» —reuniones multitudinarias para bailar al son de una música fuerte, radical, sintética, que se llamó «*acid house*»—, y después de forma más generalizada. En los últimos años, diversos autores han señalado que la MDMA y sus análogos podrían estar sustituyendo a la marihuana y al LSD, como las drogas más utilizadas por los jóvenes británicos en su introducción al uso de drogas ilegales (Gilman, 1992).

El gran salto en la expansión del uso de MDMA se produce en el verano de 1988, sobre todo en Londres, Manchester y otras grandes ciudades inglesas de la mano de la publicidad concedida a un movimiento musical que alarma a la opinión pública y a las autoridades británicas: el *Acid House*, que se manifiesta en sus eventos centrales, los «*raves*».

Pequeñas cantidades de MDA y sus derivados habían estado entrando en Gran Bretaña desde el comienzo de la década. A partir de 1985 se incrementan las confiscaciones policiales de estas sustancias (ver capítulo 5). A primeros de 1987 se descubre un laboratorio en el oeste de Londres que produce MDMA, lo que confirma que ya se produce dentro del país. En el verano de ese año ya se percibe la presencia de MDMA en las principales ciudades británicas. La confirmación de la eclosión del uso de estas sustancias, sin embargo, vendría en 1988 de la mano del rechazo del movimiento Acid House, los «raves» o la «dance culture», un estilo que existe ya en 1985, pero que se popularizará tras el sonado verano de 1988 (Thornton, 1996; Redhead, 1993).

Desde finales de ese año, el uso de MDMA y sus congéneres entrará en una fase de rápida expansión en todo el Reino Unido, abarcando a usuarios que no siguen ya la moda del «Acid House», aunque siguen existiendo locales y música disco sintética como elemento importante del ocio juvenil británico, exportado y adoptado por otros países, entre otros España. En los últimos años, el uso de «éxtasis» se ha extendido en muchos grupos sociales distintos de los «ravers» o seguidores del la «Acid House». Es popular, por ejemplo, entre jóvenes seguidores de fútbol y tradicionalmente bebedores de alcohol.

A pesar de la obsolescencia probable del estilo de cuya mano se popularizó, «la MDMA, lejos de ser una “moda cara y efímera”, se ha establecido rápidamente como una parte esencial de ciertos círculos de usos de drogas en Gran Bretaña» (Redhead, 1993: 10).

Un elemento que también encontramos en otros países europeos que habían vivido en la década anterior la «crisis» regional de la heroínomanía es el rechazo y desprecio que manifiestan los «extasiados» y «ravers» en relación a la heroína y los opiáceos en general, así como hacia los «yonquis» respecto a los cuales quieren mantener una distancia y diferencia radical (Redhead, 1993: 10).

«Acid house», «rave» y «éxtasis»

La simbiosis de una droga y una sensibilidad músico-festiva es un hecho reiterado en las oleadas de nuevos estilos juveniles. Ocurrió con los derivados de la cannabis y el rock en los sesenta y con la música psicodélica y el LSD tras el «verano del amor» de 1967, cuyo reflejo muchos han observado en el verano de 1988, cuando surge el «culto» del «acid house», con su acontecimiento o liturgia central, el «rave», un tipo de fiesta de baile con música sintética:

El rave es una fiesta donde se baila una música que tiene sus orígenes en el acid house de Chicago, el techno de Detroit y el garage de Nueva York, que a su vez habían evolucionado de los estilos de música bailable que se tocaban sobre todo en los clubs gay (negros), especialmente The Warehouse en Chicago y Paradise en Nueva York (Rietveld, 1993: 41).

Se trata de un estilo sintético, ecléctico y posmoderno que mezcla elementos musicales norteamericanos con elementos de música «disco» en ritmos sintéticos muy

rápidos y monótonos, buscando recordar originalmente el sabor de las discotecas de las noches del Mediterráneo. En ese nuevo estilo musical, que ya se había anunciado en Manchester en 1986 y 1987, aunque alcanzará una forma propia en el verano de 1988, parece haber jugado un papel decisivo la estancia de varios de sus iniciadores en Ibiza:

(...) el *acid house* nacía de esa nostalgia, y cuando al final del verano del 87 regresaron a casa en Londres y su morriña del verano les llevó a intentar recuperar en Inglaterra el espíritu de Ibiza. En noviembre, el Shoom Club abrió sus puertas a una multitud de conspicuos ex turistas vestidos en un llamativo conjunto de camisetas, pantalones y turbantes con el logo de *Smiley* recientemente adoptado y confiriendo una cierta pertenencia subcultura (Melechi, 1993: 33).

El «beat», el latido de esa música, genera una nueva forma de baile, el «trance dance», o danza para entrar en trance al son de una música producida con sintetizadores, despojada de mensajes o contenidos significativos; una música directa y repetitiva que tiene como centro un ritmo hipnótico, un latido insistente que proporciona la mínima información requerida por el cuerpo que baila (Melechi, 1993) y que es, por lo tanto, psicodélica por su propia cuenta (Lyttle y Montagne, 1992). Esa nueva forma musical, que recoge temas y melodías diversas sin perder su carácter machacón, ha generado un nuevo tipo de escenario juvenil, una nueva forma de entender el baile en masa, el «rave» o fiesta «salvaje», una congregación de cientos o miles de jóvenes bailando al son de esa música durante horas y horas sin ningún fin ulterior.

En este nuevo movimiento juvenil, el «éxtasis» se considera un catalizador ideal, tanto para provocar la adecuada situación emocional como para favorecer la sociabilidad y la capacidad de bailar y bailar durante horas. El «éxtasis», ésa ha sido su fama, reduce drásticamente las «inhibiciones sociales y la necesidad de espacio privado» (Rietveld, 1993: 42). Y a los «extasiados» se les puede distinguir por la sonrisa permanente y universal que dirigen a todo el mundo —de ahí el signo de «*smiley*» que se asoció en sus primeras fases a esta droga y a esta música—. Otros elementos de distinción respecto a otros grupos y generaciones fue el afán purista de los primeros «*ravers*», que tenían a gala no consumir alcohol, sino que se inclinaban por el agua mineral que mezclaban con la nueva droga «sacramental» recién descubierta.

Además de la música, otros elementos visibles del estilo son su preferencia por locales industriales, la decoración industrial, el uso de luces de neón, la imaginería psicodélica a partir de láser e imágenes de ordenador, fractales, etc., signos todos fácilmente asimilables para los nostálgicos a los Acid Test «parties» de los sesenta en California (ver Stevens, 1987), aunque ahora no es el LSD la droga de elección, sino el «éxtasis».

Sólo algunos pocos de los más reflexivos o articulados partícipes en el movimiento eran capaces de expresar sus objetivos como un esfuerzo de conseguir mediante esas reuniones comunales, físicas, en las que la música dominaba sobre la palabra o la comunicación, y en las que se quería diluir todo significado posterior, la «desaparición de las realidades materiales diarias que se logra deshaciendo el “yo” construido en

un ritual dionisiaco» (Rietveld, 1993: 43). «Dejad que la música tome el control», dice una de las canciones populares del movimiento.

El hedonismo, el tribalismo, y cierto ecologismo contradictorio (que utiliza música y drogas sintéticas) y el rechazo durante horas del orden establecido para mejor soportarlo luego, son características centrales de este nuevo estilo juvenil. Sorprende por eso la dura y hasta furiosa respuesta social que ha provocado este fenómeno en Gran Bretaña, tanto por parte de los medios de comunicación como por las autoridades, y puede definirse sin exageración como una «reacción de pánico», es decir, un nuevo «pánico moral». El «acid house», surgido en los años culminantes del thatcherismo, sufrió una estigmatización y control que no se conocían desde los «pánicos morales» que los mods y los rockers produjeron en los sesenta. Esa respuesta todavía intriga a los estudiosos de este movimiento, sobre todo considerando su carácter apolítico, y el hecho de que su crítica al orden simbólico dominante se expresaba «por el intento de evitarlo completamente» (Rietveld, 1993: 43).

Primero, los medios de comunicación más sensacionalistas, ya en el otoño de 1988, demonizaron el movimiento que ellos llamaban «Acid House Party» asociándolo a una sexualidad desenfadada, lo que sirvió como publicidad gratuita, y los «raves» se convirtieron de la noche a la mañana «en un gran negocio». ¿Quién hubiera querido perderse algo así? Pronto la policía reaccionó con reiterados asaltos y redadas de los locales donde se bailaba, deteniendo a muchos de los participantes y criminalizando el fenómeno.

En 1989 se creó una poderosa demanda para esos acontecimientos que proliferaron a partir de ese verano, organizándose cada vez más profesionalmente y ya con un propósito claro de rápido lucro. En julio de ese año, el «rave» y el «éxtasis» volvían a atraer una intensa atención pública que culminó trágicamente cuando una adolescente murió en un club emblemático del nuevo estilo en Manchester, tras tomar MDMA, al parecer en dosis moderada. Unos meses después, en 1990, se promulgaba el decreto sobre «Entertainments (Increased Penalties)» específicamente diseñado para regular esas manifestaciones multitudinarias juveniles. También conocido como el «Bright Bill» por ser Graham Bright, un diputado conservador, su proponente. Establecía considerables sanciones (hasta 20.000 libras esterlinas o incluso sentencias carcelarias de hasta seis meses) por organizar «reuniones privadas» sin licencia, lo que parecía contravenir un derecho fundamental de los ciudadanos de un país democrático. Bright argumentaba que esas reuniones o fiestas molestaban a otros ciudadanos, favorecían la distribución de drogas ilegales y presentaban múltiples riesgos sanitarios y de seguridad frente a incendios, accidentes, etc. (Rietveld, 1993: 48).

El resultado de esa respuesta fue una rapidísima popularización nacional e internacional del movimiento con más participantes, más «empresarios» en busca de negocio y más atención pública. Lo que habían sido fiestas semiprivadas, se convirtieron en reuniones multitudinarias mucho más frecuentes y solicitadas (Thornton, 1996). El consumo de «éxtasis» se extendió incluso a ambientes distintos al del «acid house».

En los noventa, el estilo del «acid house» rebasa su entorno original, convirtiéndose en un amplio y fragmentario grupo de sonidos que sirven de sintonía a muchas formas distintas de expresión y ocio juvenil: la música «trance», «hardcore» o, en España,

«bakalao», «máquina» o «tecnomáquina» es ya patrimonio de un amplio sector de la juventud y, en este sentido, cada vez es más «convencional», lo mismo que las nuevas drogas con las que pudo asociarse en sus orígenes: esos derivados anfetamínicos de sustitución que siguen prometiendo el éxtasis en pastillas que pueden llevarse en un bolsillo.

Holanda

En Holanda, hasta la segunda mitad de los ochenta, el «éxtasis» «se usaba sólo por unos pocos grupos en contextos privados y a menudo semiterapéuticos y espiritualistas. Había sido introducida a través de redes de amigos desde Goa (India) y los Estados Unidos, sobre todo Chicago». A partir de entonces se ha extendido, primero en una «subcultura de vanguardia» asociada al «acid house», los «house parties» y los «raves», y luego de forma multitudinaria (Korf y Lettink, 1994: 380).

También en los Países Bajos, la extensión es multitudinaria porque la música tecno, máquina, rave o como queramos llamarla se ha popularizado hasta convertirse en «mainstream music», música popular juvenil que domina ya ambientes nada particulares o subculturales, sino grandes discotecas, radios y fiestas públicas y privadas. El uso de «éxtasis» ha ido, sin embargo, más allá incluso de esa música, con la que también mantiene aquí una peculiar simbiosis, generalizándose en amplios sectores juveniles (Korf y Lettink, 1994).

Tres estudios entre diversas poblaciones de riesgo encontraron que el «éxtasis» se ha extendido a finales de los ochenta y principios de los noventa. En uno de los estudios entre una muestra de usuarios regulares de cannabis en Amsterdam, los autores encontraron que el 28 por 100 había usado alguna vez «éxtasis»; una mayoría seguía consumiéndolo (Korf, Blanken y Nabben, 1991). En un estudio sobre adolescentes y jóvenes adultos problemáticos en programas de apoyo se encontró que uno de cada diez declaraba haber usado «éxtasis» en el último mes. En Kampen, una pequeña ciudad demográficamente homogénea, otro de los estudios informó que más de un tercio de todos los que acudían a los bailes de la zona habían consumido «éxtasis». En un 28 por 100 de los casos, los usuarios lo habían consumido en el último mes (Korf y Van der Steenhoven, 1993).

Entre 1991 y 1993 se realizaron cuatro encuestas entre estudiantes de diversas poblaciones y en diferentes áreas geográficas. La tasa de estudiantes que había probado alguna vez «éxtasis» fue máxima en Amsterdam, donde alcanzó el 5 por 100. La mayoría de los usuarios había consumido muy recientemente, por lo que las tasas de prevalencia de por vida y actual eran muy similares. El mercado de MDMA y análogos tiene su centro fundamental en Amsterdam, donde se realizan algunas de las mayores transacciones.

Otros países europeos

En otros países europeos se reportan también incrementos en el consumo y comercio de «éxtasis», que se ha configurado en los noventa como la droga nueva que

más se está utilizando en diversos contextos, aunque en ningún país se ha estudiado el fenómeno como en el Reino Unido y Holanda, que han liderado en diversos sentidos el proceso de extensión de esta droga.

La reciente revisión de las tendencias y los sistemas de monitorización de los nuevos consumos de drogas en Europa realizado por Korf y Würth para el Consejo de Europa confirma que esta región, a diferencia de lo ocurrido en Estados Unidos, «el «éxtasis» es entre las nuevas drogas mucho más importante que el crack» (1995: 5). «En Europa Occidental, el «éxtasis» se ha convertido en la segunda droga más popular —junto al cannabis— entre la gente joven», aunque los niveles de consumo sean todavía muy inferiores a los de los derivados del cáñamo (ibíd.: 7). La expansión del uso de «éxtasis» se ha comprobado en Alemania, Austria, Bélgica, Croacia, Dinamarca, Estonia, Finlandia, Francia, Hungría, Irlanda, Italia, Luxemburgo, Malta, Noruega, Portugal, Eslovenia, Suecia, Suiza y hasta Turquía.

En Austria se observa sobre todo en las fiestas y discotecas de los suburbios de Viena; en Croacia se estima que el 30 por 100 de los jóvenes en los «raves» de Zagreb baila bajo la influencia de la MDMA; en Finlandia, el «éxtasis» es la nueva droga más importante, aunque concentrado su consumo en el área de Helsinki (ibíd.: 12-14).

En Alemania se ha constatado el consumo de «éxtasis» en la mayoría de las grandes ciudades, aunque no parece haber alcanzado la extensión ni la intensidad que otras drogas, como el cannabis y la cocaína. Una encuesta domiciliaria entre adultos (18-59 años) encontró que sólo el 0,4 por 100 reconocía haber probado esa droga (ibíd.: 15).

En Italia también se reconoce al «éxtasis» como la droga de moda y algunas regiones reportan que están apareciendo notificaciones de problemas de salud relacionados con su consumo, sobre todo en combinación con el alcohol. Las estadísticas policiales son todavía, sin embargo, la fuente de datos fundamental en este país (ibíd.: 16).

«Éxtasis» en España

También en España se ha extendido el consumo de esas drogas de síntesis, parcialmente asociado a la popularización de una «escena» local de «fiestas» y discotecas de música «máquina» o «bakalao». Los inicios de la popularización de esos consumos se remontan a 1986 y 1987, cuando los medios de comunicación comienzan a informar sobre esta nueva droga con tal interés que no hubo diario o semanario que no publicase «un artículo o reportaje sobre la denominada “droga” o “píldora del amor”: el «éxtasis», nombre con el que comúnmente se conoce al MDMA o 3,4-metilendioxitamfetamina» (Roig Traver, 1990: 542).

A partir de entonces, como en los demás países de Europa, el uso de «éxtasis» ha ido atrayendo a diversos sectores poblacionales que conectan con diversos «universos sociales» y frecuentan «escenas» o «ambientes» variados.

El proceso ha despertado una enorme atención de los medios de comunicación e influencia en sucesivas campañas desde 1987. Al morbo y atractivo que acompaña cualquier información sobre nuevas pautas de consumo de drogas ilegales, asociada sobre todo con juventud, transgresión e ingentes beneficios, se añade en el caso del MDMA sus pretendidas virtudes afrodisíacas y sensuales, su poder como estímulo erótico. Un cóctel magnífico para atraer lectores y vender periódicos o programas para anunciarse en televisión. La «profusión informativa se ha producido en paralelo a la difusión de su consumo» (Roig Traver, 1990: 543), aunque en ocasiones lo haya precedido y estimulado. Ese proceso inevitable de realimentación entre la información y el consumo, entre los medios de comunicación (o persuasión) y entretenimiento y la realidad social, esa «reflexividad» que constituye un aspecto central del mundo en que vivimos (Giddens, 1990), no debe oscurecer el hecho de que cierto periodismo/industria del entretenimiento sirva de publicidad gratuita y poderosa de ciertas drogas y ciertas formas de uso.

En cualquier caso, el consumo de «éxtasis» ha resultado ser algo más que una moda pasajera asociada a un estilo musical efímero, y su uso se ha extendido entre amplios sectores de la población joven (y no tan joven) de nuestro país. Hoy es probable que se cuenten por cientos de miles los españoles que han consumido esas drogas sintéticas (ver DGPND 1995, 1996); algunos han llegado a hacer de su consumo un elemento importante en sus vidas. Tratándose de unas sustancias que nunca antes habían sido utilizadas frecuentemente por un número tan amplio de personas y cuyos efectos farmacológicos y clínicos permanecen todavía oscuros, son muchas las cuestiones que deberíamos responder, tanto por un interés científico en la vida social contemporánea, cuanto por una preocupación de salud pública respecto a los efectos que la expansión de tales prácticas pueda tener en una población eminentemente joven.

Hay ya varios trabajos nacionales donde se revisan los principales hallazgos de la literatura y la investigación internacional y que conciernen sobre todo a los mecanismos de acción farmacológica y la potencial neurotoxicidad de esta sustancia (Bobes *et al.*, Camí, 1995; Roig Traver, 1990); las últimas encuestas poblacionales también ofrecen algunos datos sobre la extensión y la demografía y ecología del uso (De la Fuente *et al.*, 1997; DGPND, 1996, 1995; CIS, 1994; EDIS, 1994); pero son muy escasos los estudios que analicen las características del uso y los usuarios de estas sustancias en nuestro país, los sentidos, motivos y percepciones de tales usos, los problemas que plantean o incluso el contenido mismo de las «pastillas» consumidas (entre estas últimas, véase: Bengoechea, Batlle y Batlle, 1993; Leiva *et al.*, 1996).

Por lo tanto, sabemos todavía poco respecto a quiénes usan estas sustancias, cómo, por qué y para qué se usan; dónde y cómo las adquieren los usuarios; qué contienen esas «pastillas» y cuáles son los efectos que causan en sus usuarios y cómo perciben e interpretan ellos y ellas tales efectos y, por último, qué riesgos y daños están causando y pueden causar estos nuevos consumos que se extienden en nuestro país, y hasta qué punto la expansión del «éxtasis» puede potencialmente derivar en problemas de salud pública. Este estudio pretende ofrecer respuestas empíricas a esas preguntas basándose en un trabajo fundamentalmente antropológico, esto es, holístico, multimodal y etnográfico, recogiendo datos sobre los usuarios de estas sustancias en los entornos en los que habitualmente las adquieren y las ingieren.

OBJETIVOS DE ESTE ESTUDIO

Objetivos generales

El objetivo general de este estudio es el de ofrecer una primera visión contrastada e integrada del consumo de «éxtasis» en España a partir del trabajo de campo antropológico en varias Comunidades Autónomas. Se trata de proporcionar un primer conjunto de datos válidos y fiables que permitan conocer mejor lo que está ocurriendo a este respecto en entornos juveniles no fácilmente accesibles por otras formas de investigación, facilitando con ello el diseño y la ejecución de políticas de prevención, asistencia o investigación de este proceso emergente, anticipándose en lo posible a los potenciales riesgos que tal proceso plantea.

Desde el punto de vista científico, la expansión del «éxtasis» ofrece un terreno fértil para estudiar cambios históricos y culturales que plantean cuestiones de gran relevancia, como, por ejemplo, los efectos que la «prohibición» de algunas drogas tiene sobre su percepción y consumo, la difusión internacional de innovaciones prohibidas, y la generación de nuevas formas de expresión y consumo juvenil en la sociedad industrial avanzada en que vivimos. Nuestro estudio pretende contribuir al conocimiento de estas cuestiones.

Objetivos específicos

Más concretamente, el estudio se propone:

1. Ofrecer estimaciones y modelos informados respecto a la extensión, la evolución temporal y la relevancia de estos nuevos consumos de drogas en España, así como su relación con otros procesos de cambio social en las poblaciones afectadas. El estudio se basa en la experiencia directa obtenida a partir de un intenso trabajo de campo etnográfico para interpretar desde esa experiencia los datos fragmentarios de que disponemos a este respecto.

2. Aportar una primera serie de datos válidos respecto a la demografía, ecología y epidemiología del consumo de «éxtasis» en España, es decir, respecto a las características socio-demográficas, culturales y geográficas de los usuarios. Contribuir, en suma, a producir el perfil o perfiles de los usuarios más comunes de estas nuevas drogas en nuestro país.

3. Aportar datos contrastados respecto a las pautas de usos de drogas de los usuarios de «éxtasis», relacionando esos consumos con las características socio-demográficas analizadas anteriormente. En este objetivo se engloba, por tanto, el esfuerzo por producir una tipología de usuarios de «éxtasis» en relación a la frecuencia, intensidad y compulsividad que tal consumo presenta y a delimitar los factores que se asocian con la pertenencia de los individuos a los diversos tipos delineados.

4. Aportar un conjunto válido y fiable de datos respecto a los motivos de los usuarios de «éxtasis» para iniciarse y/o perseverar en el consumo de esas sustancias, los efectos que asocian al consumo de tales sustancias, y las relaciones que se establecen entre motivos y efectos desde la perspectiva de los propios actores sociales.

5. Presentar una visión interna, procesual y biográfica de diversos casos de usuarios de estas nuevas drogas, así como de algunas de las «escenas» más habituales que se producen en torno a la adquisición y consumo de estas sustancias. El objetivo aquí es el de proporcionar una comprensión narrativa, humanista y empática de los consumidores como seres humanos histórica y culturalmente situados.

6. Proporcionar un modelo inicial de las pautas de adquisición y distribución de estas nuevas drogas en nuestro país y del origen, evolución y estructura del mercado de «éxtasis» español, así como de sus relaciones con el sistema de fabricación y distribución internacional del que forma parte.

7. Investigar el contenido real de las cápsulas y comprimidos que pretendidamente contienen «éxtasis» y que se distribuyen, se adquieren y se ingieren como tal. Pretendemos saber a qué llamamos «éxtasis» hoy en España y si se trata de una o varias sustancias, y hasta qué punto varía el contenido, dilución y adulteración de las sustancias de que se trate; esto es, proporcionar un perfil químico del «éxtasis» en España lo más contrastado posible.

8. Complementar nuestro conocimiento sobre los daños y problemas que los usos de estas nuevas drogas puedan estar generando en nuestro país, atendiendo tanto a los efectos adversos y tóxicos directamente atribuibles a la ingesta de «éxtasis» y su combinación con otras drogas psicoactivas, como por su asociación con comportamientos arriesgados en diversos ámbitos de la vida privada y pública, como pueden ser las relaciones sexuales, la conducción automovilística o la violencia. Pretendemos vincular las percepciones que de esos riesgos y problemas tienen los propios usuarios, con los datos intersubjetivos de otras personas e instituciones que entran en contacto con ellos.

Hemos dedicado un capítulo de este libro (del tercero al noveno) a presentar nuestros hallazgos en relación a cada uno de esos objetivos específicos; el capítulo segundo indica la metodología que hemos seguido para cumplirlos.

II

METODOLOGÍA

DISCUSIÓN METODOLÓGICA

El estudio del uso de drogas ilícitas y sus consecuencias, un comportamiento privado y reservado que genera poblaciones o universos «ocultos» u opacos, difíciles de delimitar y precisar (Lambert, 1990), plantea hoy muchas dificultades a la indagación social o biomédica. Los problemas fundamentales provienen de los sesgos inherentes a las fuentes de datos utilizadas y a los métodos y enfoques con que se analizan. Los problemas de validez, fiabilidad, exactitud y cobertura que presenta cualquier investigación social se ven agravados en el caso de los estudios del consumo y comercio de drogas, debido a la rapidez con que cambian estos procesos. Dos han sido hasta ahora las fuentes de datos más frecuentemente utilizadas para el estudio del uso de drogas ilegales en nuestro país: las encuestas poblacionales y los registros de las instituciones legales, clínicas, asistenciales y policiales que entran en contacto con los usuarios de drogas. El consumo de MDMA y otros derivados de sustitución anfetamínica en España es un fenómeno reciente y en expansión que, por su carácter ilícito, reservado y cambiante, no se presta a ser fácilmente investigado mediante estas dos formas habituales de obtención de datos. Cualquier investigación de este fenómeno que sólo se base en información obtenida a través de encuestas y datos de las instituciones que entran en contacto con los usuarios de estas drogas está abocada a proporcionar una imagen parcial y quizá distorsionada de la realidad. Para lograr una mejor aprehensión y comprensión de las distintas dimensiones de este fenómeno resulta imprescindible adoptar una estrategia de investigación etnográfica que combine el uso de múltiples fuentes de datos con un contacto directo con la población estudiada en los entornos habituales donde se producen las conductas estudiadas.

TRES GRANDES FUENTES DE DATOS

Encuestas poblacionales

Las encuestas de población consisten en un conjunto de entrevistas cerradas que se hacen a una muestra de individuos elegidos más o menos aleatoriamente en entornos accesibles y estandarizables, como los centros de enseñanza o los domicilios de los sujetos entrevistados. Los resultados de este tipo de investigaciones pretenden ser representativos de la totalidad de la población. Sin embargo, tal pretensión resulta difícil de alcanzar cuando se investigan conductas reprobadas socialmente como el uso de drogas de diseño, y especialmente el uso problemático. El estudio de estos comportamientos mediante encuestas o sondeos tradicionales presenta numerosos e importantes problemas, a veces de muy difícil resolución.

Para realizar un muestreo aleatorio normalmente se utilizan censos de población conocidos (de viviendas, electorales, etc.), que a menudo excluyen a grupos de personas (individuos sin casa, transeúntes, personas internadas en instituciones diversas, tales como hospitales, prisiones, centros de tratamiento de drogodependientes, etc.), entre los cuales es muy probable que existan usuarios de drogas ilegales. Estos errores muestrales resultan especialmente graves en los estudios sobre drogas ilegales, porque el número de usuarios suele ser pequeño en relación con la totalidad de la población (Hartnoll *et al.*, 1985).

Otras veces, aunque éstos u otros grupos de individuos (por ejemplo, estudiantes que residen durante los períodos lectivos fuera de su domicilio) se encuentren incluidos dentro de los censos, no son fácilmente localizables. Esto puede producir sesgos importantes en la selección de la muestra que finalmente responda a la encuesta, tales como una excesiva representación de las cohortes de mayor edad, en detrimento de las más jóvenes. Las personas mayores suelen permanecer más tiempo en sus domicilios, a la vez que suelen mostrar una mejor disposición a la realización de largas entrevistas, mientras que los jóvenes, más reacios a perder su tiempo contestando una encuesta, muchas veces no se encuentran en casa cuando el entrevistador los visita (Smart, 1985).

Las encuestas sobre los consumos de drogas, sobre todo ilícitas, presentan a menudo altas tasas (que suelen oscilar entre el 20 y el 25 por 100) de no-cooperación o no-respuesta (Bachman and O'Malley, 1981). Al tratarse de conductas sancionadas socialmente y en gran medida estigmatizadas, muchas personas se niegan a contestar los cuestionarios, o los dejan incompletos, para proteger su intimidad (Hughes *et al.*, 1982). En algunos estudios se ha observado una menor cooperación por parte de los individuos pertenecientes a grupos con un *status* socioeconómico medio-alto y alto (Smart, 1985). Además, la autoselección de un individuo como usuario de drogas para contestar a ciertas partes de la entrevista es un proceso difícil de controlar, y que puede conducir a importantes sesgos en la encuesta.

Aun presuponiendo el acceso de los entrevistadores a usuarios de drogas ilegales, el uso problemático de drogas suele quedar infrarrepresentado en las encuestas poblacionales a causa de los potenciales sesgos que introduce en la decodificación y acti-

vacación de esquemas el recuerdo de conductas muy repetidas y estereotipadas (ver Taylor y Fiske, 1991; Augoustinos y Walker, 1995), lo que es más serio precisamente en los usuarios más intensivos. Algunos autores han querido ver en estos errores cognitivos y nemotécnicos las discrepancias entre los datos de sondeos y algunos indicadores indirectos. Por ejemplo, en encuestas sobre uso de alcohol en Canadá se han observado diferencias de más de un 40 por 100 entre el consumo de alcohol reportado por los usuarios y las ventas reales de bebidas alcohólicas (Smart, 1985). Las encuestas quizá enfrenten esos problemas de reactivación esquemática y de errores de atribución de forma especial, al exigir de los entrevistados respuestas muy cerradas y uniformes a estímulos variados.

Se ha demostrado que en las encuestas a jóvenes hay varios factores circunstanciales y aparentemente insignificantes que pueden influir de forma notable sobre las respuestas: el nivel de privacidad en el que se lleve a cabo la entrevista (en presencia o no de alguno de los padres, profesores u otra persona) (Gfroerer, 1985); las características del entrevistador (Krohn *et al.*, 1975); y que el cuestionario lo rellene la persona entrevistada a solas o un entrevistador (Hochstin, 1967, Krohn *et al.*, 1975). Sin embargo, otros factores, como el grado de anonimato (King, 1970, Luetgert and Armstrong, 1973) o el lugar de realización de la entrevista (en casa/en el colegio) (Needle *et al.*; 1983, Zanes and Matsoukas, 1979), no parecen influir tan claramente sobre las respuestas de los informantes.

Además, los usos de drogas como las que nos interesan aquí son muy dinámicos y cambiantes, produciéndose importantes variaciones y oscilaciones temporales que afectan a la recogida e interpretación de los datos obtenidos mediante cuestionarios cerrados. Por otra parte, teniendo en cuenta la importancia del uso experimental en el consumo de drogas de diseño, su novedad y la curiosidad que han despertado, debemos esforzarnos que las propias encuestas no inciten a los no usuarios a probar las sustancias, sirviendo como promoción o incitación al uso y confundiendo los resultados.

Por todas estas razones, hay un creciente acuerdo entre los expertos en el uso de drogas respecto a que las encuestas deben ser utilizadas como una fuente más de información que ha de ser complementada o puede servir de complemento a otros métodos. Existe también bastante acuerdo respecto a que se deben primar los sistemas de encuestas reiteradas periódicamente sobre las encuestas únicas e independientes. Los sistemas de encuestas son especialmente útiles para apreciar tendencias y cambios, pero sólo cuando se comparan encuestas equivalentes. Debe desecharse por tanto el recurso, tan común en España, de una proliferación de encuestas independientes, de variado rigor, tamaño e instrumental, realizadas en poblaciones incomparables y por equipos que se desconocen mutuamente.

Indicadores indirectos: registros clínicos, asistenciales, legales y policiales

Una segunda fuente fundamental de datos son las instituciones clínicas, asistenciales, legales y policiales que entran en contacto con muchos usuarios que tienen

graves problemas derivados del uso de drogas. Esas fuentes de información plantean también serios inconvenientes de representatividad y de validez para establecer la extensión del fenómeno, pues es imposible determinar la importancia del sector de usuarios que no entra en contacto con tales instituciones y que constituye una población «oculta» de la que se desconoce su tamaño y sus características y que puede sesgar fácilmente las conclusiones obtenidas (Lambert, 1990; Robins, 1985; Hunt and Chambers, 1976).

En el caso de las drogas que nos ocupan, y especialmente de la MDMA, el uso masivo de tales sustancias en otros países no se ha reflejado en los indicadores institucionales más que en grado mínimo, como puso de manifiesto la revisión epidemiológica de Newmeyer a partir de los indicadores de uso problemático de drogas, la cual no ofreció «indicación alguna de que la MDMA sea un problema para los norteamericanos, ni en términos de las reacciones adversas, ni de las admisiones a tratamiento, ni de la participación de la policía», a pesar de que existían suficientes indicios de la popularización de su uso en los años anteriores (1986: 362).

En suma, los datos sobre usuarios conocidos por las diversas instituciones públicas son importantes, pero no definen la extensión ni las características del uso de drogas ilegales en una comunidad dada (Parker, Bakx y Newcombe, 1988: 71). De no reconocer esto, se contribuye así a perpetuar una lógica circular que define como problema sólo aquello que las instituciones alcanzan a percibir y deja fuera lo que no detectan. Se acaba así sabiendo poco sobre los usos ilícitos de drogas allí donde se generan, y se reproduce la separación entre registro oficial y acontecer real que caracteriza nuestro conocimiento de los usuarios de muchas drogas.

Estrategias etnográficas

La tercera fuente fundamental de datos para el estudio de los usos de drogas son los métodos y enfoques de carácter etnográfico. Esta estrategia de investigación se caracteriza por tres rasgos distintivos: 1) se basa en una estrecha interacción con los sujetos estudiados, a los que se observa en su entorno natural; 2) el investigador presta especial atención a las motivaciones y categorías de las personas estudiadas; 3) durante la investigación se utilizan simultáneamente múltiples técnicas para recoger y analizar los datos y se persigue una comprensión integral u holística de los procesos estudiados. Por etnográfico entendemos aquí, por tanto, un estudio intensivo multimodal *in situ* de procesos a nivel local (Bernard, 1994).

Las características de la investigación etnográfica plantean una serie de retos al investigador a la vez que una serie de ventajas e inconvenientes frente a las otras estrategias. A las dificultades para establecer relaciones de confianza con los sujetos que se van a estudiar y la necesidad de construirse un rol para trabajar sobre el terreno sin alterarlo, deben añadirse los problemas del registro sistemático de la información procedente de las observaciones y las entrevistas a informantes, para analizarla posteriormente. Como contrapartida, esta estrategia de investigación permite situarse en una posición privilegiada para recoger ciertos datos a los que no se puede acceder mediante técnicas de encuesta; se produce una disminución considerable del problema

de las reacciones de los sujetos ante el hecho de ser investigados; la información se triangula constantemente al existir una retroalimentación entre lo que el investigador observa, escucha y pregunta; la persona que realiza el trabajo de campo aprende la manera adecuada de formular preguntas significativas a los informantes en su propio lenguaje; además adquiere una comprensión de primera mano de lo que sucede en los lugares en que tiene que investigar. Hoy en día está ampliamente aceptado que el uso de informantes cualificados, es decir, personas que ocupan una posición central en una red social o que tienen un acceso privilegiado a cierto tipo de información, puede proporcionar, como técnica de recogida de datos, información tan válida y fiable como una encuesta, y normalmente de mayor profundidad, siempre que se elijan personas con la suficiente competencia cultural y se las interroge sobre temas no valorativos (Campbell, 1957; Young and Young, 1961; Poggie, 1972; Romney, Weller and Batchelder, 1986; Johnson, 1990). Ahora bien, se ha comprobado que tanto las encuestas como las entrevistas a informantes plantean serios problemas de inexactitud cuando se utilizan para recopilar información acerca del pasado (Bernard, Killworth, Kronenfeld and Sailer, 1984). Los motivos de esta inexactitud de los datos, que puede afectar hasta a un 40 por 100 de la información recogida, se deben a que la memoria de las personas se debilita con el paso del tiempo, a la vez que se mezclan los recuerdos directos con las reinterpretaciones de esos recuerdos en ocasiones sucesivas (Sudman and Bradburn, 1974). Además, en ausencia de recuerdos exactos, las personas tienden a deformar los datos siguiendo patrones, esquemas y modelos existentes en su cultura o desarrollados por sí mismos (Augoustinos y Walker, 1995; Fiske y Taylor, 1991; Kronenfeld *et al.*, 1972; Sweder and D'Andrade, 1980). El uso que se hace en el trabajo de campo etnográfico de múltiples técnicas para recopilar y analizar los datos es uno de los correctivos más eficaces contra este problema.

Los métodos etnográficos, como todos los que estudian a las poblaciones de usuarios de drogas, introducen también sus propios sesgos en la selección de las muestras estudiadas. Tampoco ellos aseguran que se conoce a toda la población que usa tales sustancias o que se manejan muestras representativas. Además, aunque presentan una gran validez interna cuando se emplean de manera correcta y rigurosa, plantean bastantes dificultades a la hora de fundamentar su validez externa, característica que, por otra parte, comparten con los experimentos realizados en laboratorio sobre muchos comportamientos humanos. Pero las estrategias etnográficas pueden ser un instrumento muy eficaz en la investigación de comportamientos y poblaciones desconocidas y secretas. Y tales métodos resultan especialmente fructíferos en proyectos exploratorios de conductas innovadoras y dinámicas como las contempladas en este estudio, puesto que pueden contribuir a alcanzar una comprensión y explotación acertada de los datos disponibles y de sus interrelaciones. El estudio de las zonas ocultas de la vida social y específicamente el uso de drogas ilegales requiere el uso combinado de todos los métodos válidos, fiables y pertinentes (Sánchez *et al.*, 1991; Bravo y de la Fuente, 1991; Hartnoll, 1992; Díaz, Barruti y Doncel, 1992). No obstante, en España eso ha solido resultar en un uso bastante indiscriminado y acomodaticio de unas pocas técnicas y metodologías, faltando en la mayoría de las ocasiones una comparación crítica de los resultados y una cierta imaginación por adaptar métodos diseñados en otros países a nuestra propia realidad. Una adaptación semejante

sólo puede hacerse cuando se buscan respuestas y explicaciones a las cuestiones más importantes desde el conocimiento directo de las poblaciones afectadas en su entorno natural y cuando no se eluden sistemáticamente, como ha venido haciéndose entre nosotros, aquellas preguntas que tienen que ver con la etiología del fenómeno y su desarrollo, y que deberían ser las que suscitaran un mayor número de investigaciones. Al plantear los diseños de investigación siguiendo esquemas rutinarios se constriñen tanto las preguntas que habría que formular ante un fenómeno tan amplio, como los métodos a través de los cuales se podrían encontrar las posibles respuestas.

Entre los obstáculos epistemológicos con que se han encontrado las estrategias etnográficas para su empleo en la investigación de los usos de drogas, probablemente uno de los mayores haya sido la errónea distinción que a menudo se hace entre los métodos cuantitativos y cualitativos de investigación social. Frecuentemente se califica a las estrategias etnográficas de investigación como cualitativas, en oposición a aquellas otras que se basan en la recogida masiva de datos para su ulterior tratamiento estadístico, a las cuales se las suele denominar, por este motivo, cuantitativas. Esta distinción, carente de fundamento matemático o epistemológico¹, ha contribuido a crear una falsa representación de la práctica investigadora en las ciencias sociales. Según esta imagen, los llamados métodos cuantitativos de investigación social son superiores a los cualitativos debido a su mayor alcance, rigor, exactitud, precisión, fiabilidad y contrastabilidad. Desde esta perspectiva, los métodos cualitativos serían, debido a sus presuntas características (su restringido alcance local, su carácter exploratorio, su enfoque comprensivo e interpretativo, etc.), más apropiados para la realización de trabajos preparatorios para luego llevar a cabo estudios cuantitativos. Pues bien, diversos trabajos sobre usos de drogas, en los que se han utilizado estrategias etnográficas, han demostrado lo errónea que resulta dicha distinción. Smart and Liban (1982), por ejemplo, lograron mejorar las estimaciones de uso de alcohol de una encuesta realizada en Ontario entrevistando a informantes cualificados. Asimismo, se ha probado la utilidad de técnicas consideradas «cualitativas», como la referencia en cadena o «bola de nieve», para realizar estimaciones sobre la prevalencia de heroínomanía (Gamella, 1993, 1994, Gamella y Meneses, 1993)). El problema de los métodos etnográficos no radica tanto en su incapacidad para cuantificar diversas parcelas de la realidad social, como en la necesidad de una estandarización de sus procedimientos para que los resultados de su aplicación puedan ser evaluados por distintos investigadores, y poder así llegar a acuerdos respecto a su validez y fiabilidad.

MÉTODOS EMPLEADOS EN ESTE ESTUDIO

Para la realización de esta investigación hemos utilizado un enfoque eminentemente etnográfico, combinando múltiples métodos de recogida y análisis de datos relativos a cinco Comunidades Autónomas. El resultado reúne todas las características de una investigación antropológica: Se trata de un estudio comparativo, holístico, y etnográfico. La elección de este enfoque nos ha permitido descubrir y analizar una serie de con-

¹ En rigor, la diferencia concierne más al análisis y presentación de los datos, que a la naturaleza de los datos recogidos en sí mismos.

ductas reservadas en las que participan poblaciones ocultas, es decir, grupos que se resisten a ser identificados en relación a tales comportamientos. Por otra parte, gracias al trabajo etnográfico, hemos podido reunir la gran diversidad de materiales que son necesarios para construir una descripción suficientemente rica y densa de la compleja realidad de la venta y consumo de las nuevas drogas de síntesis en nuestro país, objetivo que se proponía esta investigación. Las características más destacables del proceso metodológico empleado han sido las siguientes:

1. Cobertura y muestreo: Ante la imposibilidad de contar con un marco de muestreo, ya que se trataba de una población oculta, se optó por la realización de un muestreo no probabilístico, intencional, basado en procedimientos por referencia en cadena o bola de nieve. Con el fin de maximizar la variación dentro de la muestra se buscaron intencionalmente usuarios lo más heterogéneos posibles en cuanto a sus características sociodemográficas y pautas de uso de drogas de síntesis. Para reducir los sesgos que todo muestreo no probabilístico incorpora, se exploraron 47 redes independientes de usuarios, tarea en la que participaron 14 trabajadores de campo de características igualmente muy diversas. La amplitud del número de redes estudiadas, así como la heterogeneidad de las personas contactadas en primer lugar, muchas veces directamente en el campo (discotecas, pubs, clubs, etc.), pero también a través de conocidos, familiares, amigos, compañeros de trabajo o estudio de los investigadores, garantizan una gran representatividad de la muestra. Además se tuvo en cuenta que el tamaño de la muestra (finalmente 418 usuarios) fuese igual o mayor que el que habría requerido, si hubiese sido seleccionada aleatoriamente dentro de una población de usuarios de drogas de síntesis de aproximadamente un millón de personas, para que los análisis de variables con una varianza estimada de un 50 por 100 tuvieran un nivel de confianza del 95 por 100 con una precisión (o intervalo de confianza) del 5 por 100.

2. Trabajo de campo: Se realizó un trabajo de campo intensivo mediante observación participante y procedimiento de investigación multimodal en cinco Comunidades Autónomas durante trece meses (agosto de 1994 a septiembre de 1995). Durante el trabajo de campo las principales actividades desarrolladas para la obtención de información consistieron en: 1) tomas de contacto y seguimiento de usuarios en entornos naturales; 2) entrevistas a informantes cualificados, y 3) entrevistas en profundidad a usuarios.

3. Explotación de fuentes secundarias de información: La información obtenida directamente en el campo fue complementada con el análisis de otras fuentes de datos secundarias: encuestas poblacionales, noticias de prensa, confiscaciones policiales, análisis de laboratorios, registro legal y asistencial, etcétera.

4. Análisis: Toda la información obtenida en el trabajo de campo fue contrastada, bien triangulando los datos recogidos a través de informantes con los de seguimientos observacionales continuados, o bien cotejándola con las fuentes secundarias de información. Una vez contrastada, toda la información recopilada fue codificada y archivada en diversas bases de datos, que posteriormente fueron analizadas mediante procedimientos de análisis estadístico y cualitativo.

5. Presentación de los resultados: Para la elaboración del informe final se optó por una presentación clara y directa de los resultados de la investigación, utilizando tablas y cuadros que redujeren la enorme cantidad de datos recopilados, e ilustrando

muchas conclusiones de la investigación con imágenes más impresionistas extraídas de las propias entrevistas y las descripciones de las observaciones realizadas en el campo.

Creemos que estas características metodológicas de la investigación garantizan una mayor validez y fiabilidad tanto de los datos como de las conclusiones de la misma.

Ámbito de estudio

La investigación se ha llevado a cabo paralelamente en catorce provincias de cinco Comunidades Autónomas (Andalucía, Baleares, Madrid, Murcia y Valencia) en las que se han detectado diversas pautas de venta al detalle, adquisición y consumo de las nuevas drogas de síntesis. Para la elección de las zonas de estudio se siguieron dos criterios básicos: 1) el orden temporal de emergencia de este fenómeno en la zona, y 2) el nivel de intensidad de la venta y consumo de estas drogas. Las islas Baleares, sobre todo Ibiza, y la Comunidad Valenciana fueron pioneras en el uso y comercialización de «pastillas» en nuestro país, y en ellas existe actualmente un consumo muy elevado de estas sustancias. Además, Ibiza ha jugado a nivel internacional un papel fundamental en la historia de la difusión del consumo de la MDMA y análogos. Madrid representa una zona en la que el consumo de estas drogas se introdujo más tarde, pero, debido a sus especiales características de gran ciudad, cosmopolita y con conexiones internacionales, se ha extendido rápidamente y es creciente. Andalucía es representativa de una zona de consumo emergente y en aumento. La inclusión de Murcia se debe a que realmente constituye una unidad con la Comunidad Valenciana, debido a la influencia que ha sufrido por parte del sur de Alicante, por lo que a este tema se refiere.

Métodos de obtención de datos

La recogida de datos se ha llevado a cabo combinando diversas estrategias complementarias en un esfuerzo por tener una visión multifactorial de un fenómeno heterogéneo, emergente y que cambia de prisa. Las principales estrategias metodológicas, que a su vez combinaban algunas técnicas distintas, han sido las siguientes:

1. Revisión de la literatura nacional e internacional, tanto científica como periodística.
2. Entrevistas semiestructuradas en profundidad a informantes cualificados respecto al consumo y comercio de «éxtasis».
3. Entrevistas semiestructuradas en profundidad a usuarios de «éxtasis».
4. Entrevistas estructuradas a usuarios.
5. Observación participante en entornos naturales donde se distribuyen y consumen drogas sintéticas.
6. Sondeo exploratorio en centros escolares de enseñanza secundaria y universitaria en las zonas donde hemos realizado trabajo de campo.
7. Estudio de las aprehensiones policiales de MDMA y análogos.

8. Análisis de muestras de «drogas de diseño» llevados a cabo por el Instituto Nacional de Toxicología, el Ministerio de Sanidad, el Laboratorio de la Policía Científica y otros laboratorios de organismos forenses internacionales.

Revisión de la literatura

Con anterioridad al inicio del trabajo de campo procedimos a realizar un repaso la literatura existente sobre las drogas anfetamínicas de sustitución y sus usos, tanto en España como en el resto del mundo. Para la realización de esta búsqueda bibliográfica consultamos, entre otras, las siguientes bases de datos: MEDLINE, PsycINFO, Current Contents, CINAHL, SCI (Science Citation Index), SSCI (Social Science Citation Index), Sociofile. Este repaso de los trabajos publicados nos sirvió para perfilar los temas que debíamos investigar y elaborar el diseño de la investigación. Además, el análisis pormenorizado de la literatura médica nos ha permitido perfilar mejor los problemas de salud asociados al consumo de las drogas anfetamínicas de sustitución. Durante el transcurso de la investigación aparecieron en nuestro país numerosos artículos acerca del «éxtasis» y las «drogas de diseño» en diversas revistas no científicas y en la prensa nacional. La recopilación y análisis de esas noticias nos ha servido como fuente complementaria de información para reconstruir algunos temas en el estudio, tales como confiscaciones policiales, muertes, etcétera.

Entrevistas a informantes cualificados

Hemos realizado entrevistas semiestructuradas en profundidad (con un protocolo de temas elaborado después de las primeras exploraciones del campo y una primera revisión de las fuentes bibliográficas) a 32 informantes cualificados, con conocimientos sobre el consumo y comercio de «éxtasis»:

- Camareros, porteros, relaciones públicas, animadores, bailarines, pinchadiscos y vigilantes que trabajan en lugares públicos de esparcimiento (discotecas, bares, pubs, clubs, etc.) donde se practica la venta y consumo de «éxtasis».
- Jóvenes no usuarios, pero en contacto con los ambientes donde se consume «éxtasis».
- Vendedores al detalle.
- Importadores.

El objetivo de estas entrevistas fue explorar la situación actual de la venta y consumo de la sustancia y los comportamientos, creencias y valores asociados con su uso, así como trazar retrospectivamente la evolución de todas estas pautas desde la aparición de la sustancia en las cinco Comunidades del estudio.

Además, hemos mantenido entrevistas con una serie de profesionales para obtener información sobre cuestiones concretas relacionadas con este estudio: químicos, farmacólogos, forenses, médicos, psicólogos, psiquiatras, abogados, empresarios de bares y discotecas, personal de centros de ayuda a drogodependientes, personal de una empresa de autobuses, directores y profesores de centros escolares, personal de los distintos cuerpos de seguridad, autoridades municipales, etcétera.

Entrevistas a usuarios

En el transcurso de nuestro trabajo de campo entrevistamos a más de 470 usuarios de MDMA y sustancias análogas, que residían en cinco Comunidades Autónomas en el período de estudio. Para entrar en contacto con estos sujetos utilizamos técnicas de referencia en cadena (Bernard, 1994; Waldorf y Biernacki, 1981; Gamella, 1993, 1994, Gamella y Meneses, 1993). Con estos materiales hemos construido una muestra intencional (no probabilística) etnográfica lo suficientemente amplia (N = 418) y heterogénea para garantizar, si no la representatividad de la población de usuarios de «éxtasis» que hay en nuestro país, sí al menos su variabilidad. La distribución de los usuarios entrevistados por Comunidades Autónomas es la siguiente:

<i>Comunidad Autónoma</i>	<i>Usuarios</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>
Andalucía	161	38,5
Baleares	8	1,9
Madrid	159	38,0
Murcia	7	1,7
Valencia	77	18,4
Otras	6	1,4
TOTAL	418	100,0

Se trata de una muestra intencional, y en parte de «conveniencia», pero muy heterogénea en cuanto a los criterios de sexo, edad y lugar de residencia, que pretendemos contenga a los principales tipos de usuarios de estas sustancias que existen hoy en nuestro país. Aunque no podemos argumentar que se trate de una muestra representativa, creemos que es una muestra que ilustra bien las principales diferencias, circunstancias y características de los usuarios de estas sustancias y su reciente evolución.

Para entrar en contacto con los usuarios hemos utilizado técnicas de referencia en cadena. Los primeros contactos se hicieron directamente en el campo (en entornos donde se consumen estas drogas), o explotando diversas redes de contactos a través de amigos, conocidos, familiares, otros usuarios de drogas, compañeros de trabajo, estudiantes, etc. Las redes exploradas fueron muy numerosas y variadas, debido a la diversidad y heterogeneidad de los primeros contactos y a la extensa área geográfica que había que cubrir. Concretamente se estudiaron 47 redes independientes de usuarios, tarea en la que participaron más de 14 trabajadores de campo.

A 109 usuarios (un 34 por 100) se les hizo una entrevista en profundidad de entre una y siete horas de duración (dos horas y media de promedio) siguiendo un protocolo de temas y preguntas previamente elaborado². A los otros 309 usuarios

² Los apéndices metodológicos de este estudio se publicarán en otro lugar. Los interesados pueden dirigirse al PNSD (Plan Nacional sobre Drogas) a la siguiente dirección: c/ Recoletos, 22. Madrid 28071.

restantes (el 66 por 100) se les hizo una entrevista estructurada con preguntas tanto de respuesta asistida como abierta que emulaba la mayoría de los temas y preguntas del protocolo de las entrevistas en profundidad. Las personas entrevistadas tardaron entre cuarenta y cinco minutos y dos horas y media en responder a la entrevista completa. Diecisiete personas entrevistadas en profundidad contestaron también a la entrevista estructurada. Un 30 por 100 de las entrevistas estructuradas fueron contestadas en presencia del investigador. El resto fueron autoadministradas, encargándose cada investigador en su zona de repasar posteriormente algunas de las respuestas con la persona que había contestado por escrito a la entrevista para comprobar la validez y fiabilidad de las respuestas. La autoadministración de las entrevistas puede haber sesgado algo la muestra en favor de aquellos con mayor dominio de las técnicas de lecto-escritura. La información de unos informantes sobre otros, considerando que generalmente se encontraban conectados mediante redes de amistad o cooperación, fue también útil para contrastar la validez y fiabilidad de las respuestas. Treinta y dos entrevistas estructuradas fueron desechadas debido a que no se completaron preguntas importantes, o el entrevistado incurrió en contradicciones en algunas de las preguntas de control establecidas en la propia entrevista.

Aparte de los problemas de validez y fiabilidad de las entrevistas que hemos señalado, las principales dificultades que nos ha planteado el uso de estas técnicas de recogida de información han sido el acceso a los usuarios y la obtención de su confianza para que accedieran a responder a nuestras preguntas y nos permitieran grabar en cinta magnetofónica las respuestas. La adopción de la observación participante como estrategia general de investigación en todo el trabajo ha sido fundamental para superar esas dificultades.

Observación participante

La estrategia general de investigación que unifica todo el trabajo ha sido la observación participante; es decir, hemos mantenido durante toda la investigación un contacto intensivo con usuarios de «éxtasis» en los contextos donde se vende, se adquiere y se consume este tipo de drogas. Durante más de un año hemos realizado un seguimiento observacional continuado de grupos de usuarios durante períodos en que consumían estas drogas, especialmente los fines de semana, participando en sus actividades de ocio. A través de estos seguimientos hemos podido obtener datos de primera mano sobre las rutinas comportamentales de los usuarios. En los períodos de vacaciones (verano, Semana Santa, navidades...) llevamos a cabo una etnografía exploratoria, mediante trabajo de campo intensivo, en diversas zonas de consumo estacional como la costa andaluza y levantina e Ibiza.

La observación participante nos ha permitido: 1) contactar con usuarios y vendedores de «éxtasis»; 2) preparar las entrevistas de manera que las preguntas formuladas resultasen comprensibles a los usuarios y sirviesen para obtener información válida y fiable para responder a las preguntas planteadas en este estudio; 3) establecer las relaciones de confianza necesarias con los informantes para que accedieran a ser entrevistados en profundidad; 4) contrastar y triangular la información recogida a través de las entrevistas mediante las observaciones realizadas sobre el terreno.

Para poder hacer observación participante, y por ende realizar las entrevistas, fue fundamental establecer nuestra identidad en el campo de forma honesta y comprensible para los informantes, que en la mayoría de los casos se mostraron al principio suspicaces y recelosos por nuestro interés y actitud hacia sus comportamientos y experiencias. Como antropólogos estamos convencidos de que es posible obtener información a veces confidencial y muy íntima de los sujetos estudiados si se adopta una actitud no valorativa, pero tampoco complaciente o de complicidad, respecto a su conducta, incluso cuando ésta pueda ser ilegal o moralmente reprobable. Al entrar en entornos nuevos donde no teníamos contactos previos, con mucha frecuencia fuimos tomados por policías o «estupas» —término que se suele utilizar en dichos ambientes para referirse a los policías que estudian delitos relacionados con el tráfico de drogas—. Tras semanas y meses de vernos en los mismos lugares, nuestra identidad de «estudiosos», «investigadores», etc., se fue consolidando, y algunos de los trabajadores de campo hemos acabado siendo bastante conocidos y conspicuos en ciertas discotecas y rutas nocturnas. Como anécdota podemos señalar que uno de los trabajadores de campo, casi calvo, cercano a la cuarentena y con cierto aspecto «curil», aunque tan bailarín y marchoso como el que más, acabó siendo conocido en estos ambientes como «el monje de la noche». Para la obtención de la confianza de nuestros informantes ha sido fundamental garantizarles en todo momento la confidencialidad y el anonimato, dándoles constantes pruebas de ello. Toda la información que se nos ha comunicado ha sido tratada con la más estricta confidencialidad, tanto frente a otros usuarios como frente a familiares, amigos e instituciones.

Por último, debemos manifestar que nunca durante el trabajo de campo hemos facilitado o incitado el consumo, vendido, ayudado a vender, o donado o consumido las drogas sobre las que versaba el estudio, y hemos tratado de dejar claro a los informantes que no éramos usuarios.

Sondeo exploratorio en centros escolares

Como fuente complementaria de información realizamos un sondeo en diversos centros escolares de las cinco áreas donde se hizo el trabajo de campo. Para ello utilizamos un breve cuestionario autoadministrado, que los alumnos cumplieron en clase. El cuestionario se pasó en 104 aulas o grupos, abarcando todos los niveles educativos comprendidos entre primer curso de BUP o FP y los últimos cursos de enseñanza universitaria.

La muestra de aulas o grupos de estudiantes seleccionada no pretendía ser representativa de la población total de estudiantes españoles de esas edades. El objetivo de este sondeo era conocer de forma exploratoria el nivel de conocimiento y el uso de las drogas anfetamínicas de sustitución por parte de la población escolar. Pretendíamos explorar la visión que existía en un entorno distinto de las discotecas, bares o la calle, por parte no sólo de usuarios, sino también de jóvenes que no usan estas drogas y pueden conocerlas o no.

La información de este sondeo complementa los datos obtenidos en la importante encuesta escolar realizada en diciembre de 1994 por la Delegación del Gobierno

para el Plan Nacional sobre Drogas. Por otra parte, nos ha servido para contrastar algunos aspectos de la validez y fiabilidad de nuestros datos referentes al uso de «éxtasis» por parte de la población estudiantil de los mismos lugares donde realizábamos el trabajo de campo. También este sondeo informal nos ha servido para obtener datos complementarios de los reunidos a través del trabajo de campo sobre el conocimiento que los jóvenes escolarizados, usuarios o no de este tipo de drogas, poseen de las mismas, por ejemplo, sobre sus representaciones sociales y sus modelos culturales, sus mapas mentales y las formas como las conceptualizan y clasifican, etcétera.

Estudio de las aprehensiones policiales

La actividad policial en su persecución de la distribución de drogas ilegales proporciona informaciones que pueden ser de utilidad para ampliar nuestro conocimiento de la extensión del uso de MDMA y análogas. Las confiscaciones de este tipo de sustancias realizadas por la policía son uno de los pocos datos aparentemente sólidos con que contamos para analizar la evolución de la oferta y la demanda de estas drogas, razón por la cual han sido incorporadas como un material más a este estudio. No obstante, estos datos constituyen un índice con serios problemas de validez externa. Un aumento de las confiscaciones, tanto en su número como en las cantidades confiscadas, en una zona o región puede deberse a muchos motivos independientes de las transformaciones en la oferta o la demanda real de esas sustancias en el mercado. Una mayor diligencia o efectividad de la policía en su actividad, un cambio en los procedimientos utilizados o las reglamentaciones aplicadas, o la pura casualidad de que un cargamento importante cruce por la zona sometida a mayor vigilancia pueden incrementar las confiscaciones de la misma forma que un aumento real de la importación o la distribución en cualquiera de sus etapas. Por otra parte, muchas veces es difícil utilizar e interpretar estos datos con criterios epidemiológicos o antropológicos, muy distantes de los de la actividad policial que generó su recogida.

Análisis de muestras

Hemos revisado los resultados de cientos de análisis de muestras de «éxtasis», que correspondían a decenas de miles de unidades de comprimidos y cápsulas, tanto en España como en otros países respecto a los que hemos podido encontrar datos. En España hemos analizado datos de todos los estudios y análisis realizados por cuatro laboratorios en los últimos cuatro años, construyendo tres muestras amplias y detalladas que corresponden a diferentes eslabones del mercado, desde la importación al menudeo, en diversas regiones españolas. Sus resultados ofrecen una visión bastante completa y consistente del perfil del «éxtasis» en España, así como de su reciente evolución.

Análisis de otras fuentes de datos: encuestas recientes

Hemos obtenido algunos datos complementarios de varias encuestas poblacionales realizadas en los últimos años. Cuatro de ellas, encargadas entre 1994 y 1996 por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, son especialmente interesantes. La primera fue realizada sobre una muestra de población general mayor de dieciséis años; la segunda sobre una muestra de usuarios de heroína y/o cocaína; la tercera sobre estudiantes de enseñanzas medias, de catorce a dieciocho años, y la cuarta sobre una muestra nacional de mayores de quince años.

Métodos de análisis de datos

Como es habitual en toda investigación etnográfica, el análisis de los datos fue realizado de manera simultánea a su recogida, influyendo la propia recogida en un proceso de constante realimentación. Toda la información fue triangulada contrastando distintas fuentes de datos, diferentes técnicas de recogida de datos y los puntos de vista de los diversos investigadores que participaron en la investigación (Denzin, 1989), para reforzar la validez interna de las conclusiones de la misma.

La información recopilada a través de las entrevistas semiestructuradas y estructuradas fue codificada siguiendo un código de variables elaborado previamente (ver Apéndices Metodológicos). Con toda esta información codificada se construyeron dos bases de datos utilizando el programa informático EXCEL: una con información sociodemográfica, así como datos sobre la historia de uso de drogas y las pautas de consumo de MDMA o análogas de 418 usuarios; y otra con información sobre los motivos para usar estas drogas, los efectos percibidos y los problemas declarados por 309 usuarios. En la segunda base se excluyeron los datos de las personas que no habían respondido a la entrevista estructurada, para poder establecer comparaciones más homogéneas, ya que en la entrevista estructurada se había ofrecido a los informantes la posibilidad de elegir sus respuestas a la preguntas sobre motivos, efectos y problemas entre un listado de posibles opciones, mientras que en la entrevista semiestructurada había sido el propio informante quien había tenido que elaborar el contenido de la respuesta a estas preguntas. En cualquier caso, se comprobó que las muestras de usuarios de ambas bases de datos eran muy semejantes entre sí, tanto por lo que respecta a su variabilidad como a las proporciones de usuarios según las distintas variables de edad y sexo.

Toda la información derivada de los análisis de las muestras, las confiscaciones policiales y el sondeo escolar también fue codificada, y con ella se construyeron distintas bases de datos. Los análisis estadísticos de todas estas bases de datos sobre variables se hicieron utilizando el programa informático SYSTAT 5.1. Para la realización de los cuadros, las tablas y los gráficos de estos datos se empleó EXCEL 4.0.

Toda la información textual reunida durante el trabajo de campo, tanto en forma de notas de campo como de entrevistas, fue codificada de acuerdo con un índice temático elaborado a tal efecto. Con toda esta información codificada y archivada

en forma de fichas se construyó una base de datos textuales utilizando el programa informático PROCITE 2.1 adaptado a este uso. Posteriormente se ordenaron y clasificaron estas fichas según los distintos temas, para proceder a un análisis de contenidos de los textos. Se siguió el mismo procedimiento para la búsqueda de ejemplos ilustrativos, citas de informantes, etc., a la hora de redactar este informe. Con las noticias de prensa se construyó también una base de datos en EXCEL utilizando un código temático específico, que luego permitió su indexación para llevar a cabo el análisis de algunos de los temas considerados en este informe.

III

LA EXTENSIÓN Y EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE «ÉXTASIS» EN ESPAÑA

En este capítulo presentamos los resultados de nuestro estudio respecto a la evolución del consumo de drogas de síntesis en España, las etapas generales por las que ha pasado tal consumo desde una perspectiva macrosocial, así como los datos disponibles sobre la extensión del consumo, esto es, ciertas informaciones sobre la incidencia y prevalencia de tales comportamientos.

EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE «ÉXTASIS»

Los datos disponibles apoyan un modelo de la expansión de estas drogas en cuatro fases distintas cuyos límites establecemos de forma aproximada en los siguientes términos:

Período previo: 1978-1985

En este período, la MDMA y sus congéneres eran prácticamente desconocidas en España y los residentes no las consumían casi en absoluto. Empezaban, no obstante, a aparecer por ciertos entornos turísticos y cosmopolitas, sobre todo en Baleares. Se trataba de un consumo muy puntual, experimental, de «iniciados», como el que recuerda Antonio (nacido en 1941), que lo probó en 1978 en Ibiza de manos de una americana madura que venía de California y según él «había sido novia de Frank Zappa».

El uso venía casi siempre de manos de extranjeros, sobre todo norteamericanos o personas que se habían iniciado en Norteamérica. Nuestros datos coinciden en esto con lo que han encontrado Beck y Rosenbaum (1994) en su estudio sobre el uso de MDMA en Estados Unidos, donde uno de cada cuatro de los usuarios entrevistados por ellos había comenzado a tomar esta droga siendo estudiantes universitarios

a finales de los setenta y primeros ochenta. Esto discrepa bastante con la crónica habitual del proceso de extensión de esta droga, tanto por los medios de comunicación como por la prensa.

Se trataba de un uso muy «internacional» que tenía lugar también en España en esa época, pero sin dejar una especial huella. A finales de este período empieza a hablarse de estas sustancias, y se empiezan a conectar con un tipo de uso local mucho más extendido previamente y que concernía a las anfetaminas, a la metacualona (en forma de Torinal, por ejemplo) o incluso al «Artane», un antiparquinsoniano que se ha venido utilizando desde al menos 1977. Por ejemplo, en diversas zonas de la Comunidad Valenciana se empiezan a consumir en esos años cápsulas conocidas como «mescalinas», que solían producir potentes efectos y que según diversos indicios podrían haber contenido en la mayoría de los casos MDA.

Período inicial: 1986-1989

Es a partir de 1986 y tras su prohibición en Estados Unidos cuando se va extendiendo el conocimiento y el uso de la MDMA en España. El uso de los primeros años está todavía muy limitado a ciertos entornos cosmopolitas, elitistas y contraculturales. Ibiza juega un papel central en estos primeros años, dándose allí un contacto entre redes de usuarios extranjeros, sobre todo holandeses, ingleses y alemanes, y los usuarios españoles.

Todos los datos apuntan a que el consumo de tales sustancias en esos primeros años era aún muy escaso y restringido a muy pequeños círculos de iniciados cosmopolitas, elitistas o contraculturales, que adquirirían sus dosis fuera de España. De nuevo, como ya ocurriera en 1978 con la heroína, el problema del consumo de nuevas formas de uso de drogas apareció primero en la prensa antes de extenderse en la calle; los medios de comunicación promocionaron y hasta «inventaron» un consumo local todavía precario (Gamella, 1989).

En el verano y otoño de 1987 se produce la primera campaña de prensa en relación al «éxtasis» en nuestro país, con varios reportajes e incluso editoriales en los principales diarios y revistas. A partir de entonces se produce un «crescendo» en el interés y la curiosidad de ciertos sectores del público en relación a esta sustancia, que lleva a algunos, con los suficientes contactos, a probarla y difundirla entre sus amigos.

Aparece también en este período la música «*house*» y se va adaptando al gusto y al mercado español, tomando el nombre local de «bakalao». Las discotecas valencianas, así como un grupo de «*disc jockeys*» («pinchas» en el argot más reciente) jugarán un papel central en la adaptación y difusión de los nuevos estilos «máquina» entre los parroquianos españoles. También se producen en estos años las primeras incautaciones policiales de MDMA y derivados. Desde las dos primeras cápsulas que se aprehenden y analizan en Ibiza en 1986, las confiscaciones no harán sino crecer (véase tabla 3.2).

Período de popularización: 1990-1992

En esta fase el uso de «éxtasis» se extiende a amplios sectores de la población juvenil, popularizándose más allá de los ambientes bohemios, contraculturales o «bakalaeros». Miles de españoles lo prueban. En principio se extiende sobre todo en zonas urbanas, turísticas, y especialmente en Baleares, Levante, Cataluña y Madrid (con algunos centros en el País Vasco), y va lentamente penetrando hacia el sur y el interior de la Península.

Se trata de una fase en la que se va extendiendo el uso y hay notorias campañas de prensa del producto que lo promocionan. Las cápsulas han dado paso a las pastillas como material más resistente a la manipulación y el traslado y más favorable a la masificación. Se hace difícil encontrar cápsulas, que adquieren un precio superior al de los comprimidos y la imagen popular entre los usuarios de que son más puras y potentes.

En esta fase se empiezan a alcanzar ya niveles de masificación y vulgarización, es decir, propios del período siguiente, en las zonas pioneras en estos consumos, sobre todo en la Comunidad Valenciana, donde se asocia de forma estrecha, pero no exclusiva, con ciertos ambientes festivos de «marcha», especialmente con la red de discotecas y macrodiscotecas que existe en las afueras de muchos pueblos y ciudades levantinas.

En este período se producen también las primeras emergencias médicas asociadas al uso de «éxtasis» (que no siempre contiene MDMA), derivadas de sus efectos adversos o de las conductas asociadas. Algunas de esas emergencias terminan en fallecimientos que, curiosamente, pasan bastante inadvertidos en los medios de comunicación. El primer fallecimiento oficialmente relacionado con consumo de «éxtasis» lo hemos encontrado en 1989. Durante este período se aprecia un cierto aumento tanto de las reacciones adversas y los problemas físicos y mentales asociados al consumo de «éxtasis» como de las emergencias que tales reacciones provocan (véase capítulo 9).

Período de vulgarización y consumo masivo: 1992-1995

En este período se masifica el consumo de comprimidos y cápsulas que pretendidamente contienen MDMA y se amplía enormemente la curiosidad y el deseo por probar esas sustancias, así como su disponibilidad, que se refleja en un mayor número de ofertas de venta y una caída en los precios. El «éxtasis» se convierte en un producto cada vez más desideologizado, esto es, despojado de muchos de sus contenidos espirituales, terapéuticos o contraculturales y se convierte en un producto de consumo más, es decir, en un producto cada vez menos subcultural y más convencional. Lo mismo puede decirse de los ritmos y formas de la música «tecno», que van integrándose en un acervo de cultura popular de consumo común a amplios sectores juveniles, aunque se acentúen y consoliden también, en parte para marcar la diferencia, formas radicales y extremistas tanto en la música como en la indumentaria y en los consumos psicoactivos.

La masificación del consumo de «éxtasis» supone también su extensión a zonas donde era desconocido, incluidas zonas del interior peninsular, a entornos provincianos e incluso rurales. En esta fase se van ampliando las redes de distribución y consumo, que completan el mapa y abarcan cada vez más a toda la geografía española.

En este período se produce un aumento en el número de adolescentes que se inician en el uso de estas drogas a edades muy tempranas. Como parecen indicar los datos de la última encuesta escolar, y coincidiendo con lo que sabemos de otros países como Gran Bretaña, el «éxtasis», despojado ya de algunos de sus caracteres «espiritualistas» de décadas anteriores, incluso de su nombre (para los más jóvenes se trata de «pastillas», «pastis», «pirulas» o incluso de «elefantes», «pájaros», «cacharros»), se está extendiendo entre los menores en edad escolar, lo que se ve facilitado por su presentación en forma de comprimidos.

Empiezan a repetirse los casos de intoxicación clínica, las secuelas por el uso de «éxtasis» (aislado o en sinergia con otras sustancias psicoactivas), que en varios casos producen la muerte de los usuarios. Son relativamente pocos todavía los usuarios que han entrado en contacto con centros de asistencia o tratamiento. Los indicadores basados en esos datos darían una imagen sesgada de la extensión del consumo de «éxtasis» si les aplicáramos baremos correspondientes a otras drogas.

A continuación presentamos algunos datos de nuestro estudio que apoyan nuestro modelo de la extensión del «éxtasis» en España.

Año de inicio en el consumo

El gráfico 3.1 muestra el año en que los usuarios de nuestra muestra se iniciaron en el consumo de MDMA y análogas. Estos datos apoyan el modelo presentado anteriormente. Los últimos años, entre 1993 y 1995¹, son años en los que se extiende de forma mayor el consumo de estas sustancias. Cuando agrupamos esos datos respecto al año de inicio de acuerdo con los períodos anteriormente establecidos encontramos que nuestro modelo se ve reforzado (véase gráfico 3.2).

Los últimos tres años son centrales para la expansión de las «pastillas» como objeto masivo de consumo a nivel nacional, aunque ha habido cierta variación local en relación a este modelo. En las Comunidades «levantinas», Baleares, Valencia y, en menor medida, Murcia, se ha llegado a una fase de uso masivo antes que en Madrid y bastante antes que en Andalucía, donde el consumo de estas sustancias se está extendiendo a un ritmo muy intenso desde 1994 (véase gráfico 3.3).

En suma, todo parece indicar que nos encontramos en una fase de expansión del uso de estas sustancias. Hay diferencias locales, sin embargo, respecto a los períodos y procesos en la extensión del uso de «éxtasis», que ha continuado en 1995 y 1996.

¹ El cupo de entrevistas se cerró en julio de 1995 y los métodos de muestreo y selección de informantes no primaban a los usuarios que estuvieran comenzando a utilizar estas sustancias, por lo que la menor proporción de casos de primer uso en este año no debe considerarse como si estuvieran disminuyendo las iniciaciones, sino al contrario.

Gráfico 3.1. Año del primer uso de «éxtasis» en 418 usuarios españoles

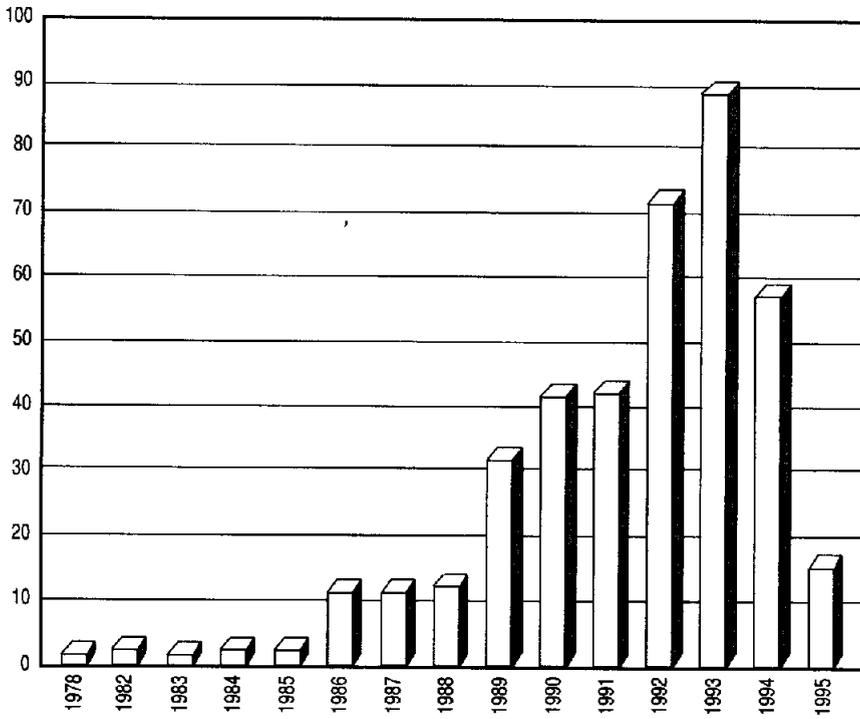


Gráfico 3.2. Primer uso de «éxtasis» (MDMA y análogos) por períodos (N: 418)

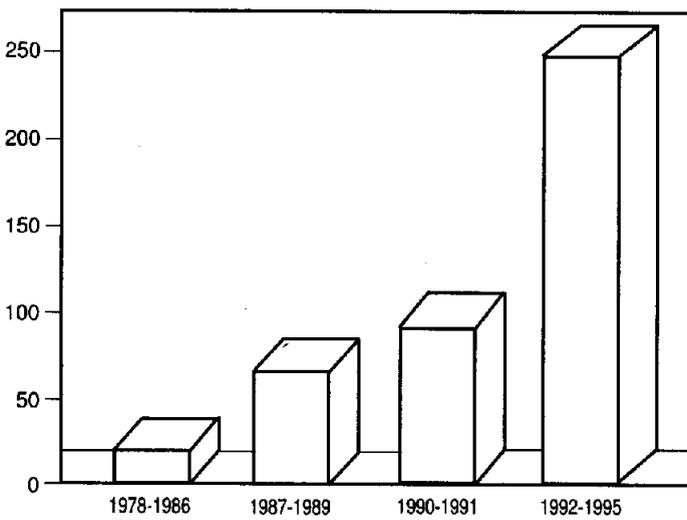
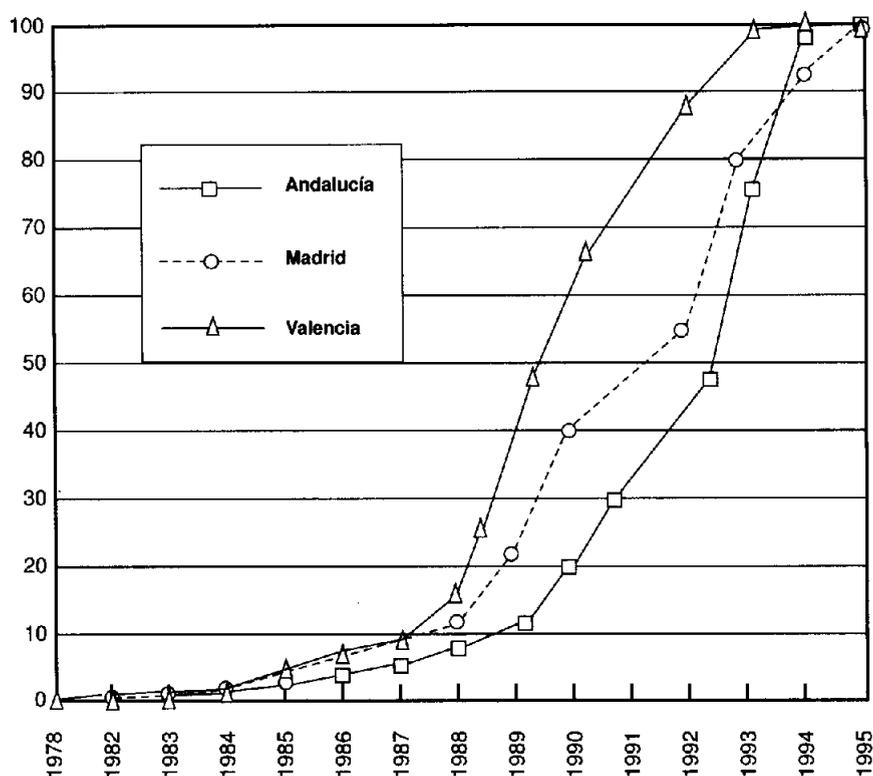


Gráfico 3.3. Año de primer uso de «éxtasis» por Comunidad Autónoma. Porcentajes acumulados (N: 397)



Difusión y extensión regional de las nuevas pautas de consumo

En la popularización del consumo de «éxtasis» se han combinado diversos procesos de difusión de innovaciones, algunos comunes a otras novedades técnicas o conductuales (véase Rogers, 1995) y otros peculiares. El conocimiento de esos procesos resulta especialmente importante para comprender no sólo la extensión de nuevas formas ilícitas de uso de drogas, sino también de nuevas formas de consumo en la sociedad crecientemente globalizada en que vivimos.

Desde el punto de vista regional, es decir, los procesos de macrodifusión, las grandes ciudades y conurbaciones suelen ser los focos desde donde se expanden las innovaciones técnicas, cognitivas y simbólicas. Además, el dominio innovador de los «lugares centrales», es decir, de las zonas más urbanizadas, densamente pobladas, heterogéneas y modernas, se ha combinado con la influencia de los centros receptores de turismo cosmopolita, algo especialmente importante en relación a España y al conjunto de pautas que tienen que ver con el ocio, como las que estamos analizando.

En tercer lugar, y en parte por concentrarse algunos de los entornos lúdicos más cosmopolitas en esas zonas y también por motivos más coyunturales, en los procesos de macrodifusión regional del «éxtasis» se ha dado una dominancia oriental o «levantina». Algunas zonas de Baleares, sobre todo Ibiza y después de la Comunidad Valenciana (sobre todo el entorno de la ciudad de Valencia y diversas zonas de la provincia de Alicante), han sido zonas pioneras, tanto en la introducción de los nuevos usos de drogas, como de las conductas y productos asociados (baile, música, indumentaria). Posteriormente, esas innovaciones se han popularizado en Cataluña, Madrid y el País Vasco y han ido penetrando en Andalucía. Algunas regiones se han visto muy afectadas por la presencia cercana de algunas «zonas calientes», donde el conocimiento y el consumo de drogas era alto y que sirvieron de focos de expansión de las nuevas drogas sintéticas. Más adelante presentamos un breve listado de alguna de esas zonas calientes en las que hemos realizado trabajo de campo.

Los informantes cualificados entrevistados en las diversas zonas confirmaron independiente y fragmentariamente ese modelo «levantino» de la expansión del consumo de «éxtasis» en España. También hay diversos datos en las entrevistas a los propios usuarios que apoyan ese modelo. Por ejemplo, cuando analizamos el año de primer consumo de estas sustancias por Comunidades Autónomas para los usuarios de nuestra muestra (gráfico 3.3), vemos cómo la mayoría de los usuarios valencianos se iniciaron claramente antes que los madrileños, y ambos, a su vez, antes que los andaluces. En el caso de Madrid, sin embargo, conviene tener en cuenta que, debido a su tamaño, su cosmopolitismo y su carácter de centro de comunicaciones, actúa a menudo como el foco receptor de las innovaciones internacionales, por lo que es posible encontrar entre los residentes en Madrid usuarios de «éxtasis» que se iniciaron antes que el proceso «despegara» en Valencia.

Por otra parte, los resultados de la encuesta escolar realizada a finales de 1994 apoyan también hasta cierto punto el modelo «levantino» en la extensión de las «pastillas» o «pirulas» de «éxtasis» (véase tabla 3.1). Los nuevos consumos se han extendido desde ciertas zonas turísticas con gran presencia de extranjeros a los entornos «bakalaeros» y «after hours» de las grandes ciudades, y de ahí al interior y otras zonas costeras y turísticas más exclusivas de los veraneantes españoles.

Zonas «calientes» en el consumo de «éxtasis»

Algunos entornos se han asociado más con el consumo de «éxtasis» y sustancias análogas. Suele tratarse en principio de zonas «de excepción» por un motivo u otro. Por ejemplo, zonas turísticas, vacacionales, estacionales, con alta población flotante; zonas específicas de ocio donde en ocasiones la juventud local se pone en contacto con viajeros cosmopolitas, los «world travellers» de otros procesos de difusión de innovaciones y, concretamente, de nuevos usos de drogas, o simplemente con forasteros (extranjeros o no) que comunican y proveen tanto ideas, estímulos como sustancias, favoreciendo la adopción de las nuevas prácticas. También son importantes entornos las macrodiscotecas en la periferia de las ciudades, sobre todo las «industriales» y las discotecas «bakalao» y «after hours». Algunas zonas y entornos que hemos estu-

diado han sido centros de difusión de los nuevos consumos. Los más importantes serían:

1. Ibiza, donde se han comunicado muy diversos grupos de neófitos y divulgadores de las nuevas modas y las nuevas sustancias.
2. Una amplia red de rutas de ocio juvenil en el Oriente andaluz, que llevan desde Granada a Almería y el sur de Alicante, pasando por Sierra Nevada y algunos puntos de las afueras de Murcia.
3. La red de discotecas y macrodiscotecas valencianas y alicantinas que se extienden desde la carretera a Madrid y la Albufera hasta Bigastro, en el sur de Alicante. Esta área ha influido tanto en Madrid como en Cataluña.
4. El conjunto centro-periferia de las discotecas «tecnó» y «bakalao» madrileñas y los polígonos de ocio juvenil surgidos en un proceso claro de sustitución de funciones posindustrial.
5. Ciertas zonas costeras andaluzas, como la Costa del Sol, sobre todo en torno a Marbella. Más recientemente, ciertas zonas de la costa de Cádiz y Huelva, que se conectan intensamente con entornos sevillanos. La ciudad de Sevilla durante la celebración de la Exposición Universal de 1992 fue también un importante foco de comercio, consumo y «presentación» de la innovación.

Tabla 3.1. Encuesta escolar 1994. Porcentaje y número de escolares que afirman haber probado «éxtasis y otras drogas químicas» por Comunidades Autónomas (N: 21.094)

Comunidad Autónoma	Usuarios	
	%	N
C. Valenciana.....	5,9	56
Canarias.....	5,0	35
Madrid.....	4,8	26
Baleares.....	4,2	32
Cataluña.....	4,2	44
Navarra.....	4,1	13
Murcia.....	3,6	25
Aragón.....	3,4	30
La Rioja.....	2,9	97
Castilla-La Mancha.....	2,8	102
Asturias.....	2,6	16
Andalucía.....	2,2	18
Castilla y León.....	2,2	103
País Vasco.....	2,2	33
Cantabria.....	1,7	34
Extremadura.....	1,7	29
Galicia.....	1,7	19
TOTAL.....	3,4	712

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de DGPND/CUANTER, 1995.

Existen zonas «calientes» en otras regiones, principalmente el País Vasco y Cataluña, y en 1995 y 1996 se ha producido una considerable extensión por casi toda España tanto de los locales como de las «fiestas» asociadas a la presencia y consumo de los nuevos derivados anfetamínicos. Las diferencias regionales eran todavía sobresalientes en la encuesta escolar de 1994 (véase tabla 3.1 y De la Fuente *et al.*, 1996), pero en algunos casos, como el de Andalucía, han sufrido notables transformaciones y parece que las otras influencias más permanentes como las que existen entre zonas urbanas y rurales, más o menos cosmopolitas, etc., están reafirmando su importancia.

Evolución de las aprehensiones policiales de MDMA y análogas

Como hemos señalado, la actividad policial en su persecución de la distribución de drogas ilegales proporciona una serie de informaciones que pueden ser de utilidad para ampliar nuestro conocimiento de la extensión del uso de MDMA y análogos. Los policías expertos en este mercado son también informantes cualificados, y los registros de sus acciones proporcionan índices que complementan otros datos e indicadores.

En lo que respecta a la evolución de las confiscaciones de MDMA y análogas por parte de la policía, el incremento a lo largo de los últimos años es muy marcado. En la tabla 3.2 se presenta la evolución del total de incautaciones policiales de las principales drogas ilegales en los últimos quince años. Esa tabla ofrece importantes indicios de la evolución del comercio y consumo de tales drogas en el período más crucial de nuestra historia a este respecto.

En lo que concierne a las drogas del tipo «éxtasis» el aumento es muy notable; las confiscaciones se han multiplicado por mil en los últimos diez años, superando ya las 700.000 unidades, que suponen, probablemente, sólo una pequeña proporción de las cantidades que realmente se distribuyen y llegan a los consumidores. La distribución anual de ese crecimiento exponencial apoya también el modelo temporal de expansión presentado antes.

Además, cuando se comparan las confiscaciones de MDMA y análogos con las de otras drogas ilícitas se aprecia el cambio en las constelaciones de policonsumo que están teniendo lugar en nuestro país. Así, no hay otra droga cuyas confiscaciones hayan crecido tan deprisa en los años noventa, y parece confirmarse que el del «éxtasis» es un mercado emergente: la MDMA y sus derivados son uno de los productos ilícitos de mayor éxito comercial de los que se han introducido en las últimas décadas en el mercado español. En este caso se trata de una sustancia ilegal, cuya producción y distribución sigue rutas y reglas algo diferentes a las de otros productos de consumo masivo. No se aprecia semejante aumento en esta década en lo que concierne a ninguna otra droga ilegal. Ni en las «más tradicionales», como la heroína o la cocaína o el cannabis, en las que el crecimiento se produjo varios años antes, ni en lo que concierne a otras sustancias cuyo uso se ha extendido también en los últimos años, a veces en paralelo con la expansión del «éxtasis», como es el caso de las formas de anfetamina en polvo o «speed» o la LSD. Conviene, sin embargo, destacar el salto en la disponibilidad de cocaína ocurrido en los ochenta y su continuidad en

Tabla 3.2. Aprehensiones de MDMA y las principales drogas ilegales en España por unidades o pesos (1980-1995)

Año	MDMA y análogos (unidades)	Cannabis (kg)	Cocaína (kg)	Heroína (kg)	LSD (unidades)	«Speed» (kg)
1980.....	0	11.400	58	6	—	—
1981.....	0	20.900	47	34	—	—
1982.....	0	27.600	114	68	—	—
1983.....	0	20.800	275	109	—	—
1984.....	0	37.200	277	203	—	—
1985.....	0	66.400	303	253	—	—
1986.....	2	47.867	669	407	—	0,0
1987.....	187	59.210	1.134	413	—	0,0
1988.....	259	90.940	3.461	480	—	0,0
1989.....	4.325	64.225	1.852	713	—	0,0
1990.....	4.512	70.076	5.382	886	6.564	0,3
1991.....	22.165	104.751	7.574	741	8.707	4,0
1992.....	45.345	121.439	4.454	672	9.662	23,0
1993.....	274.422	160.169	5.351	604	7.060	34,0
1994.....	306.501	219.716	3.899	824	7.213	32,0
1995.....	739.511	197.024	6.897	545	15.437	35,0
TOTAL.....	1.397.229	1.319.717	41.747	6.958	54.643	128,3

Fuente: Dirección General de la Policía ², Comisaría General de Policía Judicial, Oficina Central Nacional de Estupefacientes.

los primeros noventa, algo que se refleja en su presencia casi constante en la mayoría de los entornos donde se consume también «éxtasis». No aportamos los datos respecto a la cocaína base, que no superan los cientos de gramos, y que no parece haberse extendido tanto como algunos habían previsto a partir de la experiencia norteamericana, aunque una parte del clorhidrato en polvo puede estarse transformando en los últimos eslabones de distribución y consumo en cocaína base apta para ser fumada.

Incautaciones por Comunidades Autónomas

Las Comunidades Autónomas que registran las tasas mayores de confiscaciones policiales en los últimos años son la Comunidad Valenciana, Cataluña, Madrid y Andalucía, por ese orden ³. En el gráfico 3.3 se ofrece una visión directa de ese parámetro que indica claramente el aumento en el comercio de «éxtasis» en el período

² Más adelante estudiaremos el contenido más frecuente de esos comprimidos clasificados por la policía como MDMA.

³ Excluimos el caso de Castilla-La Mancha, donde la confiscación de una sola partida de 150.000 pastillas en un pueblo de Albacete no nos parece indicar un alto consumo en esa Comunidad. Obviamente ese grupo detenido en La Roda no pensaba distribuir su mercancía en el todavía incipiente mercado manchego.

de su máxima extensión hasta la fecha. La consolidación del mercado puede apreciarse aún mejor cuando se desglosan por provincias los datos de las incautaciones policiales. Tenemos datos desagregados para los últimos tres años, en los cuales se han ido incrementando de forma notable las confiscaciones, tanto en el total de unidades incautadas como en el número de provincias donde se han producido aprehensiones policiales (véase tabla 3.3).

En los últimos cinco años se ha producido una importante extensión territorial del mercado y consumo de «pastillas» del tipo que nos ocupa. Como se aprecia en la tabla 3.3, las incautaciones policiales se han producido cada año en un mayor número de provincias. En 1992 la policía registraba incautaciones de esas sustancias en 18 provincias, que fueron 30 en 1993, y 36 en 1994. En dos años se ha duplicado el número de provincias donde se han incautado «pastillas» conteniendo derivados anfetamínicos de sustitución. En 1995 se realizaron incautaciones en 48 provincias españolas.

El momento crucial de la «masificación» y «vulgarización» del consumo de las drogas tipo «éxtasis» se produce en 1994, un año en que las incautaciones alcanzan ya prácticamente toda la geografía nacional, produciéndose confiscaciones en provincias alejadas de los grandes centros urbanos donde las innovaciones conductuales y comerciales comienzan a expandirse. Se producen confiscaciones en provincias como Jaén, Zamora o Palencia, que indican una extensión del consumo de estas sustancias a agrocidades del interior e incluso a zonas rurales del poniente español. En 1995 continúa esa extensión y consolidación del fenómeno, a la vez que se percibe una mayor complejidad en las zonas de distribución, a pesar de que la dominancia mediterránea y levantina de la entrada de estas sustancias en España parece mantenerse; se producen ya confiscaciones en todas las provincias, lo que indica una penetración importante de las nuevas formas de distribución y consumo en una amplia red social y territorial.

Los datos anteriores permiten también constatar que se está consolidando un mercado más o menos estable y especializado de estas nuevas drogas. Algunas confiscaciones, por su tamaño, conciernen a importadores o vendedores a gran escala; otras parecen corresponder a comerciantes intermedios, que trabajan al por mayor y abastecen directamente a grupos de consumidores o a vendedores al detalle; y las confiscaciones menores conciernen probablemente a detallistas o consumidores.

Estudio hemerográfico exhaustivo de las confiscaciones policiales

Hemos construido una base de datos con información detallada sobre un gran número de incautaciones policiales de «éxtasis» o equivalentes. Al no poder recoger estos datos directamente de fuentes policiales, hemos recurrido a las noticias de prensa en diversos diarios nacionales y provinciales, contrastando las noticias respecto a las incautaciones a través de varias fuentes periodísticas para obtener datos que, a pesar de sus limitaciones, resulten válidos y fiables (Franzosi, 1987). Las cantidades incautadas, la procedencia hipotética de la droga, la edad de los detenidos, su nacionalidad, son datos que aparecen en las noticias y que, en la mayoría de los casos, tienen

Tabla 3.3. Incautaciones policiales de MDMA y análogos en España, ordenadas por número de unidades y por provincias (1992-1995)

	1992	1993	1994	1995
Provincia	Provincia	Provincia	Provincia	Provincia
1	Balears.....	Albacete.....	Barcelona.....	Barcelona.....
2	Valencia.....	Barcelona.....	Valencia.....	Valencia.....
3	Barcelona.....	Alicante.....	Gerona.....	Tarragona.....
4	Alicante.....	Tarragona.....	Alicante.....	Balears.....
5	Zaragoza.....	Madrid.....	Balears.....	Madrid.....
6	Granada.....	Lérida.....	Madrid.....	Alicante.....
7	Castellón.....	Navarra.....	Granada.....	Gerona.....
8	Murcia.....	Balears.....	Tarragona.....	Jaén.....
9	Toledo.....	Valencia.....	Almería.....	Cádiz.....
10	Lérida.....	Gerona.....	Cádiz.....	Murcia.....
11	Álava.....	Castellón.....	Lérida.....	Sevilla.....
12	Asturias.....	Álava.....	Murcia.....	Lérida.....
13	Tarragona.....	Murcia.....	Castellón.....	Pontevedra.....
14	Valladolid.....	Zaragoza.....	Sevilla.....	Las Palmas.....
15	S. C. Tenerife.....	Las Palmas.....	Navarra.....	Málaga.....
16	Albacete.....	Burgos.....	Zaragoza.....	Albacete.....
17	Madrid.....	Tenerife.....	Asturias.....	Valladolid.....
18	Málaga.....	Almería.....	Albacete.....	Castellón.....
19		Cáceres.....	Huesca.....	Cantabria.....
20		La Rioja.....	Málaga.....	Guipúzcoa.....
21		Asturias.....	Guadalajara.....	S. C. Tenerife.....
22		Guipúzcoa.....	Teruel.....	Álava.....
23		Huesca.....	Toledo.....	Toledo.....
24		Lugo.....	S. C. Tenerife.....	Zaragoza.....

	1992	1993	1994	1995
25	Palencia	13	Ciudad Real	Zamora
26	Sevilla	12	Huelva	Huesca
27	Málaga	9	Alava	Granada
28	Santander	7	Valladolid	Ciudad Real
29	Ciudad Real	4	Jaén	La Coruña
30	Toledo	2	Guipúzcoa	Vizcaya
31			Palencia	Ceuta
32			Las Palmas	Asturias
33			Vizcaya	Cáceres
34			Zamora	Almería
35			Córdoba	Guadalajara
36			La Rioja	Ávila
37				La Rioja
38				Soria
39				Cuenca
40				Salamanca
41				Badajoz
42				Córdoba
43				Huelva
44				Navarra
45				Teruel
46				Burgos
47				León
48				Palencia

Fuente: Dirección General de la Policía, Comisaría General de Policía Judicial, Oficina Central Nacional de Estupefacientes. Estadísticas 1992-1995

un alto nivel de validez, aunque pueda haber problemas de fiabilidad, que se pueden superar contrastando los datos de diversos periódicos. Usaremos esta base de datos en nuestro trabajo sobre el mercado de «éxtasis» en España (véase capítulo 7). La tabla 3.4 muestra algunos de los resultados básicos de esa búsqueda hemerográfica.

Tabla 3.4. Número de incautaciones policiales de «éxtasis» en España recogidas en la prensa (1986-1995)

<i>Año</i>	<i>Número de incautaciones</i>
1986	1
1987	2
1988	3
1989	5
1990	2
1991	10
1992	5
1993	16
1994	25
1995	27
TOTAL	96

Fuente: Investigación hemerográfica en 31 periódicos nacionales y provinciales.

Esta muestra detallada contiene referencias a un alto porcentaje de todas las incautaciones policiales. Así, si la Dirección General de la Policía recogía en sus informes un total de 657.716 unidades de MDMA incautadas entre 1987 y 1994, nuestra muestra para esos años recoge información respecto a 412.997 unidades, esto es, el 63 por 100 de todas las incautaciones recogidas en los archivos policiales centralizados.

Las etapas del proceso de vulgarización y popularización del consumo de «pastillas» se aprecian también en la evolución de las confiscaciones. La primera aprehensión de MDMA de la que tenemos noticia se realizó cuando se mandó analizar por casualidad dos cápsulas halladas en un coche en Ibiza en septiembre de 1986. Desde entonces, el número de incautaciones y las cantidades incautadas no ha dejado de crecer. En los cuatro primeros meses de 1995 se incautaron 200.000 unidades, lo que ilustra bien el tipo de saltos cuantitativos que se asocian a la difusión de estas innovaciones sociales y farmacológicas.

MAGNITUD DEL FENÓMENO: PREVALENCIA DEL USO DE «ÉXTASIS»

Todos los datos ofrecidos anteriormente demuestran de forma clara que el uso de «pastillas» que pretendidamente contienen «éxtasis» se ha extendido notablemente en España desde 1987 y, sobre todo, desde 1992. Es difícil conocer con cierto rigor cuántas personas han usado estas sustancias en nuestro país, un problema que comparten todos los usos de drogas ilícitas. Intentaremos aquí repasar lo que conocemos a este respecto y proponer una serie de estimaciones aproximadas que, aunque hipotéticas, se encuentran dentro de lo que indican los datos a nuestra disposición.

Nuestro estudio ofrece indicios del alto porcentaje de usuarios que, tras probar estas sustancias, perseveran en esos usos incorporándolos a sus pautas y recursos de entretenimiento o experiencia. De cada 100 personas que prueban estas drogas, unas 15 siguen usándolas con una alta frecuencia e intensidad.

En relación a la extensión del uso de MDMA y análogas hemos repasado los datos que nos ofrecen las principales encuestas poblacionales que incluyen información a este respecto, las confiscaciones policiales (de las que hemos hablado), y hemos llevado a cabo un sondeo escolar en las zonas donde hemos realizado trabajo de campo para profundizar en nuestro conocimiento de contextos juveniles más allá de los lugares de ocio, tratando de recoger información sobre la extensión no sólo del uso, sino del conocimiento y percepción de tales sustancias. Nuestro trabajo de campo etnográfico y observacional también nos ofrece un marco muy útil para mejorar la calidad de nuestras hipótesis a este respecto.

Encuestas (1994-1996)

Los primeros datos sobre esta cuestión pueden obtenerse de varias encuestas realizadas en los últimos años. Tres de ellas, encargadas en 1994 y 1995 por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, son especialmente interesantes. La primera fue realizada sobre una muestra de población general mayor de dieciséis años, la segunda sobre una muestra de usuarios de heroína y/o cocaína, y la tercera sobre estudiantes de enseñanzas medias, de catorce a dieciocho años. Veamos los resultados que en ellas aparecen respecto a los consumos de las sustancias que aquí nos interesan.

Encuesta a población mayor de quince años, febrero de 1994

Repasaremos primero los datos de la encuesta sobre *Opiniones y comportamiento de los españoles ante el consumo de drogas, tabaco y alcohol*, que se realizó en febrero de 1994 en toda España a 17.617 ciudadanos de ambos sexos mayores de quince años⁴. Los resultados globales de la encuesta se presentan en la tabla 3.5. Como

⁴ El cuestionario utilizado incluía preguntas sobre variables sociodemográficas y sobre pautas de consumo de las principales drogas ilegales (cannabis, cocaína, heroína, «crack» y drogas sintéticas),

Tabla 3.5. Tasas de consumo efectivo de drogas ilegales, 1994.
En porcentajes

<i>Sustancia</i>	<i>Han probado</i>	<i>Han reiterado</i>	<i>Consumen en la actualidad</i>	<i>Consumen a diario</i>
Cannabis.....	16,3	8,3	2,5	—
Cocaína.....	4,3	2,0	0,5	—
Heroína.....	0,8	0,4	0,1	—
«Crack».....	0,3	0,1	—	—
Drogas sintéticas.....	2,2	0,9	0,2	—

(—) = < 0,1%.

Fuente: Encuesta sobre población total mayor de dieciséis años (N: 17.617). CIS, febrero 1994. Estudio 2080: 53.

reconocen sus propios autores, la encuesta ha sido poco útil para «concretar cantidad alguna de consumidores asiduos (diarios)» en todas las categorías consideradas (cinco tipos de drogas ilegales: cannabis, cocaína, heroína, «crack»⁵ y drogas sintéticas). En este sentido, «sólo cuando se trata de un contacto esporádico u ocasional y referido al pasado, aparecen cifras concretas de sujetos en la muestra que se declaren consumidores» (CIS, 1994: 53).

De todas las personas entrevistadas, un 2,2 por 100 [1,98: 2,24]⁶ declaraban haber probado drogas sintéticas. Este porcentaje es del 4,5 en la franja de dieciséis a cuarenta años de edad, donde se concentra el 92 por 100 de los usuarios de todos los que afirman haber probado drogas sintéticas.

así como sobre alcohol, tabaco y algunos fármacos psicoactivos asequibles en farmacias (benzodiazepinas, barbitúricos, anfetaminas, analgésicos). El muestreo fue polietápico, estratificado por conglomerados, seleccionando primero ciertos municipios como unidades primarias de muestreo; secciones municipales como unidades secundarias que fueron seleccionadas de forma aleatoria y proporcional, procediéndose por último a la selección de individuos por rutas aleatorias y cuotas de sexo y edad. La afijación fue no proporcional, asignándose a cada Comunidad Autónoma un fijo de 800 entrevistas, para que incluso en las menos pobladas se llegase a ese número de encuestas. El resto de las encuestas se distribuyó proporcionalmente a la población de cada Comunidad Autónoma. Posteriormente se aplicaron los coeficientes de ponderación correspondientes a cada unidad para hacer los resultados proporcionales a cada unidad de la muestra a nivel nacional. En total se realizaron entrevistas en 48 provincias y 743 municipios de la Península, Baleares y Canarias.

⁵ El «crack» también es cocaína, lo que debía haberse considerado en el diseño de la encuesta. No es de extrañar, por lo tanto, que aparezcan ciertas confusiones en la interpretación de los resultados: por ejemplo, al ofrecer los datos respecto a la modalidad de consumo de cada sustancia se nos dice que un 11 por 100 de los consumidores de cocaína la consumen fumada, es decir, fuman cocaína base. ¿Cuántos de éstos que dicen fumar cocaína fuman «crack»? ¿Cómo se diferencian de los que dicen usar «crack» —que son dos personas—, un 48 por 100 de los cuales (una persona) dice consumir «crack» mezclado con bebida, lo que resulta bastante inverosímil? ¿No se habrá confundido de sustancia?

La entera clasificación de las drogas es bastante dudosa desde un punto de vista etnosemántico, es decir, que atiende a las clasificaciones propias de los usuarios españoles de esas drogas. Por ejemplo, agrupa en los «medicamentos» a las anfetaminas, benzodiazepinas, etc. ¿Y el «speed», esto es, la anfetamina en polvo? (CIS 1994: 80).

⁶ Error muestral: ± 10 por 100.

Si pudiera extrapolarse al total de la población española, estaríamos hablando de más de 630.000 personas que habrían consumido drogas sintéticas en España a primeros de 1994.

Esta estimación debe, sin embargo, desecharse por uno de los problemas básicos que plantean tales datos, y que se refiere a lo que los informantes entendieran por «drogas sintéticas». En nuestro sondeo abierto en centros educativos tanto de enseñanza secundaria como universitaria, muchos entrevistados, tanto usuarios como abstemios, consideraban drogas sintéticas al «éxtasis» y análogas, pero también al LSD y las drogas psicodélicas en general, algo que se ha visto confirmado en nuestro contacto directo con miles de jóvenes en muy diversos entornos. Al incluir esas drogas en las cuestiones relativas al «éxtasis», creemos que se confunden también las tasas de consumo de esta sustancia por edades, puesto que ciertos psicodélicos (LSD sobre todo) llevan varias décadas consumiéndose en España. Por nuestro trabajo nos parece que se trata de un consumo más juvenil del que refleja esta encuesta. Aunque pueda haber un número de experimentadores semejante (más de un tercio) mayores de treinta años, el uso reiterado se concentra en nuestro país en edades más jóvenes.

La variación de los porcentajes de usuarios que han probado esas drogas por Comunidades Autónomas muestra que las del Mediterráneo oriental (Valencia, Baleares, Murcia y Cataluña) aparecen con un porcentaje mayor de consumidores. Ese dominio «levantino» se mantiene en relación a los datos sobre la repetición del consumo y el consumo actual, aunque con porcentajes mucho menores.

Encuesta a usuarios de cocaína y/o heroína, noviembre 1993

En segundo lugar, revisaremos brevemente los datos que ofrece la *Encuesta sobre características, actitudes y opiniones de usuarios de drogas que actualmente no están en tratamiento*, realizada por EDIS a petición de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, en otoño de 1993, a partir de una muestra intencional de 800 usuarios de heroína y/o cocaína (personas que hubieran usado una de esas drogas en los últimos seis meses y que no hubieran seguido tratamiento en ese período).

Respecto a los consumos que nos ocupan se inquiriere mediante la pregunta: «¿Ha utilizado éxtasis y otras drogas de diseño?» Y para aquéllos que responden positivamente, se pregunta sobre la frecuencia de uso, ofreciendo diversas opciones que van desde el consumo en los últimos treinta días al consumo diario.

Según los datos obtenidos, un 19,2 por 100 de los encuestados declara haber consumido «éxtasis y otras drogas de diseño» en los últimos treinta días, y el 0,1 por 100 tiene un consumo más regular —4-6 veces por semana o diariamente— (EDIS 1994: 17). Este porcentaje supera el de los que declaran haber consumido «alucinógenos clásicos», que suponen respectivamente el 11,4 por 100 y el 0,4 por 100 para los que han consumido en el último mes o lo hacen habitualmente.

Por tanto, esta encuesta parece indicar que el consumo de «éxtasis» es especialmente significativo entre poblaciones e individuos que han usado también otras drogas, sobre todo cocaína. Entre los usuarios de cocaína, uno de cada cinco ha

incorporado el «éxtasis» a la batería de las drogas conocidas y disponibles. El ritmo de uso, sin embargo, es generalmente bajo, con un porcentaje casi insignificante de usuarios regulares o intensivos.

Encuesta escolar sobre drogas (catorce a dieciocho años), diciembre de 1994

En tercer lugar, revisaremos los datos que nos ofrece la última encuesta a nivel nacional de que disponemos, y seguramente una de las más rigurosas y completas realizadas hasta la fecha. Esta encuesta se llevó a cabo a finales de 1994, sobre una muestra de población de catorce a dieciocho años escolarizada en centros de Enseñanzas Medias (BUP, COU, FPI, REM, etc.). Una muestra de 21.094 alumnos de 837 aulas en 395 centros de toda España.

Los datos recogidos ofrecían las tasas de consumo para las principales sustancias psicoactivas usadas en nuestro país que se indican en la tabla 3.6.

**Tabla 3.6. Tasas de consumo de las diferentes sustancias consideradas.
Encuesta escolar. Estudiantes entre catorce-dieciocho años.
España, 1994 (N: 21.094)**

<i>Sustancia</i>	<i>Alguna vez</i>	<i>Último año</i>	<i>Últimos 30 días</i>
Tabaco	34,1	* ⁷	28,1
Alcohol.....	83,7	82,4	78,5
Cannabis.....	20,8	18,1	12,2
Tranquilizantes	5,9	4,3	2,5
Cocaína.....	2,4	1,7	1,0
Heroína.....	0,5	0,3	0,2
«Speed» y Anfetaminas	4,1	3,3	2,1
«Éxtasis».....	3,5	3,0	2,0
Alucinógenos.....	4,7	4,0	2,4
Sustancias volátiles.....	3,1	1,8	1,1

Fuente: DGPND y CUANTER 1995: 33-35.

Un 3,5 por 100 de los estudiantes de catorce a dieciocho años declara haber consumido alguna vez «éxtasis y otras drogas químicas», un 3,0 por 100 las ha usado el último año, porcentaje que se reduce al 2,0 por 100 cuando consideramos los que dicen haber usado esas sustancias en los últimos treinta días.

Las tasas de frecuencia de consumidores se elevan con la edad en todas las categorías consideradas, siendo máximas entre los estudiantes de dieciocho años, quienes, precisamente, se encuentran infrarrepresentados en la muestra entrevistada.

El consumo es mayor en estudiantes de centros privados (3,8 por 100 frente a 3,4 por 100) y en FP que en ningún otro tipo de enseñanza, para las tres categorías de uso consideradas (una vez, en el último año, o en el último mes).

⁷ En relación al tabaco no se recogió información respecto a los usuarios en el último año.

La mayoría (86,6 por 100) de los que han probado estas sustancias las han consumido en los últimos doce meses. No hay diferencias significativas por sexo ni edad para esa proporción.

Un 65 por 100 de los que han consumido en el último año continúan haciéndolo en el último mes, un porcentaje que se eleva sobre todo en los más jóvenes, los de catorce y quince años (74,0 por 100) (DGPND/CUANTER, 1995: 85).

De poderse extrapolar tales resultados⁸, tendríamos que han probado alguna vez «éxtasis» o análogas entre 83.000 y 99.000⁹ escolares españoles de entre catorce y dieciocho años, de los cuales, entre 44.000 y 60.000 han usado esas sustancias en los últimos treinta días¹⁰. Considerando que la encuesta parte de un muestreo que infravalora tales consumos, podríamos pensar que son más los jóvenes de esas edades que han consumido tales drogas. En cualquier caso, decenas de miles de los estudiantes de enseñanza media declaran haber consumido «éxtasis».

Las drogas de laboratorio, «speed», alucinógenos (ácidos o LSD) y «pastillas» o «éxtasis» son las drogas ilegales consumidas por un número mayor de estudiantes, sólo superadas por los derivados del cáñamo (fundamentalmente hachís). Esto supone un cambio notable respecto a la situación de unos años antes (cfr. Camí y Barrio, 1993).

Encuesta a población mayor de quince años, febrero de 1996

En febrero de 1996 se llevó a cabo la última encuesta domiciliaria sobre usos de drogas en una amplia muestra (N: 10.000) de población adulta (mayores de quince años) de todo el territorio español. En esta encuesta, a cuyo diseño colaboramos, se prestó especial atención a las drogas de síntesis, especialmente al consumo de «éxtasis» y de otros «nuevos estimulantes» como la LSD y la anfetamina en polvo («speed»), cuyo creciente consumo se ha detectado en España y en otros países europeos.

La encuesta encontró que el 1,6 por 100 de todos los entrevistados había probado el éxtasis al menos una vez. La proporción de usuarios siquiera experimentales de las otras drogas de «laboratorio» era semejante: un 2 por 100 reconoció haber usado anfetaminas y «speed», y un 1,8 por 100, LSD. La proporción de usuarios que las habían probado el último mes era algo inferior (véase tabla 3.7).

En las cohortes de adolescentes y jóvenes adultos las proporciones de usuarios de estas drogas era bastante mayor. Así, alrededor del 5 por 100 de todos los encues-

⁸ Según datos del Censo de Población y Viviendas de 1991 y del Ministerio de Educación y Ciencia y las Consejerías de Educación de las Comunidades Autónomas con competencias transferidas, la población española de catorce a dieciocho años incluye aproximadamente unas 3.090.000 personas, de las cuales se encuentran matriculadas en algún centro de Enseñanzas Medias aproximadamente 2.593.000 (DGPND/CUANTER 1995: 8-9).

⁹ Intervalo de confianza para un 95 por 100: $\pm 0,3$ por 100, que resulta en 3,2-3,8 por 100, y un coeficiente de variación de 4,5 (DGPND/CUANTER 1995: 33).

¹⁰ Coeficiente de variación: 5,8; intervalo de confianza al 95 por 100: 1,7 por 100-2,3 por 100.

Tabla 3.7. Porcentaje de respuestas positivas respecto al uso de drogas «sintéticas» en España. Encuesta domiciliaria, población mayor de quince años, 1996, España (N: 10.000)

<i>Sustancia</i>	<i>Alguna vez</i>	<i>12 últimos meses</i>	<i>Últimos 30 días</i>
«Éxtasis»	1,6	1,1	0,3
Anfetaminas o «speed»	2	0,9	0,3
Alucinógenos (LSD, mescalina, etc.)	1,8	0,7	0,2

Fuente: DGPND/EDIS 1996.

tados de entre diecinueve y veinticinco años habían probado drogas del tipo «éxtasis», y en un porcentaje semejante se encontraban los que han probado «speed» y LSD. El segundo grupo de edad en importancia es el de los adultos de veinticinco a treinta años, seguido de los adolescentes de quince a dieciocho años de edad (véase tabla 3.8). El consumo aparece como especialmente significativo en las ciudades de más de 500.000 habitantes. Cuando consideramos a los jóvenes entre diecinueve y veinticinco años de edad en tales enclaves urbanos, las tasas de consumo vitalicio de éxtasis se elevan al 7,8 por 100.

Tanto en lo que concierne al «éxtasis» como en las otras drogas de síntesis que a menudo acompañan su consumo, los varones tienen una presencia significativamente mayor: hay 3 varones por cada mujer en las respuestas positivas al uso de esta sustancia. Además, los varones declaran consumir «éxtasis» con una frecuencia mayor que las mujeres. También destaca el alto número de estudiantes entre las respuestas positivas, el que haya algunos más desempleados que empleados (1,9 por 100 y 1,2 por 100 respectivamente del total), lo que podría adelantarse dada la alta proporción de adolescentes y jóvenes adultos, así como la presencia de jóvenes en el servicio militar y en otras situaciones de no-ocupación contractual, incluyendo estudiantes (4,8 por 100).

El nivel educativo de los usuarios de «éxtasis» en esta encuesta es medio-alto. La media de edad de inicio en el «éxtasis» es de veinte años; las mujeres parecen iniciarse en el consumo de estas drogas un poco antes. Los resultados para los consumidores de anfetaminas, tanto en forma de polvo como de pastillas, son bastante semejantes a los de «éxtasis» (DGPND, 1996).

Esta encuesta confirma notablemente los resultados de nuestra propia investigación, en el sentido que las «nuevas» drogas de laboratorio se han convertido en el segundo tipo de drogas (por detrás tan sólo del alcohol, tabaco y cannabis) en el que se inician más jóvenes. El incremento del consumo es especialmente significativo en el grupo de los jóvenes adultos, entre dieciocho y veinticinco años de edad (véase tablas 3.7 y 3.8). Como veremos en el siguiente capítulo, los resultados de esta encuesta nacional son muy congruentes con el perfil de usuarios de éxtasis que emerge de nuestros datos.

Tabla 3.8. Porcentaje de entrevistados que han usado drogas «de síntesis» en España por grupo de edad. Encuesta domiciliaria a población mayor de quince años, 1996 (N: 10.000)

Grupo de edad	«Éxtasis»	Alucinógenos y «speed»	Anfetaminas
15-18 años.....	2,4	2,7	2,0
19-24 años.....	4,9	5,0	4,6
25-39 años.....	2,3	3,5	3,6
Total muestra.....	1,6	2,0	1,8
Edad media de inicio.....	21	19,2	19,2

Fuente: DGPND 1996.

Nuestro sondeo escolar

El sondeo que hemos realizado en diversos centros escolares de las áreas donde hemos llevado a cabo nuestro trabajo de campo ofrece también algunos indicios sobre la extensión del uso, la oferta y el conocimiento del «éxtasis» en España en el último año. Hemos utilizado un breve cuestionario autoadministrado (véase apéndice 3), que los alumnos cumplimentaron en clase, y que incluía preguntas abiertas en las que se inquiría sobre el consumo de «drogas de diseño» y se pedía información adicional respecto a su nombre, características y año de primer uso para aquéllos que respondían haberlo consumido. En total lo administramos en 104 aulas o grupos, desde primer curso de BUP o FP hasta los últimos cursos (segundo ciclo) de enseñanza universitaria.

Esta muestra de aulas o grupos de estudiantes no tiene ninguna pretensión de representatividad a nivel de la población total de estudiantes españoles de esas edades. Nuestro propósito era explorar el estado del conocimiento y uso de estas sustancias en entornos escolares semejantes a los que frecuentaban una alta proporción de los usuarios entrevistados y seguidos en el trabajo de campo etnográfico. Es, sin embargo, una pequeña pieza más en el rompecabezas que suponen los nuevos consumos de las drogas de «laboratorio» en nuestro país.

Resultados

En total, de los 2.804 estudiantes entrevistados, 123 declararon específicamente haber consumido «éxtasis», lo que supone un 4,4 por 100 de todos los entrevistados. Ese porcentaje podría ser más elevado, pues el número de no respuestas fue alto en este grupo¹¹. Un porcentaje semejante declaró haber probado LSD.

¹¹ El porcentaje de no-respuestas o de respuestas positivas sin especificar fue bastante alto, resultando en algunos casos muy cercano al de respuestas positivas. Lo mismo ocurrió en la encuesta escolar de 1994 (DGPND/CUANter, 1995).

Tabla 3.9. Porcentaje de estudiantes que han probado «éxtasis». Sondeo escolar, mayo-junio 1995 (N: 2.804)

Edad	Total		Hombres		Mujeres	
	% han probado	N: Total	% han probado	N: Hombres	% han probado	N: Mujeres
14	1,8	400	2,1	195	1,5	205
15	3,5	396	2,1	195	5,0	201
16	2,6	457	2,3	218	2,9	239
17	5,7	351	6,3	191	5,0	160
18	3,5	254	2,6	115	4,3	139
19	4,7	170	9,1	66	1,9	104
20	4,6	196	6,4	63	3,8	133
21	4,2	191	9,7	62	1,6	129
22	9,3	150	17,7	51	5,1	99
23	11,0	82	18,6	43	2,6	39
24	9,4	53	16,7	24	3,5	29
25	5,0	20	11,1	9	0,0	11
26	12,5	16	0,0	8	25,0	8
27	9,1	11	0,0	2	11,1	9
Total.....	4,4	2.747	5,5	1.242	3,5	1.505

Esos datos coinciden con los obtenidos en las encuestas disponibles, entre otras cosas, en que el consumo de estas sustancias comienza en algunos casos a los catorce años y que para las cohortes adolescentes y jóvenes aumenta con la edad, siendo máximo en los primeros años de la veintena, entre los veinte y los veinticinco años. Hay, sin embargo, un pequeño pero significativo porcentaje de adolescentes que las consumen ya entre los catorce y los diecisiete años, y que podría rondar el 2 por 100 de los jóvenes de esas edades en las zonas donde se ha extendido el consumo de «pastillas». Se perfila también la extensión masiva del uso de «éxtasis». Las nuevas «pastillas» se están convirtiendo en uno de los tipos de drogas ilegales que un mayor número de jóvenes ha probado, precedida en frecuencia sólo por los derivados del cannabis.

Uso de LSD

La proporción de los que han usado LSD («ácidos», «tripsis», «ajos», etc.) al menos alguna vez es prácticamente igual a la de los que han usado MDMA o sus congéneres: un 4,4 por 100 de todos los entrevistados declara haberlo consumido en algún momento. El porcentaje de respuestas inválidas o de no respuestas es también semejante: 4,3 por 100.

El LSD es una sustancia cuyo uso se ha extendido también considerablemente en los últimos años. El consumo de ambos tipos de sustancias, LSD y «éxtasis», se da con frecuencia en los mismos grupos de jóvenes. La mitad de los estudiantes

que declaran haber consumido «éxtasis» han consumido también LSD (51,2 por 100). No hay diferencias significativas respecto a este punto entre varones y mujeres. Un 51,4 por 100 de los varones que han consumido «éxtasis» han consumido también LSD, frente a un 50,9 de las mujeres.

Lo mismo puede decirse de los que han consumido LSD: la mitad ha consumido «éxtasis» o «pastillas» (50,8 por 100).

Es importante destacar que hay jóvenes que están empezando a probar estas sustancias en edades muy tempranas, entre catorce-dieciséis años de edad, lo que puede suponer la configuración de una población de riesgo específica. En estas edades aparecen también el número mayor de respuestas positivas sin especificar.

Conocimiento de las drogas «de diseño»

En 1994 y 1995, el conocimiento concreto y directo de estas drogas parecía ser todavía bajo en la juventud española, sobre todo en comparación con otras drogas. Son muchos los estudiantes españoles que no conocen lo que son las drogas de síntesis o de diseño, no conocen ni siquiera sus nombres y son incapaces de describirlas. Incluyendo a aquellos que tienen un conocimiento vicario, porque no las han probado ni se las han ofrecido, sólo el 32,3 por 100 de los entrevistados fue capaz de proporcionar una descripción mínima de estas sustancias tal como se presentan en el mercado (8,2 por 100 de no respuestas a esta pregunta). El conocimiento de estas drogas es significativamente más alto entre los varones (un 35,2 de ellos las conoce) que para las mujeres (un 30,8 por 100)¹². Los nombres se han difundido más rápido y más lejos que las sustancias. Un 73,9 por 100 de todos los entrevistados cita alguno de los nombres asociados a estas drogas. Eso significa que una cuarta parte de los jóvenes no conoce siquiera los nombres más populares para referirse a estas sustancias en los entornos juveniles donde se usan («éxtasis», «pirulas», «pastillas», «palomas», «cacharros», «fidodidos», etc.).

La relación entre conocimiento y utilización parece ser mucho mayor en el caso del «éxtasis» que en lo que concierne a otras drogas ilegales, lo que apoyaría la hipótesis de que ésta es una droga muy bien considerada entre la juventud. También podría deducirse que la promoción y publicidad de estas sustancias puede todavía alcanzar a más potenciales usuarios que en el caso de otras drogas ilícitas.

El desconocimiento, sin embargo, se va reduciendo rápidamente «gracias», entre otros, a los esfuerzos de los medios de comunicación, de donde procede la información de un alto número de los estudiantes entrevistados. Por ejemplo, un estudiante madrileño de veintiún años escribía:

¹² No tenemos noticia de otras encuestas o sondeos en los que se haya pedido a los informantes que describan la apariencia de las drogas, por lo que resulta difícil conocer comparativamente la importancia de tasas semejantes.

Los éxtasis son como comprimidos de okal más o menos, según he visto en los telediarios.

(Varón, nacido en 1973)

El sondeo escolar ofrece también indicios respecto a la disponibilidad de esas sustancias para los jóvenes españoles. Un 17 por 100 de los estudiantes entrevistados declaró que le habían ofrecido «éxtasis» o «pastillas» (describiéndolas satisfactoriamente). El porcentaje de varones que había recibido tal oferta (20,1 por 100) es significativamente superior al de mujeres (14,6 por 100). Un 13,8 por 100 de los entrevistados afirmó que le habían ofrecido LSD («ácidos»). De nuevo el porcentaje fue significativamente mayor para los varones (15,3 por 100) que para las mujeres (12,6 por 100). La oferta de «pastillas» tipo «éxtasis» parece estar hoy algo más extendida que la de LSD, lo que confirma los datos que tenemos sobre incautaciones policiales y sobre tasas de consumo.

IV

LOS USUARIOS DE «ÉXTASIS» Y SUS CONSUMOS: DEMOGRAFÍA Y PAUTAS DE USO

En este capítulo presentamos los datos de nuestra investigación respecto a las características sociodemográficas y las pautas de uso de drogas de los usuarios de «éxtasis».

USUARIOS ENTREVISTADOS

Como hemos dicho, en nuestro trabajo de campo hemos entrevistado una muestra de usuarios de «éxtasis» y sustancias análogas (N: 418) formada a partir de técnicas de referencia en cadena. Aunque se trata de una muestra intencional, y por tanto no podemos decir que sea representativa, hemos intentado maximizar su heterogeneidad, incluyendo la mayor diversidad de usuarios en cuanto a criterios de sexo, edad y lugar de residencia, y su posible aleatoriedad, iniciando un gran número de redes distintas. Por ello, pensamos que la muestra contiene a los principales tipos de usuarios de estas sustancias que existen en nuestro país, e ilustra bien las principales diferencias, circunstancias y características de los usuarios de estas sustancias y su reciente evolución.

A continuación describimos algunas de las características principales de los usuarios de «éxtasis», a partir de la información obtenida a través de las entrevistas a esos usuarios y nuestra observación directa de su comportamiento.

Distribución por sexos

Un 66,1 por 100 de los usuarios de MDMA y análogas son varones. Hay, pues, dos hombres que usan este tipo de sustancias por cada mujer. Este dominio o mayoría masculina es menor que la que encontramos entre los usuarios de heroína en España, entre los cuales, en todos los registros y sondeos de importancia, por cada heroínomana

o usuaria problemática de heroína encontramos tres heroínómanos. La distribución por sexos de los usuarios de MDMA y análogos se parece más a la distribución que encontramos entre los usuarios de cocaína (cfr. Díaz, Barruti y Doncel, 1992).

Orientación sexual

En cuanto a la orientación sexual, 18 usuarios de nuestra muestra se definieron explícitamente como homosexuales y un usuario se declaró bisexual, lo que representa un 4,6 por 100 de los usuarios entrevistados. De aquéllos que se declararon homosexuales, 4 son mujeres, y 14, hombres. Esos casos representan el 1 y el 3,6 por 100 de toda la muestra, respectivamente. Más hombres que mujeres se declararon homosexuales (un 5,4 por 100 frente a un 2,8 por 100 de cada género, respectivamente), lo que supone una diferencia significativa entre ambos géneros a este respecto.

El porcentaje de aquellos que se declaran explícitamente homosexuales aumenta con la edad. En el grupo de más edad o «adultos» (mayores de treinta años), el 17,9 por 100 de los informantes se declara homosexual. En el grupo inmediatamente inferior (25-30 años) lo hace un 10,3 por 100. Aparte de que la afirmación de una identidad sexual distinta y en gran medida aún estigmatizada pueda afianzarse y robustecerse con la edad, estos datos parecen indicar una distinta prevalencia del uso de MDMA y similares en distintos grupos etarios. Es decir, el uso de «éxtasis» parece tener diferentes asociaciones identitarias, grupales y estilísticas según la edad de los consumidores.

En algunos casos hay alguna diferencia explícita entre el uso de «éxtasis» por homosexuales, es decir, se configura como un uso específico para ese «grupo de referencia» o «universo social» (cfr. Beck y Rosenbaum, 1994). En lo concerniente a las relaciones eróticas y sexuales, el «éxtasis» puede haber jugado un papel distinto en los entornos «de alterne» homosexual, a los más genéricos de «la fiesta». Por ejemplo, en una de nuestras redes de usuarios llegamos a un pequeño grupo de homosexuales que se declararon interesados en prácticas «sadomasoquistas», y se identificaron a sí mismos como «leathers», a saber, personas a las que les gusta llevar indumentarias de cuero al mantener relaciones sexuales, y que vincularon explícitamente esos gustos al uso de «éxtasis» en dichas prácticas.

La edad de los usuarios

El rango de edad de los usuarios de nuestra muestra es muy amplio: va desde los catorce a los cincuenta y tres años. La media de edad para todos los usuarios es de 22,9 (d.s.: 5,1), ligeramente superior para los hombres 23,4 (d.s.: 5,1), que para las mujeres 21,9 (d.s.: 5,0). La mayoría de los usuarios de «éxtasis» tiene entre dieciocho y veinticuatro años. A los diecisiete años la tasa de prevalencia parece incrementarse, alcanzando un máximo en torno a los veinticuatro años. Las mujeres son algo más jóvenes que los varones en la muestra de usuarios, pero no se trata

Tabla 4.1. Usuarios de «éxtasis», entrevistados distribución por sexo y edad (N: 418)

Edad	Mujeres		Hombres		Total			
	N	%	N	%	N	%	N. acum.	% acum.
14.....	4	1,0	0	0	4	1,0	4	1,0
15.....	7	1,7	3	0,7	10	2,4	14	3,3
16.....	7	1,7	11	2,6	18	4,3	32	7,7
17.....	10	2,4	8	1,9	18	4,3	50	12,0
18.....	8	1,9	18	4,3	26	6,2	76	18,2
19.....	13	3,1	20	4,8	33	7,9	109	26,1
20.....	12	2,9	22	5,3	34	8,1	143	34,2
21.....	15	3,6	24	5,7	39	9,3	182	43,5
22.....	9	2,2	20	4,8	29	6,9	211	50,5
23.....	12	2,9	28	6,7	40	9,6	251	60,0
24.....	11	2,6	31	7,4	42	10,0	293	70,1
25.....	2	0,5	13	3,1	15	3,6	308	73,7
26.....	3	0,7	17	4,1	20	4,8	328	78,5
27.....	8	1,9	12	2,9	20	4,8	348	83,3
28.....	6	1,4	14	3,3	20	4,8	368	88,0
29.....	4	1	8	1,9	12	2,9	380	90,9
30.....	3	0,7	7	1,7	10	2,4	390	93,3
31.....	3	0,7	4	1	7	1,7	397	95,0
32.....	0	0	7	1,7	7	1,7	404	96,7
33.....	0	0	3	0,7	3	0,7	407	97,4
34.....	0	0	1	0,2	1	0,2	408	97,6
36.....	1	0,2	0	0	1	0,2	409	97,8
37.....	2	0,5	0	0	2	0,5	411	98,3
38.....	0	0	1	0,2	1	0,2	412	98,6
39.....	1	0,2	1	0,2	2	0,5	414	99,0
40.....	0	0	2	0,5	2	0,5	416	99,5
44.....	0	0	1	0,2	1	0,2	417	99,8
53.....	0	0	1	0,2	1	0,2	418	100,0

de una diferencia significativa ($p < 0,05$). La tabla 4.1 refleja el número de casos y los porcentajes correspondientes a cada edad por sexo.

Los usuarios de «éxtasis» por grupos de edad

El uso de «pastillas» de «éxtasis» se ha extendido en varios grupos de edades. Esas diferencias de edad son relevantes porque se relacionan con otras diferencias, como pueden ser la antigüedad en el uso, la disponibilidad de dinero y la capacidad de establecer relaciones.

En la distribución de edades se aprecian diferentes tipos de usuarios respecto a la edad, que nosotros, por razones analíticas, hemos agrupado tentativamente en

cuatro grupos de edad que parecen situarse en etapas distintas del ciclo vital y que presentan diferencias significativas respecto al uso de MDMA y análogos (véase Gráfico 4.1). Esos cuatro grupos son los siguientes:

1. Los usuarios adolescentes (menores de 18 años), con una iniciación muy temprana, en torno a los quince años e incluso antes. Se trata de menores, en casi todos los casos de entre catorce y diecisiete años de edad, que se dedican exclusivamente a estudiar FP, BUP y COU, o han comenzado ya a trabajar. Su dependencia familiar sigue siendo, en general, alta. Sus discursos suelen ser muy exagerados y no siempre reflejan bien su consumo real, por lo que es esencial incluir «preguntas filtro» en las entrevistas que se les hagan a estos usuarios, y realizar estudios observacionales en sus entornos habituales.

2. Los usuarios jóvenes (18-24 años). Comprende a la mayoría de los estudiantes universitarios, así como a los jóvenes trabajadores.

3. Los usuarios jóvenes-adultos (25-30 años). Jóvenes que se han independizado o empiezan a hacerlo.

4. Los usuarios adultos (mayores de 30 años). Adultos con ocupaciones profesionales, obreros, administrativos, etc., y que muestran ya una orientación ocupacional (o su definitiva ausencia) y una cierta independencia económica y familiar.

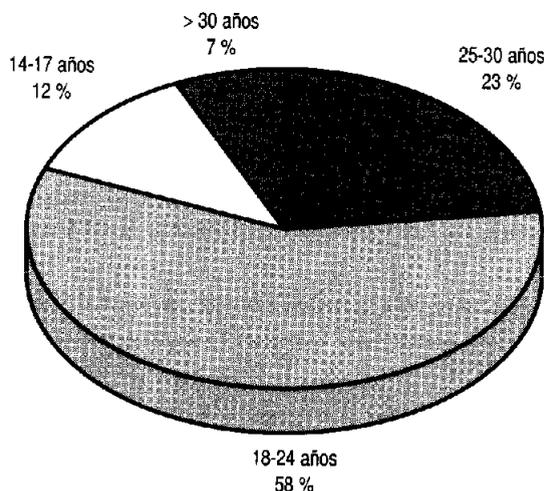
En estos cuatro grupos de edad se observan diferencias en cuanto la motivación y conceptualización del consumo de las drogas «de laboratorio». Entre los más jóvenes, el uso de «pastillas» se está convirtiendo en una práctica cada vez más «común», en el sentido de no asociarse a ningún estilo cultural específico. Mientras que para los adultos y los jóvenes adultos forma parte de una práctica o pauta asociada a «universos sociales» especializados: grupos con una tradición propia, con redes propias de difusión de información e innovaciones, redes propias de contacto (como los homosexuales), usuarios de otras drogas, bohemios, artistas, gentes cosmopolitas, experimentadores, terapeutas, etc. Dicho de otra forma: para probar «éxtasis» en la adolescencia no es ya de esperar que el individuo se asocie a ninguna subcultura o estilo lúdico-festivo específico; el uso de esta droga ya no es patrimonio de ninguna subcultura juvenil o adulta, sino que se ha extendido y convertido en una práctica más convencional y, si se quiere, vulgar para un amplio sector de jóvenes; cada vez priman más las relaciones, contactos y saberes que favorecen la disponibilidad de esas sustancias dentro de una amplia y fragmentada escena «tecno». Esas diferencias a menudo se traducen en diferentes pautas de uso, tanto por frecuencia como por intensidad y continuidad.

El 70 por 100 de los usuarios tiene menos de veinticinco años. Se trata de un fenómeno primariamente juvenil, propio de edades que están experimentando con diversas conductas y sustancias. También se aprecia una creciente participación de menores de edad en estos consumos y en las pautas de adquisición y distribución concomitantes.

Para interpretar esa distribución conviene considerar:

1. Que se trata de un grupo de sustancias recientemente introducido, que diversas generaciones o cohortes están comenzando a experimentar a la vez.

Gráfico 4.1. Porcentaje de usuarios de MDMA y análogos por grupos de edad (N: 418)



2. Que en los diversos grupos de edad pueden darse diversos motivos y tipos de usuarios en proporción o peso significativamente distintos, que tiendan, a su vez, a situar sus inicios en épocas diferentes de sus ciclos vitales.

Estado civil

La mayoría de los usuarios están solteros, lo que resulta lógico considerando su edad.

Tabla 4.2. Estado civil de los usuarios de «éxtasis» por sexo (N: 418)

Estado civil	Mujeres		Hombres	
	N	%	N	%
Soltero	132	93,6	257	92,8
Casado.....	6	4,3	15	5,4
Separado	3	2,1	4	1,4
TOTAL.....	141	100,0	276	99,6

Entre las mujeres, que son algo más jóvenes, hay un porcentaje de solteras ligeramente superior, aunque tal diferencia no es significativa.

Nivel educativo

El nivel educativo de los usuarios de «éxtasis» es variado, aunque alto en comparación con los individuos de semejante edad, y sobre todo con los usuarios de heroína, mientras que es más parecido al de los usuarios de cocaína que no son heroínómanos o ex heroínómanos (Díaz, Barruti y Doncel, 1992). Casi un tercio de los usuarios de MDMA y análogas ha cursado algún tipo de enseñanza universitaria.

Las mujeres tienen un nivel educativo ligeramente superior al de los hombres en esta muestra, aunque la diferencia no es significativa estadísticamente ($p > 0,05$).

Tabla 4.3. Nivel educativo alcanzado por los usuarios de «éxtasis» (N: 418)

<i>Nivel educativo</i>	<i>Mujeres</i>		<i>Hombres</i>		<i>Total</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Analfabeto.....	0	0,0	2	0,7	2	0,5
EGB.....	25	17,7	79	28,5	104	24,9
BUP.....	45	31,9	70	25,3	115	27,5
FP.....	16	11,3	41	14,8	57	13,6
Universitario.....	53	37,6	79	28,5	132	31,6
No contesta.....	2	1,4	6	2,2	8	1,9
TOTAL.....	141	100,0	277	100,0	418	100,0

Fracaso escolar

Una cuarta parte de todos los usuarios entrevistados declara algún tipo de fracaso escolar importante. No hay una diferencia significativa por sexos a este respecto ($p > 0,05$).

Tabla 4.4. Fracaso escolar en usuarios de «éxtasis» (N: 418)

<i>Fracaso escolar</i>	<i>Mujeres</i>		<i>Hombres</i>		<i>Total</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Sí.....	36	25,5	72	26,0	108	25,8
No.....	92	65,2	174	62,8	266	63,6
No contestan.....	13	9,2	31	11,2	44	10,6
TOTAL.....	141	100,0	277	100,0	418	100,0

Aunque se trata de un concepto que contiene ciertas ambigüedades, resulta un porcentaje relativamente alto el de aquéllos que declaran haber tenido experiencias importantes de fracaso escolar, sobre todo considerando que se trata de un dato sobre la percepción del fracaso por parte de los interesados.

Ocupaciones y profesiones

Los usuarios de «éxtasis» tienen una gran diversidad de ocupaciones y profesiones. Nuestra muestra contiene desde parados hasta directivos de empresas y funcionarios de alto nivel de la Administración, así como artistas, profesores universitarios, «go-gó girls» (y «boys») y hasta amas de casa que han experimentado/usado «éxtasis» o sustancias que se engloban bajo ese rótulo.

La mayoría (un 35,2 por 100) son estudiantes. Las siguientes ocupaciones por frecuencia son: camareros o camareras (7,7 por 100) o las semejantes de «barman», «hostelería», «dueño de bar o restaurante», «socio de un local de *bakalao*». Los pubs, las discotecas y el mundo de la música joven ocupa también a un sector importante de los usuarios de MDMA. Así, nuestra muestra contiene ocho *disc-jockeys*, uno de los cuales se declara también estudiante. La tercera categoría más frecuente de ocupaciones es la de «empresario», «empresario-gerente» (11 casos) y directivos (8 casos), seguida de la de profesores (10 casos), y administrativos (8 casos). Otras ocupaciones repetidas incluyen peluqueros y peluqueras (7 casos), albañiles (6 casos) y mecánicos (6 casos).

Tabla 4.5. Ocupaciones de los usuarios de «éxtasis» (N: 418)

Ocupación	N	%	Ocupación	N	%
Estudiante.....	147	35,2	Educador social.....	3	0,7
Camarera/o.....	32	7,7	Go-gó girl/boy.....	3	0,7
En paro.....	23	5,5	Comerciante.....	3	0,7
Empresaria-gerente.....	11	2,6	Secretaria.....	3	0,7
Profesor/a.....	10	2,4	Socióloga/o.....	3	0,7
Administrativo.....	8	1,9	Alto funcionario.....	2	0,5
Dependiente/e.....	8	1,9	Bibliotecario.....	2	0,5
Directivo.....	8	1,9	Barman.....	2	0,5
Disc-jockey.....	8	1,9	Carnicero.....	2	0,5
Peluquera.....	7	1,7	Carpintero.....	2	0,5
Albañil.....	6	1,4	Cocinero.....	2	0,5
Mecánico.....	6	1,4	Cristalero.....	2	0,5
Periodista.....	4	1,0	Diseñador.....	2	0,5
Portero discoteca.....	4	1,0	Empleado.....	2	0,5
Relaciones públicas.....	4	1,0	Músico.....	2	0,5
Camionero.....	3	0,7	Representante.....	2	0,5
Dueña bar/restaurante.....	3	0,7	Servicio militar.....	2	0,5

En nuestra muestra hay también actrices, artesanos, analistas y técnicos de sistemas, una ama de casa, trabajadores autónomos, asistentes y limpiadoras, mensajeros, un capataz, un ceramista, un cocinero, un electricista, un cartero, un estanquero, un ingeniero, un marmolista, un ortopeda, un pinche de cocina, un recepcionista, un radiofonista, un zapatero, etc. Un usuario define su profesión como la de «camello»,

aunque son bastantes (19 casos) los que confiesan obtener recursos de la venta de drogas u otras actividades «irregulares», informales o ilegales, aunque no señalan ésa como su profesión u ocupación principal.

Hay 22 individuos que se declaran «en paro» (5,3 por 100). Otros tantos no responden a esta pregunta, quizá por no tener ocupación definida. En cualquier caso, se trata de un porcentaje bastante inferior al que encontramos en la población general de semejante composición demográfica.

Comparación internacional

Nuestros usuarios se parecen bastante en sus perfiles fundamentales, tanto demográficos como subculturales y de pautas de uso, a los holandeses e ingleses de los noventa, aunque con algunas diferencias que pueden deberse a las muestras utilizadas y las formas de explotarlas. Por ejemplo, entre heroinómanos holandeses se dan pautas de uso experimental de «éxtasis» superiores a las que nos ofrecen nuestras encuestas. Las tasas de prevalencia total en poblaciones estudiantiles, sin embargo, eran bastante semejantes a las de España (Korf y Lettink, 1994; Korf y Steenhoven, 1993; Sandwijk, Cohen y Musterd, 1991; EDIS, 1994).

Los usuarios españoles de «éxtasis» parecen presentar, sin embargo, notables diferencias respecto a los usuarios americanos de los ochenta descritos por Beck y Rosenbaum y sus colaboradores (Beck *et al.*, 1989; Beck y Rosenbaum, 1994), así como por las descripciones menos sistemáticas de otros autores más o menos apologeticos de estas sustancias (Eisner, 1989). En la popularización y masificación del uso de MDMA y análogas parece haberse producido una transformación tanto en las características demográficas y socioculturales de los usuarios como en los motivos y percepciones que sostienen tales usos. Los usuarios españoles son más jóvenes, con una mucho menor presencia de motivos terapéuticos y espirituales para el uso de estas sustancias.

PAUTAS DE USO DE DROGAS ENTRE LOS USUARIOS DE «ÉXTASIS»

Uso de otras drogas

Repasaremos primero el uso que de otras drogas hacen los usuarios de «éxtasis» (MDMA y análogas). Las tablas 4.6 y 4.7 presentan los resultados de nuestro estudio a este respecto.

La mayoría de los usuarios de «éxtasis» usan otras drogas, lícitas e ilícitas, además de MDMA. En orden de frecuencia, el mayor porcentaje de usuarios consume también alcohol. Prácticamente todos los usuarios de «éxtasis» han consumido bebidas alcohólicas en algún momento de su vida. Es ligeramente superior la tasa de usuarios entre los varones, pero la diferencia con las mujeres no es significativa. El número de abstemios es prácticamente inexistente.

Tabla 4.6. Porcentaje de usuarios de MDMA y análogas que han usado en alguna ocasión otras drogas psicoactivas (N: 418)

<i>Sustancia</i>	<i>Total</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>	<i>Prob.</i> ¹
Tabaco.....	90,0	92,9	88,5	0,3
Alcohol.....	96,7	97,9	96,0	0,4
Cannabis.....	94,0	92,9	94,6	0,8
Anfetaminas.....	57,7	49,7	61,7	0,006
«Speed».....	79,0	68,1	84,5	0,001
LSD.....	87,1	78,7	91,3	0,001
Tranquilizantes.....	23,4	28,4	20,9	0,02
Inhalantes.....	55,7	54,6	56,3	0,5
Opiáceos.....	23,2	20,6	24,6	0,26
Cocaína.....	88,8	77,3	94,6	0,006

Tabla 4.7. Porcentaje de usuarios de MDMA y análogas que consumen actualmente otras drogas psicoactivas (N: 418)

<i>Sustancia</i>	<i>Total</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>	<i>Prob.</i> ²
Tabaco.....	76,6	79,4	75,1	0,2
Alcohol.....	75,6	74,5	76,2	0,86
Cannabis.....	73,4	67,4	76,5	0,13
Anfetaminas.....	8,9	6,4	10,1	0,09
«Speed».....	26,8	22,0	29,9	0,09
LSD.....	32,8	28,4	35,0	0,1
Tranquilizantes.....	4,8	5,1	5,0	0,6
Inhalantes.....	6,5	3,6	7,9	0,2
Opiáceos.....	2,4	1,8	3,6	0,3
Cocaína.....	46,7	39,0	50,5	0,02

La tabla 4.7 proporciona una descripción bastante completa de los hábitos de uso de drogas de los usuarios de «éxtasis», que permite además situarlos dentro de la población general.

Por ejemplo, tres de cada cuatro usuarios de «éxtasis» son fumadores de tabaco y consumen actualmente bebidas alcohólicas. En una proporción muy cercana se sitúan los que fuman derivados del cáñamo, sobre todo hachís, de forma regular.

Los varones consumen drogas psicoactivas, tanto lícitas como ilícitas con más frecuencia que las mujeres, con excepción del tabaco y los tranquilizantes, en los que el consumo se inclina ligeramente a favor de las mujeres, aunque la diferencia no es significativa. La diferencia entre hombres y mujeres respecto al consumo de cocaína sí que resulta estadísticamente significativa. Los consumidores de «éxtasis» consumen más a menudo cocaína que las consumidoras. La mitad de ellos lo hacen.

¹ Probabilidad obtenida mediante el test chi-cuadrado.

² Probabilidad obtenida mediante el test chi-cuadrado.

Por el contrario, son relativamente pocos los usuarios de «éxtasis» que consumen opiáceos. De otro lado, el «éxtasis» no es una droga especialmente atractiva para los heroínómanos, quienes, entre sus múltiples consumos de drogas, no han integrado las nuevas «pastillas» como una opción regular, aunque puedan haberlas probado. El consumo de «éxtasis» afecta a una población más amplia y significativamente distinta a la que consume regularmente opiáceos. Ya hemos apuntado cómo el «éxtasis» se ha extendido en un contexto social donde la droga temida, denigrada, rechazada es, sobre todas, la heroína. Esto no prejuzga que algunos usuarios intensivos o problemáticos de «éxtasis» no puedan derivar hacia pautas de uso problemáticas de heroína.

Uno de cada cuatro usuarios de «éxtasis» consume actualmente anfetamina y metanfetamina (o sus sales) en polvo («espid»). La mayoría de los usuarios entrevistados distinguen entre «anfetaminas», que han consumido en forma de pastillas, y «espid» («speed»), que se obtiene y consume en forma de polvo. Aunque muchos de ellos puedan conocer que se trata de sustancias análogas o semejantes, hay una distinción simbólica clara entre ambas. Si atendemos a la etnosemántica de los usuarios, hemos de preguntar por separado sobre ambas sustancias.

Es frecuente que los usuarios de MDMA consuman también sustancias quizá más centralmente psicodélicas, como el LSD. Casi un tercio de los usuarios de MDMA consume actualmente LSD. Esa proporción aumenta entre los usuarios actuales de «éxtasis» (un 42,1 por 100). Esa duplicidad de consumo es mayor para los varones (el 43,5 por 100 de los usuarios actuales de MDMA usan también LSD) que para las mujeres (el 39,1 por 100).

Edad de inicio en las diversas drogas

La edad de inicio o de primer uso de cada una de las drogas psicoactivas resulta de interés para comparar a los usuarios de «éxtasis» con otros usuarios de drogas. En la tabla 4.8 se ofrecen los promedios de edad a este respecto por cada sustancia sobre la que se recogió información.

El alcohol y el tabaco constituyen las drogas psicoactivas³ que primero comienzan a consumir los usuarios de «éxtasis», que se comportan a este respecto de forma semejante a la población general de sus mismas características demográficas.

El cannabis es la primera droga ilegal e ilícita consumida por la mayoría de los usuarios de «éxtasis», seguida de las anfetaminas (a menudo de forma instrumental, para estudiar o trabajar), y la experimentación con LSD. Después, cocaína y otras drogas. En las cohortes más jóvenes el «éxtasis» va tras el cannabis como la siguiente droga a probar, tomándole en algunos casos la delantera.

³ Excluyendo en algunos casos a las bebidas que contienen cafeína, sustancia respecto a cuyo consumo no hemos indagado directamente en nuestro estudio.

Tabla 4.8. Edades en las que los usuarios de «éxtasis» entrevistados se inician en el consumo de las principales drogas psicoactivas (N: 418). España 1994-1995

<i>Sustancia</i>	<i>Media</i>	<i>Des. est.</i>	<i>Mediana</i>
Tabaco.....	14,6	2,6	14
Alcohol.....	14,5	2,2	14
Cannabis.....	15,8	2,5	16
Anfetaminas.....	18,1	2,7	18
LSD.....	18,2	3,4	18
«Speed».....	18,7	3,6	18
Tranquilizantes.....	18,6	4,8	17
Inhalantes.....	18,7	3,9	18
Cocaína.....	18,8	3,9	18
Opiáceos.....	20,6	3,6	20

PRINCIPALES PAUTAS DE USO DE «ÉXTASIS»

A continuación repasamos las principales pautas de uso de «éxtasis» en cuanto a la edad de inicio, la frecuencia de uso y su ritmo e intensidad, las vías de administración, etc., delineando a partir de esas pautas una primera tipología multidimensional de usuarios.

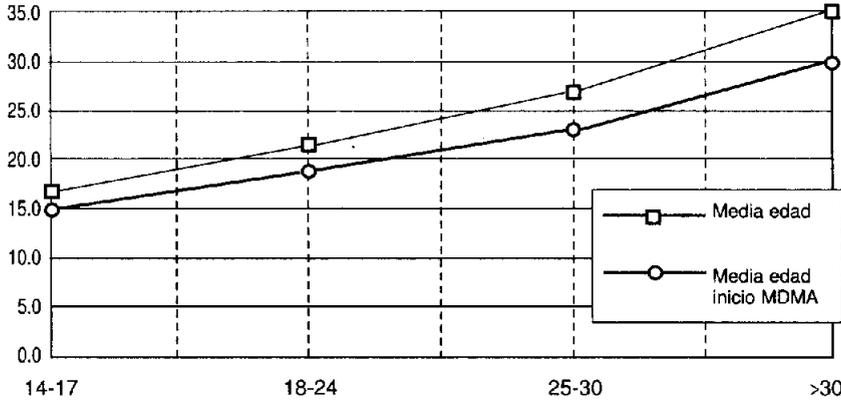
Iniciación en el uso de MDMA y análogos

La edad más temprana de inicio en el consumo de este tipo de sustancias en nuestra muestra es la de trece años. La más tardía es cuarenta años. En la tabla 4.9 aparecen los datos respecto a la edad y año de inicio en este tipo de «nuevas drogas» para los usuarios de nuestro estudio:

Tabla 4.9. Promedio de edad y año de inicio en el uso de MDMA y análogos por grupos de edad. Usuarios de «éxtasis» entrevistados (N: 418). España 1994-1995

<i>Grupo de edad</i>	<i>Edad media del grupo</i>	<i>Edad media primer uso</i>	<i>Des. est.</i>	<i>Año primer uso</i>	<i>Des. est.</i>	<i>N. casos</i>
14-17.....	16,0	15,2	0,97	1994	1,1	50
18-24.....	21,2	18,8	2,11	1992	1,8	243
25-30.....	27,2	23,1	3,15	1990	2,9	97
> 30.....	34,9	29,9	4,32	1989	3,9	28
TOTAL.....	22,9	20,1				418

Gráfico 4.2. Edad de inicio en el uso de «éxtasis» por grupos de edad



El gráfico 4.2 nos ofrece una visión sucinta de la variación de esta variable para los diversos grupos de edad.

Se aprecia muy nítidamente una tendencia a que los más jóvenes se inicien en estos consumos en edad más temprana y muestren una menor variación entre sí a este respecto. Por un lado, ese hecho puede deberse a un menor período de conocimiento y disponibilidad para los diversos grupos de edad, así como al hecho, ya señalado, de que se trata de un conjunto de sustancias novedosas que interesan a diversas cohortes de usuarios potenciales. También podrían apuntar estos datos a otro hecho preocupante: que las nuevas sustancias se estuvieran convirtiendo en una de las primeras drogas ilegales que empiezan a usar los jóvenes españoles, algo a lo que su presentación en forma de comprimidos y su relativa buena fama pueden estar contribuyendo.

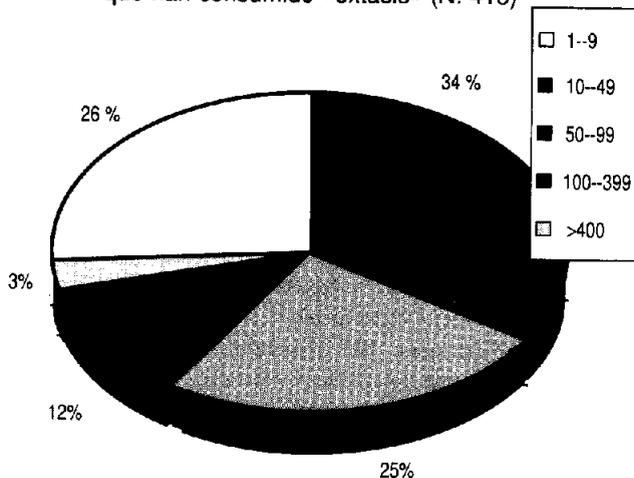
Uso presente de MDMA y abandono del uso

Un 66,5 por 100 de todos los usuarios reconocen usar MDMA actualmente. Un tercio de los usuarios de nuestra muestra, por lo tanto, manifiesta que ha dejado de consumir MDMA y análogas, lo que indica un alto nivel de abstinencia y abandono de estas sustancias.

Frecuencia de uso

Algunos usuarios han consumido MDMA y análogos unas pocas veces; es decir, han «experimentado» con las nuevas «pastillas» y no han vuelto a probarlas. Algunos de los experimentadores han continuado usándolas de forma esporádica en los últimos años. Una minoría ha adoptado las «pastillas» como elemento central de sus actividades de ocio. Como puede apreciarse en la tabla 4.10 y en el gráfico 4.4, cerca del 15 por 100 de los usuarios ha utilizado estas sustancias más de 100 veces. El resto

Gráfico 4.3. Porcentaje de usuarios por número de veces que han consumido «éxtasis» (N: 418)



mantiene formas de uso mucho menos frecuentes, generalmente espaciadas por largos períodos de abstinencia.

La media de veces que han usado MDMA o equivalentes los usuarios de nuestra muestra es de 71 veces por persona (d.s.: 124,7) y la mediana de 25. Los hombres han usado «éxtasis» un número de veces significativamente superior al de las mujeres ($p < 0,05$).

Tabla 4.10. Número de veces que han tomado «éxtasis» (N: 418)

Número de veces	N	%	% acumulado
Hasta 9 veces.....	99	23,7	23,7
10 a 49 veces.....	133	31,8	55,5
50 a 99 veces.....	97	23,2	78,7
100 a 399 veces.....	46	11,0	89,7
Más de 400 veces.....	13	3,1	92,8
No responden.....	30	7,2	100,0

Atendiendo a la frecuencia de uso y a la compulsividad o necesidad sentida, y modificando ligeramente el modelo propuesto por Siegel (1986, 1989), podemos distinguir cinco tipos de usuarios de «éxtasis»:

1. **Usuarios experimentales** (menos de 10 veces): Representarían, según nuestros datos, el 23,7 por 100 de todos los usuarios.
2. **Usuarios ocasionales** (entre 10 y 49 veces): representarían un tercio de los usuarios.

3. **Usuarios regulares** (entre 50 y 99 veces): representarían una cuarta parte de los usuarios.

4. **Usuarios intensivos** (entre 100 y 399 ocasiones de uso): supondrían un 11 por 100 de los usuarios.

5. **Usuarios compulsivos** (usado en más de 400 ocasiones; uso diario en algún período de tiempo): supondrían más del 3 por 100 de todos los usuarios.

La mayoría de los consumidores de «éxtasis», cerca del 60 por 100, son usuarios experimentales u ocasionales, que han usado estas drogas con una frecuencia limitada, sobre todo en fines de semana y otros períodos festivos. Hay, sin embargo, un porcentaje importante, que podría superar el 26 por 100 de los usuarios, que mantienen un uso regular e instrumental de esta sustancia (la utilizan siempre que quieren realizar una tarea u obtener un efecto específico), y son casi un 15 por 100 los usuarios que mantienen, durante períodos más o menos largos, pautas intensivas e incluso compulsivas de consumo, entre los cuales es de esperar se concentren en el futuro los problemas derivados de estos nuevos consumos.

Frecuencia de uso de MDMA por grupos de edad

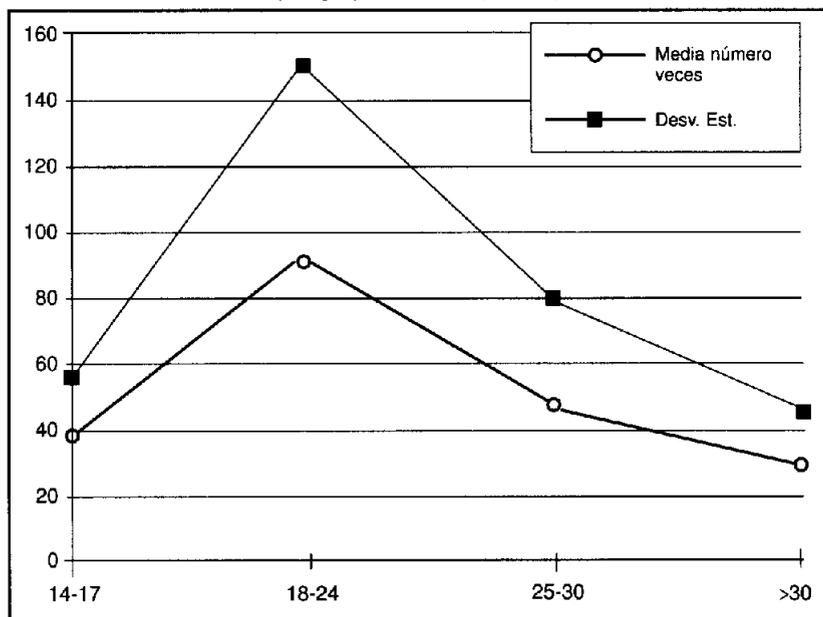
En cada grupo de edad hay una gran diversidad de formas de uso y tipos de usuarios. Desde el experimental que lo ha usado un par de veces y no ha continuado, al usuario que ha utilizado las «pastillas» decenas y hasta cientos de veces. La mayor frecuencia total de uso se da también en el grupo de edad que concentra a la mayoría de los usuarios, entre dieciocho y veinticuatro años. En ese grupo, sin embargo, se da la mayor variedad de formas de uso, lo que se manifiesta en la mayor desviación estándar respecto a la media de los valores de ese grupo para esta variable.

Tabla 4.11. Número de veces que han usado MDMA y análogas por grupo de edad de los usuarios entrevistados (N: 418). Media, desviación estándar y rango. España 1994-1995

<i>Grupo de edad</i>	<i>Media</i>	<i>Des. est.</i>	<i>Mín/máx.</i>	<i>N</i>
14-17	36,8	56,2	1/300	50
18-24	91,7	150,5	1/1.000	243
25-30	50,4	79,9	1/500	97
> 30	29,4	44,6	1/200	28
TOTAL	70,9	124,9	1/1.000	418

La media de esta variable que podríamos llamar «frecuencia total de consumo», y en la que consideramos el número total de veces que han consumido la sustancia, aumenta en el grupo de dieciocho a veinticuatro años de edad de forma muy significativa; es algo menor en el grupo de jóvenes-adultos (25-30 años) y tiene el valor inferior en el grupo de mayores de treinta años. Si atendemos no a medidas centrales, sino a la dispersión de esta variable por grupos de edad, vemos que su variación se comporta de forma semejante y es máxima en el grupo de los jóvenes de dieciocho

Gráfico 4.4. Media de veces que han usado MDMA y análogas por grupo de edad (N: 418)



a veinticuatro años. Eso se explica en cierta manera porque ese grupo contiene el mayor número de usuarios.

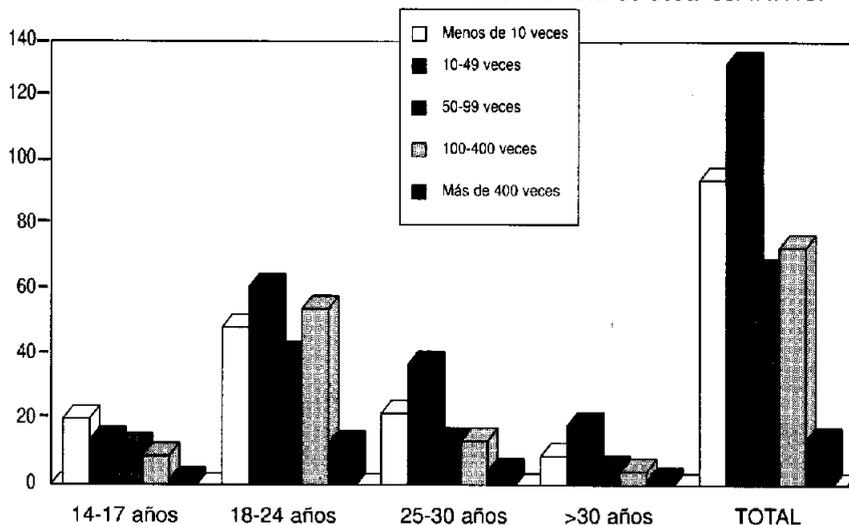
En el gráfico 4.4 se ofrece una imagen que facilita la comprensión de estos datos. Entre los dieciocho y veinticuatro años se concentra el mayor número de usuarios y los usos más peligrosos por su frecuencia e intensidad.

Cuando se consideran las dosis, tanto habituales y máximas, de los usuarios de «éxtasis», en combinación con las frecuencias de consumo, se aprecia que algunos usuarios realizan usos muy elevados de estas sustancias.

Tabla 4.12. Encuesta escolar 1994. Frecuencia de uso en los últimos treinta días para los que han usado «éxtasis» y análogos (N: 21.094)

Frecuencia	% total usuarios éxtasis	% total entrevistados	N
Nunca	41,2	1,39	293
1 a 2 veces.....	34,6	1,17	246
3 a 5 veces.....	11,7	0,39	83
6 a 9 veces.....	6,2	0,21	44
10 a 29 veces.....	2,8	0,09	20
30 o más veces.....	1,4	0,05	10
Sin respuesta.....	2,2	0,08	16
TOTAL	97,9	3,30	713

Gráfico 4.5. Número de usuarios de MDMA y análogas por grupos de edad y frecuencia total de consumo. Porcentajes del total de usuarios. (N:418)



Si comparamos esos resultados con los que ofrece la encuesta escolar realizada en diciembre de 1994, a la que nos hemos referido anteriormente, vemos que sus resultados son congruentes con los encontrados por nosotros (véase tabla 4.12).

Frecuencia mensual estimada de consumo de «éxtasis»

Hemos establecido también una medida hipotética de frecuencia a largo plazo a partir del período de uso y el número de veces que cada informante ha consumido MDMA o análogas. Oscila entre una frecuencia muy baja por mes (0,05 veces por mes o menos) hasta frecuencias superiores a 20 veces al mes⁴.

En la distribución de los usuarios por esa variable y por grupos de edad (tabla 4.13 y gráfico 4.6) observamos que son mayoría los usuarios con un bajo nivel de frecuencia (menos de una vez al mes). Sin embargo, en los grupos de edad más jóvenes (14-17 años y 18-24 años) esa relación se invierte y son mayoría los consumidores con un nivel de frecuencia algo más alto (entre 1 y 5 veces al mes).

En los más jóvenes predominan las frecuencias más altas de consumo. Obsérvese que entre los usuarios mayores de veinticinco años (incluyendo a los mayores de treinta), el porcentaje de usuarios que consumen menos de una vez al mes supera al de aquellos que consumen entre una y cinco veces al mes.

Cuando analizamos la distribución de los miembros de cada grupo de edad en los diversos niveles de frecuencia vemos cómo los jóvenes de dieciocho a veinticuatro

⁴ El número de no-respuestas para esta variable compuesta es más alto de lo habitual pues se combinan las no-respuestas de las dos variables utilizadas para su elaboración.

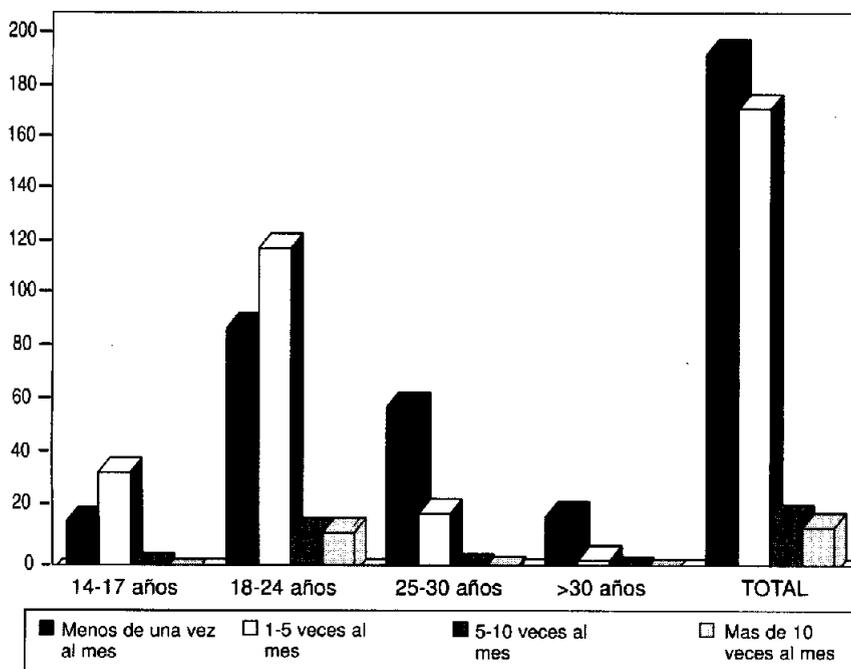
Tabla 4.13. Frecuencia mensual estimada de consumo de «éxtasis» por grupos de edad. Porcentajes por filas (N: 418)

Grupos de edad	Menos una vez al mes	1-5 veces al mes	1-5 veces al mes	Más de 10 veces al mes	No responden
14-17 años.....	32,0	56,0	6,0	0,0	6,0
18-24 años.....	36,6	46,1	4,1	4,1	9,1
25-30 años.....	59,8	23,7	3,1	2,1	11,3
> 30 años.....	75,0	17,9	0,0	0,0	7,1
Todos.....	44,0	40,2	3,8	2,9	9,1

años constituyen el porcentaje más elevado de cada categoría de consumidores, pero su predominio es especialmente significativo en la categoría de mayor frecuencia de consumo (más de 10 veces al mes) en la que representan el 83,3 por 100 de todos los usuarios. En esta categoría los jóvenes-adultos de veinticinco a treinta años representan un 16,3 por 100 de todos los usuarios, mientras los otros dos grupos de edad no tienen representantes.

Cuando analizamos cómo se distribuyen los usuarios respecto a esta variable en cada grupo de edad vemos cómo en los usuarios de los grupos de más edad (los

Gráfico 4.6. Número de usuarios de «éxtasis» por edades y frecuencias mensuales estimadas de consumo (N:418)



mayores de veinticinco y de treinta años) predominan significativamente los usuarios experimentales u ocasionales, mientras entre los más jóvenes son mayoría los usuarios regulares y alcanzan un nivel más importante los intensivos e incluso los que tienen frecuencias de consumo preocupantes.

En suma, los usuarios de dieciocho a veinticuatro años se encuentran sobrerrepresentados en los niveles de mayor frecuencia. Las diferencias de frecuencias de consumo por grupos de edad son estadísticamente significativas ($p < 0,0001$).

Es también preocupante que entre los más jóvenes, a pesar del menor período de consumo, se estén produciendo algunos niveles elevados de ingesta y frecuencia.

Combinación del «éxtasis» con otras drogas

Las «pastillas» se usan con gran frecuencia en combinación con otras muchas drogas psicoactivas. En la tabla 4.14 se presentan las drogas que más comúnmente se utilizan en combinación con la MDMA y sus congéneres.

Tabla 4.14. Combinaciones de «éxtasis» con otras drogas (N: 418)

Otras sustancias	N	%
Tabaco.....	258	61,7
Cannabis.....	249	59,6
Alcohol.....	266	63,6
Anfetaminas.....	136	32,5
Ácidos.....	131	31,3
Poppers.....	70	16,7
Cocaína.....	141	33,7
Opiáceos.....	28	6,7
Otras.....	6	1,4
Ninguna.....	11	2,6
No respuesta.....	45	10,8

La mayoría de los usuarios mezclan las «pastillas» con otras sustancias psicoactivas, sobre todo con alcohol (63,6 por 100), tabaco (61,7 por 100) y cannabis (59,6 por 100). Es también frecuente combinar «éxtasis» con anfetaminas o cocaína. Un tercio de los usuarios (32,5 y 33,7 por 100 respectivamente) ha mezclado esas drogas en alguna ocasión junto con la MDMA y similares.

Las mezclas del MDMA y análogas con otras sustancias pueden potenciar algunos efectos o reducir otros. En el caso de las muertes encontradas en los diversos registros consultados, casi siempre se encontraba en las muestras de sangre y otros tejidos analizados alguna otra sustancia psicoactiva además de la MDMA. A veces las mezclas persiguen precisamente ese sinergismo entre varias drogas. Por ejemplo, hemos observado formas de uso bastante arriesgadas, como la que responde a la ingestión de

la denominada «bomba», la cual se compone de un «tripi», algo de coca y «éxtasis» machacado envuelto todo en un papel de fumar⁵, siendo ingerido todo junto por algunos usuarios.

Contexto social del uso

El contexto social del uso de drogas es una de las variables centrales a considerar, para comprender tanto los efectos específicos de cada sustancia (e incluso cada ingesta) como la posibilidad de que se den usos controlados o moderados o, por el contrario, compulsivos y dañinos. Gran parte de los recursos para «controlar» el uso, y que no derive hacia formas excesivas o compulsivas, son sociales y culturales. En el modelo de Zinberg (1984), uno de los autores que más atención ha prestado a los diversos factores que intervienen en el uso de drogas, el contexto social («setting») es la variable decisiva en las formas que acaba tomando el uso de una droga específica. Mientras Zinberg desarrolló su modelo pensando sobre todo en la posibilidad de que se dieran usos moderados y controlados de heroína y otros opiáceos, Beck y Rosenbaum lo han aplicado recientemente al consumo de «éxtasis», comprobando cómo los contextos socioculturales (incluyendo las motivaciones e ideas dominantes sobre la sustancia) determinan en gran medida muchos de los efectos y pautas del uso del «éxtasis» (1994).

Nuestro trabajo de campo ha producido cientos de páginas de diarios de campo y más de un centenar de entrevistas en profundidad donde se describen con riqueza de detalles las variaciones de los diversos contextos sociales y los grupos donde se consumen estas sustancias. Aquí presentamos los resultados extraídos del análisis de las entrevistas a usuarios (véanse tablas 4.15 y 4.16).

Tabla 4.15. Contexto social del uso de «éxtasis». Porcentajes (N: 418)

<i>¿Con quién lo sueles tomar?</i>	<i>Total</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>
Sola/o	4,1	2,8	4,7
Con amigos	91,9	87,5	91,0
Con mi pareja	28,0	40,5	21,3
Con otras personas	1,9	0,0	2,9
No contesta.....	5,3	4,3	5,8

En España son muy raros los usuarios de MDMA y análogas que consumen esas drogas en soledad. Sólo un 4.1 por 100 ha consumido esas sustancias en solitario, y la mayoría de ellos las toman también con amigos o con sus parejas. Únicamente un 1,7 por 100 de los usuarios de «éxtasis» lo toman siempre en solitario. Por el contrario, son muy comunes, incluso típicos, los usos colectivos, con un propósito social: reunirse o dar una fiesta para consumir este tipo de sustancias.

⁵ El papel de fumar se usa con relativa frecuencia para envolver «pastillas» machacadas, y esto por diferentes motivos y creencias, entre otras la de protegerse las paredes de estómago que muchos usuarios sienten irritadas por el uso de las «pastillas».

En nuestro entorno por lo tanto, el «éxtasis» ha sido y es primariamente una droga social, de ocio, celebración y tiempo libre, no de exploración espiritual o psicoterapia controlada. A veces esos usos grupales toman un carácter voluntariamente «tribal», enfatizando la pertenencia a un grupo común, a unas señas de identidad compartidas de forma más o menos intensa, aunque no necesariamente perdurable.

En la mayoría de los casos, los usuarios consideran el «éxtasis» una droga social, que se toma con amigos; es decir, personas conocidas con las que hay cierta confianza y afinidad. Un 92 por 100 de los usuarios dicen tomarla con esa categoría de personas.

Es también frecuente consumir estas «pastillas» en pareja, en un entorno o contexto erótico o abiertamente sexual. Entre nuestros informantes, un 30 por 100 de los usuarios afirman tomar MDMA y análogas con su pareja, aunque la mayoría la toman también con amigos. Sólo un 2 por 100 las toma exclusivamente con su pareja.

Por lo que respecta a los lugares y espacios donde se realiza el consumo, la tabla 4.16 muestra el predominio de los lugares públicos sobre los privados, de los multitudinarios sobre los restringidos, y de los dedicados al ocio sobre los dedicados al trabajo o a otras experiencias. El campo, la sierra, el bosque o el parque no son lugares muy citados para el uso de «éxtasis», a diferencia de lo que ocurre con otras drogas psicodélicas como la LSD. Los conciertos musicales, sin embargo, sí son entornos donde se consumen ambas sustancias.

Tabla 4.16. Contexto y circunstancias del uso de «éxtasis» (N: 418)

<i>¿Dónde y en qué circunstancias lo has utilizado?</i>	<i>Usuarios</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>
En una discoteca	342	81,8
En un pub	170	40,7
En un bar	84	20,1
En una fiesta privada	171	40,9
En un cumpleaños	112	26,8
En casa	69	16,5
En un «rave» o fiesta	169	40,4
Otros	46	11,0
No responden	19	4,5

Discotecas, pubs, «raves» o «fiestas» y fiestas privadas son los entornos sociales principales del uso de «éxtasis» en España. Más del 80 por 100 de todos los usuarios han usado estas sustancias en discotecas. Otro 40 por 100 las usa en fiestas privadas, «raves» («fiestas», con un sentido muy específico, en castellano) y «pubs» o bares musicales y especializados. Uno de cada cuatro usuarios las consume también en «cumpleaños» y otras celebraciones ordinarias. Y, aunque menor, no es desdeñable

el número de usuarios que las consume también en su casa y, como vimos anteriormente, generalmente acompañado.

La preponderancia de esos contextos refuerza la imagen que nos ofrecen diversos datos sobre el carácter lúdico-festivo, público y «divertido» del uso de la MDMA en España.

V

MOTIVACIONES Y EFECTOS

MOTIVACIONES PARA EL USO

Cuando se analizan los motivos que declaran los usuarios de «éxtasis» para consumir esas sustancias encontramos que se corresponden sobre todo con un uso recreativo, lúdico y festivo de estas sustancias, sobre todo en los contextos de «la fiesta», que corresponde a la versión española y local de la escena «tecno» y el «rave» europeo. También son muy frecuentes los usuarios que las consumen para superar sus sensaciones de fatiga y prolongar los periodos de «fiesta» y celebración, así como la curiosidad y el interés por probar esta sustancia culturalmente novedosa y que se ha visto precedida de una fama tan atrayente. Al preguntar a los usuarios de nuestro estudio por sus motivos para tomar «éxtasis», el mayor número de usuarios (un 71 por 100), declaró una intencionalidad lúdico-festiva, es decir, tomaron «éxtasis» para «pasarlos bien o mejor». La curiosidad como motivo para estos usos es también reseñada muy frecuentemente (66 por 100), sobre todo en los primeros consumos. Destaca de manera significativa el uso como estimulante que dicen hacer de esta sustancia un 46 por 100 de los usuarios. También resulta llamativo el que algo menos de la mitad de los usuarios lo hayan utilizado alguna vez para celebrar algún acontecimiento (cumpleaños, despedidas de solteros, etc.). Un 22 por 100 dice haberlo utilizado para desinhibirse, y un 20 por 100 para evadirse de problemas. El 18 por 100 ha buscado alguna vez en esta sustancia un medio para comunicarse mejor con otras personas. Sólo un 8 por 100 de los usuarios dice haberlo utilizado para ligar, y un 7 por 100 para mejorar su rendimiento sexual, lo que contrasta con las supuestas propiedades eróticas que, como veremos más adelante, la mitad de los usuarios atribuyen a esta droga. Un pequeño grupo de usuarios, el 5 por 100, reconoce haberlo empleado para trabajar. Se trata en todos los casos de profesionales del ocio juvenil nocturno (*disc-jockeys*, *go-gos*, porteros de discotecas, relaciones públicas de locales nocturnos, camareros/as, etc.). Un 15 por 100 dice haberlo empleado en diversas ocasiones sin tener un motivo especial para ello.

Estos primeros datos son de relativo valor para comprender por qué algunas personas deciden probar esta droga o por qué algunos de ellos continúan consu-

Tabla 5.1. Motivaciones declaradas por los usuarios para usar «éxtasis» (N = 399). Frecuencias y porcentajes por sexos

¿Por qué motivos has tomado «éxtasis»?	Mujeres	Hombres	Total
	N = 138 %	N = 261 %	N = 399 %
Propósitos recreativos.....	70	72	71
Ir de «fiesta».....	57	68	64
Curiosidad.....	66	59	61
Estimulante.....	46	46	46
Celebración.....	43	38	40
Imitación.....	28	30	29
Desinhibirse.....	25	20	22
Evasión.....	20	21	20
Comunicarse.....	17	18	18
Ligar.....	5	10	8
Mejorar el rendimiento sexual.....	5	8	7
Trabajar.....	4	6	5
Sin un motivo especial.....	19	13	15
Otros motivos.....	7	5	6

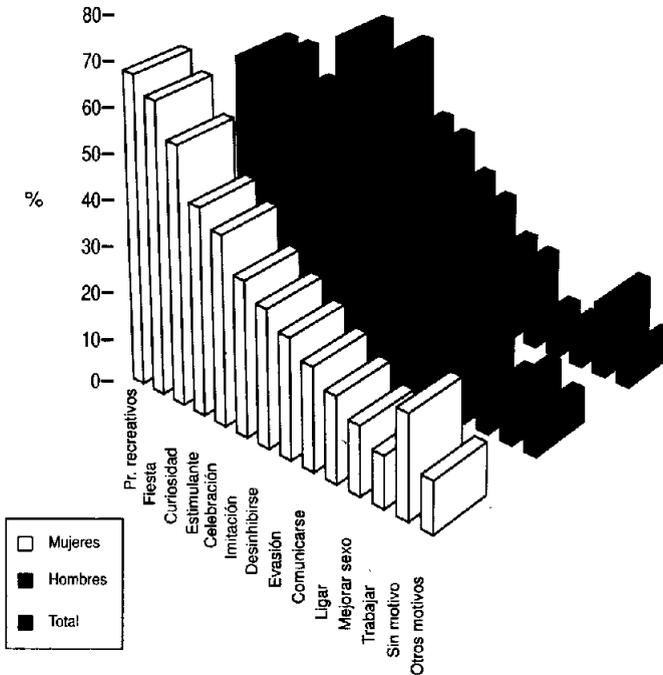
miéndolas; pero sí ofrecen un primer avance de los motivos, propósitos y expectativas dominantes que animan los usos de «éxtasis» aquí y ahora. Más adelante veremos si los efectos que «éxtasis» produce en esos usuarios son congruentes con sus expectativas y propósitos. Pero, para profundizar en los motivos del inicio y mantenimiento del consumo de esta droga atenderemos a los discursos más abiertos y elaborados de los usuarios y atenderemos a tres tipos de razones: las expectativas, los propósitos y las justificaciones del consumo.

Expectativas

Nadie decide probar una droga nueva sin tener algún tipo de expectativas respecto a sus efectos. Los experimentadores puros, individuos que no necesitan ningún motivo para probar nuevas drogas, son una minoría. Incluso en esos casos se puede decir que subyace al consumo un tipo de motivación, a saber, el carácter novedoso o desconocido de la droga en cuestión. Se trata de una droga, una sustancia capaz de alterar el estado de conciencia, y no la han probado todavía. Así lo explica uno de nuestros usuarios:

Con todas las drogas, a la hora de probarlas tengo la misma actitud, lo que quiero es... para saber de qué va la historia, para saber si me interesa consumirla o no, pues entonces yo lo que hago es probarla en principio, sea lo que sea... Bueno, sea..., bueno, no... Ahora hablamos de la heroína... Emm... entonces procuro probarlo, ver el efecto que me hace, juzgarlo y después decidir si me gusta o no me gusta. Con muchísimas he dicho que no me gustan, que no quiero con-

Gráfico 5.1. Motivaciones declaradas por los usuarios para usar «éxtasis» (N: 399)



sumirlas... con la coca por ejemplo. Ha habido otras drogas que no he tenido oportunidad de volver a consumirlas... pero la coca, por ejemplo, muchísimo.

(Daniel, nacido en 1970, residente en Madrid)

Casi todos los usuarios de «éxtasis» de nuestra muestra se decidieron a probar estas sustancias en base a una serie de expectativas generadas por la publicidad de los medios de comunicación, el contacto con algunos «universos sociales», los amigos o la pareja. El 91 por 100 de los usuarios de nuestra muestra declararon que habían oído hablar del «éxtasis» antes de tomarlo por primera vez. Sólo un pequeño porcentaje, por tanto, lo probó llevado por incitaciones o invitaciones situacionales sin tener noticia o conocimiento previo. La principal fuente de información previa habían sido los amigos (82 por 100) y, en un grado mucho menor, la televisión (12 por 100), la prensa (11 por 100) y los libros (7 por 100).

Desde los periódicos más respetados a las revistas más sensacionalistas, casi todas las publicaciones han publicado con gran relieve algún artículo o reportaje sobre el «éxtasis», la denominada «droga» o «píldora del amor». Todos los medios de comunicación, tanto la prensa como la radio o la televisión, han publicitado de una u otra manera las presuntas propiedades de la MDMA. Los datos indican que el consumo de MDMA era aún escaso y estaba restringido a muy pequeños círculos de iniciados cosmopolitas que adquirirían sus dosis fuera de España, cuando comenzaron

Tabla 5.2. Origen de la información de los usuarios acerca del «éxtasis» antes de usarlo por primera vez (N = 418)

<i>Fuente de información</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Amigos.....	344	82
TV.....	52	12
Prensa.....	46	11
Libros	10	7
Otras.....	13	9
No contesta	42	28

a aparecer noticias sobre esta nueva droga en los medios de comunicación. El morbo y atractivo que suele acompañar a cualquier información sobre nuevas pautas de consumo de drogas ilegales, se ha visto incrementado en el caso de la MDMA, al enfatizar sus presuntas virtudes afrodisíacas, su poder como estímulo erótico, y su asociación con determinadas subculturas juveniles consideradas transgresoras de las normas sociales. Muchas personas en nuestro país decidieron tomar «éxtasis» por primera vez al leer algunos de estos artículos «publicitarios» aparecidos en la prensa.

Leímos un artículo en *El País* y decidimos probarlo. Lo habían pintado de puta madre... Todos los comentarios que habíamos leído eran favorables... No teníamos ningún miedo ni sentido del riesgo. No habíamos leído más que cosas.

(Pepe, nacido en 1955, residente en Madrid)

[Había oído hablar del «éxtasis»] en un artículo en el *Cambio* 16. Creo que lo denominaba «la droga del amor».

(Carmen, nacida en 1964, residente en Madrid)

Las redes de amigos y familiares, además de la pareja han sido otro de los principales canales de difusión de expectativas ante esta droga.

Me dijeron que te lo pasabas mejor, aguantabas más horas bailando y riéndote entre colegas. Mis propios amigos lo probaron y me lo dijeron.

(Pedro, nacido en 1973, residente en Valencia)

Comentarios de amigos: el «éxtasis» es la droga del amor, que coges a la chavala y tal...

(León, nacido en 1971, residente en Valencia)

Un amigo me dijo que creaba menos ansiedad que otra cosa y que los efectos duraban más.

(Ponce, nacido en 1968, residente en Valencia)

Los amigos me dijeron que era una droga con la que me iba a sentir muy bien y que me iba a dar mucha felicidad y actividad.

(Laura, nacida en 1977, residente en Almería)

Mis amigas me dijeron que los ingleses lo tomaban, que eran maravillosos, pero que había que tener cuidado porque podías morir del subidón.

(Marta, nacida en 1970, residente en Madrid)

Me lo explicó un amigo. Me estuvo comentando lo divertido y lo fácil de controlarse a sí mismo que podía ser.

(Miguel, nacido en 1974, residente en Jaén)

Mis amigos, me dijeron que te daba felicidad y aguantabas mucho en las fiestas.

(Manolito, nacido en 1975, residente en Sevilla)

Muchas personas hablaban siempre de que era una droga inocua, debido a no contener sustancias adictivas. (Mis amigos, mis primos eran sus máximos defensores.)

(Paco, nacido en 1972, residente en Sevilla)

Mis amigos me dijeron que te daba ganas de bailar, te tenía despeja'o, que aguantabas, que notabas menos los efectos del alcohol, que te ponía cachondo.

(Halcón, nacido en 1972, residente en Alicante)

Un primo me dijo que era una pastilla que te elevaba a otro mundo y te lo pasarías muy bien.

(Jerónimo, nacido en 1973, residente en Granada)

Mi hermana y mi cuñado me dijeron que era algo que te transforma física y psíquicamente. Sensación bastante agradable. Bueno para probar.

(Elena, nacida en 1966, residente en Madrid)

Una vecina me dijo que era la droga del amor y que estaba de moda en Ibiza.

(Guadalupe, nacida en 1974, residente en Valencia)

Antes de probarlo, la persona que lo había traído describió sus efectos y acertó, aunque tampoco profundizó mucho. Los demás tampoco preguntamos mucho, la verdad.

(Manuela, nacida en 1968, residente en Madrid)

Mi pareja me dijo que producía una sensación inexplicable para hacer el amor.

(Javier, nacido en 1968, residente en Sevilla)

Entre las expectativas despertadas por todas estas fuentes no cualificadas de información destacan tres relacionadas con sus supuestos efectos: se suele presentar como una droga estimulante, poco peligrosa y erótica, algo que ha despertado la curiosidad

de muchísimas personas. La mitad de los usuarios de nuestra muestra declaran haber practicado el sexo después de tomar «éxtasis»¹.

Tabla 5.3 Usuarios que han mantenido relaciones sexuales después de tomar «éxtasis» (N = 309)

<i>¿Has tenido alguna vez relaciones sexuales mientras estabas bajo los efectos del «éxtasis»?</i>	N	%
Sí	156	50
No	116	38
No contesta	37	12
TOTAL.....	309	100

El contacto con ciertos «universos sociales» (como el mundo universitario, el gay, el profesional, etc.) o algunas escenas sociales representativas de las tendencias musicales más vanguardistas (house, tecno, máquina, trance, jungle, etc.) también constituyen una primera forma de aproximación al uso de estas nuevas drogas. La observación del comportamiento de otras personas pertenecientes al mismo «universo social», o los mensajes que circulan en ciertos «escenarios sociales» suelen ser una fuente de expectativas para iniciarse en el consumo.

¿Por qué lo probaste?

Bueno, porque siempre las he tenido mucho respeto. Me he intentado informar sobre todas las drogas en general, pero siempre las he respetado. Me habían ofrecido drogas antes de tener diecinueve años pero... Como que siempre hay algo que te para porque no estás seguro, ¿no? Y cuando empecé a conocer gente que las tomaba, pues los observé y vi que, bueno, que tampoco es tan peligroso, que tampoco era tan exagerado como lo hacían. Así poco a poco te vas metiendo.

(Lola, nacida en 1971, residente en Málaga)

¿Tenías algún motivo especial para consumirlo la primera vez?

No, ninguno, probarlo, la experiencia..., porque veía a mis amigos que... porque yo es que al principio... veía a mis amigos y me daba mucha rabia. Siempre tenía broncas con ellos por eso, incluso cuando a lo mejor *se metían un tiro* de pe... de cocaína. Me salía, porque a mí no me iba el tema de las drogas, y tenía muchas broncas con ellos por eso. Entonces decía: «¡Joder!, siempre están con las drogas, con las drogas.» «¿Qué tendrán las drogas?» Y fue cuando lo probé. Y entonces dije: «Uhm [sonríe], ya sé por qué lo hacen.»

¿Cómo supiste de la existencia de este tipo de drogas?, ¿habías leído algo sobre ellas?

¹ De las 156 personas que declararon haber tenido relaciones sexuales tras haber tomado «éxtasis» el 66 por 100 (N = 103) fueron hombres y el 34 por 100 (N = 53) mujeres. Por lo que respecta a las edades, las personas de la muestra que declararon haber practicado el sexo tras la ingestión de «éxtasis» van desde los quince a los cuarenta y cuatro años, siendo el grupo de edad comprendido entre los dieciocho y veinticuatro años el más representado.

No, nada. Sabía algo más de la cocaína, del *perico*.

¿Te lo habían contado?, ¿lo habías visto?...

Lo preguntaba. Yo, cuando empecé a tomar drogas, lo primero que hacía era preguntar que qué se sentía. Porque a mí me daba mucho miedo. Entonces decía: «A ver si me va a sentar mal, y me va a dar mal rollo.» Y siempre preguntaba a mis amigos: «¿Qué hace esto?» «¿Qué hace lo otro?» Eso sí, y vamos... y me decían lo que sabían ellos y lo que sentían.

(Pauli, nacida en 1974, residente en Madrid)

No creo que me identifique con ninguna «tribu urbana», sin embargo me gusta juntarme con personas que compartan mis gustos tanto musicales como estéticos, a ser posible *hardcoreños*, *hippies*, también estilos contradictorios como los *sharp* (no confundir con nazis).

(Paco, nacido en 1972, residente en Sevilla)

Propósitos

Una vez que se rebasa el umbral de la experimentalidad, y se pasa a tener un consumo más regular (es decir, cuando se toma más de diez veces), el sujeto deja de tener simples expectativas ante el uso de la sustancia y comienza a utilizarla intencionalmente para lograr ciertos propósitos. La mayoría de las personas que mantienen un consumo regular de «éxtasis» lo hacen con propósitos lúdico-recreativos, para «salir de marcha» o «ir de fiesta» y «tener buen rollo». Esta actividad comporta casi siempre la necesidad de utilizar estimulantes para aguantar largos períodos de tiempo sin dormir desarrollando una intensa actividad física. El «éxtasis» es visto por la mayoría de los usuarios como un buen estimulante que genera sobre todo euforia y una sensación de mayor energía. Además, es considerado como una droga que favorece la sociabilidad, algo valorado muy positivamente por los jóvenes hoy en día.

Hay una complicidad con la gente que va de pastillas, sobre todo seguramente porque tú sabes que el que está ahí es porque le gusta todo eso: el *bakalao*, bailar, las pastillas..., y está muy predispuesto. Hay el sentimiento de estar todos en el mismo barco. Creo que eso es más importante que la pastilla. La pastilla te hace estar más abierto a la gente.

(Fermín, nacido en 1970, residente en Madrid)

También hay personas que lo utilizan para mejorar su rendimiento sexual. Algunas declaran incluso que el «éxtasis» ha llegado a transformar las relaciones con su pareja.

Además de para bailar, ¿cuándo te gusta tomarlo?

Para follar.

¿Por qué?

Es que a mí me encanta la personalidad... Soy muy tímida pero soy tranquila. Entonces, la tranquilidad busca seguridad, ¿no? Entonces, soy una persona que va dando los pasos..., tengo que pensar las cosas dos veces. Aunque lo haga al momento.

¿Con el «éxtasis» te enrollas más fácilmente?

Sí, bueno, se me va totalmente, soy otro, soy el yo interior.

¿Lo has utilizado expresamente para enrollarte con alguien?

Sí, un montón de veces. Casi siempre que me enrollo con alguien me he lleva'o mis pastillitas. Hombre, si es fuera del fin de semana, no. Pero normalmente así de fines de semana y eso sí.

(Óscar, nacido en 1969, residente en Valencia, homosexual)

Creo que el «éxtasis» es una buena droga para follar, es decir que, no excesivamente... pero yo me he acostado con, con, con una chica, los dos habiendo tomado pastillas, habiendo tomado media pastilla, y, el, el, lo que es la relación sexual completa, es decir, cuando te acuestas con ella, funciona. Tardas más, pero está bien, es agradable...

(Samuel, nacido en 1966, residente en Madrid)

Ha influido en las relaciones con mi pareja positivamente en un momento dado.

(Alberto, nacido en 1966, residente en Granada)

Ha influido positivamente en las relaciones con mi pareja, puesto que lo hemos hecho para querernos mejor y de otra manera.

(Miriam, nacida en 1967, residente en Granada)

El capítulo de los propósitos intencionales que conducen a los usuarios a tomar «éxtasis» se cierra con una motivación que afecta a un grupo restringido de sujetos que desarrollan su trabajo en ambientes frecuentados por usuarios de este tipo de drogas. Algunas de estas personas, especialmente go-gos, camareras, pinchadiscos, porteros, etc., consumen «éxtasis» mientras trabajan para sintonizar con el ambiente, mejorar su rendimiento laboral o simplemente aguantar toda la noche sin dormir.

¿Crees que el trabajar de noche te ha influido a la hora de consumir?

Sí, a mí en mi caso sí, porque es una cosa que te gusta y que, ya te digo, si te lo tomas a dosis flojitas y sabiendo siempre lo que te metes, que es buena calidad... Tú, sabiéndolo controlar, como la coca, pues igual, ¿no te metes rayas y puedes estar durmiendo y conduciendo? Si lo controlas, sí.

¿No trabajas mejor con la coca?

Sí, pero es mucho más caro.

¿Con el «éxtasis» puedes estar trabajando?

Claro. Primero, que es mucho más caro. Segundo, que para meterte coca tú necesitas cinco segundos para ir..., para salir, ir al baño, metértelo y volver. Te estoy hablando detrás de una barra. Entonces, ¿qué pasa? Que tú, antes de empezar a trabajar, pues sí, puedes ir y meterte una raya y luego te puedes meter otra raya a mitad de la noche cuando dices: bueno, voy a salir otra vez en un momento, porque estoy ya que reviento de verdad. Cuando sales. En cambio, tú sabes que tú entras a trabajar y te metes un «X» y tú no vas a beber porque estás en la barra trabajando y no vas a beber. Te metes un «X» y bueno, trabajas de puta madre. Trabajas con muy buen rollo porque tienes, no sé, simpatía, vas ya abierta a la gente. No vas con la mala leche de que llevas todo el día trabajando y, ¡ah!, ¡qué coraje de que ellos están de marcha y tú estás detrás de la barra trabajando!

Entonces, te pone de buen rollo y lo llevas bien, pero, ya te digo, para hacer eso..., eso no lo puede hacer cualquier persona porque yo lo hacía, pero, en cambio, mi amiga que estaba trabajando conmigo en la misma barra no se podía tomar nada. Me decía: «Yo no sé cómo tú te puedes meter un «X». Yo me volvería loca, me volvería loca.» Y ella no tomaba nada de nada. En cambio yo sí lo aguantaba, sí lo llevaba bien.

(Estrella, nacida en 1964, residente en Málaga)

Justificaciones o racionalizaciones

Aparte de las expectativas e intenciones, los usuarios de «éxtasis» comparten una serie de justificaciones o racionalizaciones del uso que han sido elaboradas colectivamente a través de sus discursos. A continuación señalaremos algunas de las más reiteradas.

Es una droga que se puede controlar

No se la puede juzgar porque veas a los críos de dieciocho años descontrolar después de tomarla y entonces decir que es mala. Yo me controlo cuando tomo. Yo me tomo un cuartito; pero ellos van de dos o tres pastillas cada vez, un desmadre.

(Tatiana, nacida en 1963, residente en Castellón)

Probé una vez el LSD y no me gustó. Una vez, que no me gustó nada [Niega con la cabeza al mismo tiempo que emite un sonido de negación].

¿Por qué no te gustó?

Porque es una droga que... me controló a mí, en vez de controlarla yo a ella. Y no puedo, lo paso fatal.

Vamos, que tuviste una mala experiencia.

Sí.

Sin embargo, ¿las pastillas las has seguido tomando sin ningún problema?

Sí, sin ningún problema. Y no sé, es una... No he visto todavía a nadie que haya... que lo haya pasado mal con las pastillas.

¿Qué tipo de continuidad has tenido?, ¿cada cuánto tiempo lo has tomado?

Cuando realmente el cuerpooooo está bien. O sea, cuando realmente me ha apetecido. No tomarla por tomarla. No por sistema.

(José Carlos, nacido en 1970, residente en Madrid)

Es una droga limpia, de uso fácil y cómodo

Su consumo encaja perfectamente con patrones de conducta muy comunes en la sociedad moderna. Todo el mundo ingiere pastillas en nuestra sociedad. Puede tomarse de forma discreta. Nadie tiene por qué verte mientras te la tomas. Se puede tomar en cualquier parte. No requiere de ningún tipo de comportamiento ritualizado. No hace falta visitar lavabos, que además suelen ser un lugar poco higiénico, para

tomártela. No deja humo ni olor. No molesta a los demás. Se puede tomar en público de la forma más privada.

El rollo de las pastillas es más cómodo y más limpio. No tienes que andar haciéndote rayas por los lavabos.

(Tatiana, nacida en 1963, residente en Castellón)

Te las puedes tomar donde quieras, nadie te controla. No es lo mismo que hacerte un canuto, que tienes que estar... que si salirte fuera.

(Ralf, nacido en 1969, residente en Madrid)

Es una droga segura, no peligrosa, ya que no produce adicción

En general, y sobre todo en los primeros años de su popularización, el «éxtasis» se consideraba una droga muy segura, casi inocua, una imagen que no se ha visto del todo enturbiada para muchos de sus usuarios a pesar de las campañas mediáticas e institucionales en sentido contrario. En realidad, ni siquiera es vista como una droga por muchos usuarios. Desde luego, ninguno piensa que sea una droga como la heroína.

¿Piensas que los cacharros pueden ser una droga peligrosa? ¿Por qué?

No, no pienso queee... Hombre, no sé, tomando muchos puede llegar a ser peligroso, no lo sé muy bien. Pero por lo que yo veo, no es nada peligroso, no tiene peligro. Aquí hace tiempo que se viene tomando, y no se ve nada parecido a la heroína, por ejemplo. No parece que sea peligroso, no.

(José Luis, nacido en 1972, residente en Ibiza)

El usuario de «éxtasis» manifiesta en general un rechazo al mundo de la heroína. Un buen ejemplo de este rechazo es el de Ernesto, un joven que desde los trece años en que empezó a fumar tabaco y hachís ha consumido casi todas las drogas que existen.

¿Te has metido coca solo?

No, siempre con más gente. Además, metértela solo es como de yonqui.

¿Y caballo?

Nunca me lo he metido. He tomado opio. El caballo es cerdo por la gente que lo toma. El reflejo de la droga lo ves en la gente. No me da miedo porque sé que sólo voy a acabar probando, porque de todo hay que probar un poco, pero prefiero pasar la etapa peligrosa que es la de joven y esperar a ser más mayor. Además es que mi primo es yonqui y su hermano se ha muerto de SIDA y lo ves muy cerca. No me interesa. He probado el opio y puedo saber lo que es.

¿De dónde lo sacaste?

Del campo (...). Nos hicimos unas infusiones con unas cabezas y es un pedo muy cerdo: estás como mareado, dormido pero despierto, vomitas todo el rato de repente y a lo mejor mientras vomitas ves flores. No me atrae, no voy a ir a buscarlo, aunque si alguien llegara con una botellita pues me lo tomaría.

¿Y si alguien llegase con una raya de caballo?

Pasaría. Con la gente que yo estoy el que toma caballo es un cerdo y todo el mundo pasa de él. Hay gente que lo toma y no lo dice y con las otras drogas no pasa eso.

(Ernesto, nacido en 1971, residente en Madrid)

Es una droga más económica

Es evidente también en el discurso y la práctica de los usuarios que un elemento valorado en el «éxtasis» es su precio, que resulta menor que el de otras drogas estimulantes, como la cocaína, sobre todo cuando se compara la duración de sus efectos percibidos. Los precios de las «pastillas», de otro lado, han venido decreciendo muy notoriamente en paralelo a la expansión de su demanda. Además, al menos en muchos discursos y modelos, se insiste en que el consumo de «éxtasis» reduce el gasto en otras drogas, como alcohol. Algunos usuarios consideraban incluso que el «éxtasis» es incompatible con el alcohol, y que debe tomarse con agua o refrescos. A pesar de lo extendida que está dicha creencia, sin embargo, el comportamiento de los usuarios no se corresponde con ella, como ya señalamos al hablar de las pautas de uso, ya que muchos sí mezclan bebidas alcohólicas y otras drogas con estos derivados anfetamínicos.

La pastilla es más barata. Con una pastilla de ésas tienes para toda la noche, por unas 2.000 *pelas*. En una noche de coca se te puede ir de medio a un gramo, mil o dos mil duros en cinco o seis rayas... Y encima te da por tomar copas... Es un dinero...

(Tatiana, nacida en 1963, residente en Castellón)

En vez de gastarte dos mil en una copa, te gastas cien duros [en una botellita de agua] y te quedan mil quinientas para una pastilla.

(Koky, nacido en 1968, residente en Madrid)

FENOMENOLOGÍA DEL «ÉXTASIS»

La MDMA es activa a partir de dosis superiores a 60 mg. Los efectos empiezan a sentirse aproximadamente media hora después de la ingesta, y se manifiestan inicialmente en forma de lo que los usuarios denominan una «subida», caracterizada por una sobreestimulación que puede llegar a producir ansiedad, sensación de vértigo, náuseas y más raramente vómitos. Esta sensación pasa rápidamente y se alcanza la fase mesetaria, que suele durar entre cuatro y seis horas², y durante la cual se experimentan al mismo tiempo los efectos principales y los efectos secundarios adversos de la experiencia, que en su conjunto suelen ser valorados positivamente por la mayoría de los usuarios. La experiencia deja como resultado una serie de efectos residuales que en ocasiones pueden prolongarse más de veinticuatro horas. Silvio, portero de

² La duración de los efectos de la MDEA es algo menor (entre tres y cinco horas) y la de los efectos de la MDA mucho más larga (entre ocho y doce horas).

una discoteca de *bakalao*, que ha observado en muchas ocasiones el comportamiento de las personas que toman «éxtasis» y que también ha escuchado sus comentarios acerca de los efectos que produce esta droga, los describe de la siguiente manera:

¿Podrías describir el comportamiento de una persona cuando está bajo los efectos o la influencia del «éxtasis»?

Pues es un comportamiento, como he dicho, compulsivo, de ansiedad. Las pupilas dilatadas. Luego, según el tipo de consumo, por ejemplo el *tripi*, están siempre riendo. Constantemente se ríen por todo. El movimiento de las mandíbulas, constantes, se les enca..., se les desencaja la mandíbula, mastican chicle sin parar. Y bailan, pues, hasta la extenuación. Pero es que, claro, como están bajo los efectos, nunca parecen cansados. Yo he visto a personas realmente tirarse horas y horas bailando y... y sudando, y todo, y no percibir ningún síntoma de cansancio. O sea, que es eso, una euforia, un... Y luego, determinadas personas que me han dicho que han visto cosas bajo estos efectos, ¿no?

¿Alucinaciones?

Sí, alucinaciones. Pero que digamos que han tenido malos viajes de... de..., ¿no?, y sentir, por ejemplo, colores, ¿no? Sentir cómo los colores les hablan, como percepciones que nunca te las puedes imaginar, ¿no?, que desde luego con nuestros sentidos no podemos a primera vista percibirlos. Pero que dicen que bajo la influencia de esto pues lo consiguen.

¿Has visto a alguien después de haber pasado por todo este proceso, es decir, una vez que se le pasan los efectos?

Sí.

¿Cómo se encuentran, qué síntomas presentan?

Se encuentran realmente agotados. Tienen que..., normalmente tienen que dormir, tienen que estar..., porque digamos que es como lo que se llama el bajón. Y, además, lo que les suele ocurrir muchas veces, es que cuando les da el bajón éste, suelen tener el efecto totalmente contrario. O sea, suelen... Y por eso, a lo mejor, si están dentro de una fiesta o tal, vuelven a tomar más, porque es que el bajón es tan grande que, como les pille, es que pueden deprimirse o pueden tener..., les puede dar incluso por llorar. O sea, es un..., es, claro, como volver a la realidad, pero todavía peor, ¿no? Y después justamente de pasar una fiesta o como queramos llamarlo, pues necesitan descansar. Y, claro, el mejor descanso para la mente es dormir. Sobre todo dormir. Necesitan dormir.

(Silvio, nacido en 1969, portero de discoteca, residente en Madrid)

Efectos principales

Los estudios realizados hasta el momento sobre la fenomenología de la MDMA, basados principalmente en autoinformes retrospectivos de los usuarios (Downing, 1986; Greer y Tolbert, 1986; Siegel, 1986; Beck *et al.*, 1986; Peroutka *et al.*, 1988; Liester *et al.*, 1992; Solowij *et al.*, 1992; Korf y Lettink, 1994), atribuyen a la MDMA tres tipos de propiedades: estimulantes, psicodélicas y «entactógenas». La mayoría de estos trabajos coinciden en señalar que la MDMA comparte con las anfetaminas algunas propiedades estimulantes, mientras que tiene en común con los alucinógenos cierta capacidad para alterar la percepción de la realidad, pudiendo llegar incluso a producir alucinaciones, normalmente cuando se ingieren dosis elevadas. A estos

dos grupos de propiedades habría que añadir la supuesta cualidad que tiene esta sustancia para facilitar las relaciones interpersonales y permitir el acceso al mundo interior del individuo. Debido a la capacidad de la MDMA y sus análogas para inducir empatía e intensificar la comunicación, en 1983 Metzner les dio a este grupo de fenetilaminas el nombre de «empatógenas». Tres años más, tarde David Nichols acuñó el término «entactógeno», a partir de la raíz latina *tactus* (tacto) y las raíces griegas *en* (dentro) y *gen* (producir), para designar la capacidad que parecen tener estas sustancias para permitir el acceso a la experiencia interior de los individuos (Nichols, 1986).

Nuestro trabajo viene a confirmar esta visión general que se tiene de la fenomenología de la MDMA, pero añade una serie de puntualizaciones destacables. Los principales efectos referidos por los usuarios de nuestro estudio pueden verse en la siguiente tabla 5.4.

Tabla 5.4. Efectos experimentados tras la ingesta de MDMA según los usuarios (N = 309). Porcentajes por sexos

<i>Sensación subjetiva</i>	<i>Mujeres</i> %	<i>Hombres</i> %	<i>Total</i> %
Euforia	91	93	93
Energía	93	88	90
Felicidad/alegría	95	87	90
Desinhibición	82	81	81
Risa	84	79	81
Locuacidad	84	75	78
Aceptación de otros	75	78	77
Mayor sensualidad	79	71	74
Deseo de contacto físico	75	71	72
Autoestima	67	70	69
Deseo sexual	58	72	67
Empatía	66	60	62
Distorsión de la percepción	65	61	62
Mayor intimidad	56	57	57
Mayor atención	55	53	54
Mayor agudeza perceptiva	53	51	52
Alucinaciones acústicas	50	51	51
Alucinaciones visuales	45	48	47
Espiritualidad	46	43	44
Agresividad	44	40	41
Mayor claridad en las ideas	42	41	41
Mayor capacidad de concentración	35	32	33

Los efectos declarados por los usuarios pueden agruparse en cinco categorías:

1) **Cambios en el estado de ánimo:** euforia (93 por 100), energía (90 por 100), felicidad (90 por 100), desinhibición (81 por 100), hilaridad (81 por 100),

mayor sensualidad (74 por 100), mayor espiritualidad (44 por 100), autoestima (69 por 100) y mayor agresividad (41 por 100).

2) **Variaciones en las relaciones interpersonales:** aceptación de otros (77 por 100), mayor locuacidad (78 por 100), deseo de establecer algún tipo de contacto físico con otras personas (72 por 100), empatía (62 por 100) y mayor intimidad (57 por 100).

3) **Alteraciones de la percepción:** distorsiones perceptivas (62 por 100), mayor agudeza perceptiva (52 por 100), alucinaciones acústicas (51 por 100) y alucinaciones visuales (47 por 100).

4) **Cambios en el comportamiento sexual:** deseo sexual (67 por 100).

5) **Alteraciones en los procesos cognitivos:** mayor atención (54 por 100), mayor claridad en las ideas (41 por 100) y mayor capacidad de concentración (33 por 100).

Los efectos atribuidos por los usuarios a esta droga pueden variar en función de una serie de factores incontrolables como el contenido real de los comprimidos o cápsulas que se venden como «éxtasis», las dosis de principio activo que lleven y las sustancias con que vaya mezclada la MDMA. También pueden influir en la percepción de los efectos el contexto donde se tome la sustancia, el estado físico y psíquico en que se encuentre el usuario y que se tome en combinación con otras drogas psicoactivas. No obstante, en general podemos decir que la mayoría de los usuarios españoles consideran el «éxtasis» una droga estimulante, erótica y que facilita la comunicación y la solidaridad grupal. No hay diferencias en la percepción de estos efectos en función de género del usuario, salvo en el caso del deseo sexual, que reconocen un 14 por 100 más los hombres que las mujeres ($p = 0,001$). En este caso las diferencias deben atribuirse a la influencia de modelos culturales distintos acerca de las relaciones sexuales para cada uno de los grupos de género.

Una droga más estimulante que psicodélica

Entre los efectos reconocidos por los usuarios de nuestro estudio predominan los de tipo estimulante, muy similares a los de la anfetamina, sobre las distorsiones perceptivas o cognitivas, más propias de los alucinógenos. Los efectos estimulantes destacan sobre los psicodélicos. Más del 90 por 100 de los usuarios dicen haber experimentado euforia y energía después de tomar «éxtasis», mientras que tan sólo la mitad reconocen haber sufrido distorsiones perceptivas o alucinaciones. Esta mayor percepción de los efectos estimulantes de la sustancia puede deberse al particular uso instrumental que la mayoría de los usuarios hacen de ella para mantenerse despiertos bailando durante largos periodos de tiempo los fines de semana. Esta predominancia de los efectos estimulantes del «éxtasis» en el contexto de la fiesta está presente, por ejemplo, en el recuerdo que José Carlos tiene de su primera experiencia con las pastillas:

¿Podrías describir cómo fue tu primera experiencia, qué tipo de sensaciones, qué notaste, etcétera?

Pues sí, porque no se me olvida nunca. Yo estaba bailando, bueno, bailando como cuando vas a cualquier discoteca. Pero yo ya había tomado mi ración, por así decirlo. Estuve bailando media hora, tres cuartos de hora yyyyy..., «que aquí

no pasa nada». Hasta aquí no me ocurre nada, tal. Pues bueno, voy a subir a la planta de arriba a comprar tabaco. Cuando quiero subir a la planta de arriba a comprar el tabaco, me pesan las piernas muchísimo. Empiezo a notar una relajación en el cuerpo de..., como si te elevaras, ¿no?, del suelo. Unos centímetros, así. Empiezo a notar un relax y bienestar. Voy a comprar tabaco y, cuando voy a meter las monedas en la máquina, pues no puedo parar de bailar. Empiezan a poner un tema, que quizá..., es que eso influye también, que es cuando dicen que te da el subidón, ¿no?, un disco que es..., tiene algún sonido o algo que es el que, ¡pum!, te marca. Y justo el tema era de un disco del «El bueno, el feo y el malo», me parece que era. No me acuerdo del estribillo [tararea el estribillo con ritmo remix]. Pues una versión bakaladera. Pues eso no se me olvida, porque fue el tema que me hizo, vamos, me pego el pelotazo, y no podía parar de bailar. Y, luego, a partir de esa sensación, todo era como muy positivo. Mucho bienestar, muy a gusto.

¿Cuánto tiempo, más o menos, calculas que te duró el efecto?

¿Ese efecto?

Sí.

Cinco minutos.

¿Cinco minutos nada más?

Sí, lo que es la subida. O sea, tú estás aquí, tienes la subida y vuelves a bajar [reproduce con las manos el movimiento de subida y bajada], pero ya estás en... en la pastilla, o sea, dentro de la pastilla. O sea, lo que es la subida, yo creo que fueron cinco minutos o algo así.

¿Y luego...?

Se estabiliza.

¿Y la estabilización, qué tiempo te duró?

Eso es..., pues bastantes horas, sí, porque también eran buenas las pastillas ésas.

¿Al terminarse el efecto notaste algo especial, alguna cosa que no notabas antes de tomar la pastilla?

Que pude dormir perfectamente. No noté ninguna cosa rara en la cabeza, ni nada. O sea, me tumbé en la cama, dormí muy relajado y me levanté quizá con restos, o sea, me levanté muy bien, como cuando te levantas y subes la persiana y ves el sol y a lo mejor estás en una pradera, ¿no?, y ves las flores y ves una mariposa. Muy positivo. Dices: «¡Uffff, madre mía, qué bien!»

¿No notaste ningún tipo de secuela, ni física, ni mental, ni nada. Quiero decir, ni resacas...?

No, no, no, no. Nada. Dormí bien y nada.

(José Carlos, nacido en 1970, residente en Madrid)

Aunque existen evidencias, incluso experimentales (Gouzolis, 1993), de que las drogas anfetamínicas de sustitución (como la MDMA y análogas) ingeridas oralmente en dosis moderadas pueden producir estados alucinatorios, es muy probable que buena parte de las alucinaciones que dicen haber experimentado los usuarios entrevistados se deban al contexto donde suelen tomar estas sustancias, a saber, discotecas y locales nocturnos cuya atmósfera es suficiente en ocasiones para producir estados alterados de conciencia. El intenso y rápido ritmo de cualquiera de las músicas (*techno*, *trance*, *house*, *hardcore*, *jungle*, etc.) que se escucha en estos locales a un volumen ensordecedor, que parece como si te fuera a explotar la cabeza y el cuerpo, junto

con los potentes flashes de luz que atraviesan intermitentemente la oscuridad de estas naves, son estímulos suficientes para producir zumbidos, sonidos imaginarios y luminiscencias en la mayoría de las personas sin necesidad de tomar drogas.

Se suelen ver imágenes a lo mejor. No imágenes, sino luces, a lo mejor de ver... Yo ha llegado el momento de ver como luces rosas viniendo hacia mí, que te pasan por los lados. Y de eso me acuerdo perfectamente, a lo mejor hay gente que dice que no se acuerda, pero yo sí que me acuerdo.

(Álvaro, nacido en 1975, residente en Madrid)

Por otra parte, el porcentaje de personas que ha observado alguna clase de alteración en sus procesos cognitivos al tomar «éxtasis» es también mucho menor y notablemente más bajo que respecto al resto de los efectos: mayor claridad en las ideas (41 por 100), mejora de la capacidad de concentración (33 por 100).

Una droga erótica

Si, como se piensa, el deseo sexual está regulado por el sistema límbico del cerebro y la dopamina juega un papel importante en la estimulación de la conducta sexual, parecería lógico que una sustancia como la MDMA, que comparte con otras drogas estimulantes como la cocaína y la anfetamina cierta acción prodopaminérgica, sirviese para incrementar el deseo sexual. Pues bien, aunque con argumentos mucho menos científicos, ésta parece ser una impresión bastante generalizada entre los usuarios españoles, especialmente varones:

Dentro de los efectos, te dan más ganas de tener relaciones sexuales, de roce, y por las mañanas te levantas erecto.

(Evaristo, nacido en 1973, residente en Jaén)

Aunque reduce la erección, te dan más ganas de tener relaciones sexuales.

(Nachó, nacido en 1971, residente en Jaén)

De bajada te produce más deseo sexual del habitual.

(Alfredo, nacido en 1972, residente en Granada)

El deseo sexual fue también el principal efecto que experimentó Antonio la primera vez que probó el «éxtasis» a principios de los ochenta, cuando todavía no era una droga conocida en España y era traída de fuera por viajeros cosmopolitas. Así recordaba Antonio esa primera experiencia catorce años más tarde:

Descríbeme con detalle cómo fue. ¿Dónde estabais cuando lo probaste?

En Complot Madrid. Es una discoteca, bueno un bar que está detrás del Retiro... la calle... Complot... estuvo muy de moda entonces. Era uno de los primeros bares de diseño que hubo en Madrid, ¿sabes...? La calle..., eh, paralela, digamos, a Alfonso XII, ¿sabes?, al otro lado del Retiro, ¿no? que es..., bueno, no me acuerdo ahora...

Sí, más o menos sé cuál es. Sigue. ¿Qué hora era?

Pues serían, pues serían la una de la mañana, las doce de la noche, una cosa así...

¿Era una discoteca?

Sí, una cosa así...

¿Se podía bailar?

Sí, era para bailar, y tal, y tomar copas. Un sitio de diseño, en plan... muy bonito, muy bien adornado... Ya no se llama Complot Madrid, pero sigue abierto.

Entonces...

[Ella] me dice lo que había traído, y tal, y...

¿Qué te dice?

Me dice, pues, que había traído una pastilla, y digo: «Pero, ¿esto, qué es?, o sea, ¿es anfetamina?» Y me dice: «No, no. Esto es *ecstasy*.» Y yo digo: «¿*Ecstasy*? Pero, ¿esto qué es, el *ecstasy*?» Y me dice: «Pues es una cosa nueva, y tal, y me contó una historia de que... no era nueva realmente, que venía de los... de California, y que se había investigado en los años setenta, y tal, se había creado entonces y tal. Y me dio una explicación, ¡bah!, muy básica, sobre el tema éste. Yo... a mí me pareció superbien. «¿Y qué se siente?», y me dijo que era cosa sexual, el tema éste, ¿no? Y, y acto seguido nos la comimos, y tal, y recuerdo... yo no... [no se entiende], no te podría determinar cuánto tiempo pasó, pero allí...

¿Recuerdas el modelo? ¿Era una pastilla...?

Era una pastilla... blanca.

¿Sin más, sin dibujo?

Eeh, posiblemente tuviera una raya en medio...

...Pero no dibujo...

... No dibujo...

¿Ni tenía un nombre especial, que te dijera ella? Como tienen ahora, ¿sabes?

¿Como delfín o...?

Sí, o soles amarillos o no sé qué verdes...

Ecstasy, tío, *ecstasy* y punto. Ella lo dijo así: «*Ecstasy*». Yyy, me la comí... De hecho yo me di cuenta años después, recordé años después que era un *ecstasy*, después de haber comido más «éxtasis».

¿Habíais bebido, habíais tomado otras drogas?

No, entonces no. Habríamos toma'o un par de copas. Nos tomamos esto porque era la noche del *ecstasy*, ¿no? Nos habíamos ido de marcha y nos íbamos a tomar esto que era un poco como el regalo especial, ¿no? Ella se lo montó de puta madre, porque me pareció una forma de puta madre, ¿sabes?

Te lo traía como algo especial...

Claro, claro.

Describeme qué pasó después.

Pues lo que pasó después fue muy sencillo. Que... para mí... ahora me parece que fueron a los cinco minutos, ¿sabes?, nos empezamos a comer el cuello, como bestias, como fieras, con... una furia tremenda, yyy recuerdo, eeh, cómo... estábamos follando en el servicio y nos estaba viendo la gente, tío.

¡Follando en el servicio!

Follando en el servicio del sitio éste; y nos estaba viendo la gente.

Describe las sensaciones que tenías...

Uff... Es difícil. Porque me tendría que remitir a sensaciones más..., umm, te estoy hablando de hace doce años, ¿sabes?

Ya, ya.

Me tendría que remitir a sensaciones más... más de ahora, ¿sabes?, más frescas. Pero entonces, pues eso, estaba como una moto y estaba muy colga'o, estaba en «éxtasis»... Además, ¡un pedazo tremendo! (...).

De aquella primera experiencia, pues tampoco te puedo contar más. Estuvimos follando en el baño, y recuerdo que, de alguna forma, nos fuimos, y ya no me acuerdo ni de qué pasaría después.

¿No te acuerdas?

No.

¿Ni recuerdas si tuviste bajón, o qué pasó al día siguiente, ni...?

Pues iríamos... lo más lógico es que fuéramos al hotel, nos quedaríamos sopa o volveríamos a echar un polvo... Es curioso, porque... yo no estoy muy convencido, hoy por hoy, de que con «éxtasis» se pueda follar muy bien; eso desde luego, y menos con un pedo muy, muy gordo. Ya digo que esta tía era capaz de despertarle la... la moral al... al más pintado... a un muerto, ¿no?, eso está claro. Pero hoy por hoy me parece que al margen de lo sexual, pasadas muchas horas, pues puede haber un..., no sé, un... una connotación sexual, pero es todo más... cómo más... Sí, hay un deseo, ¿no?, hay un deseo, pero no es tan activo, físicamente, como cuando estás, eeh, acabas de bajarte de la bici, ¿sabes?, que estás con el corazón a tope, y..., ¿sabes? Es... es más quiero, que puedo. Aun cuando una cosa no quita la otra. Yo creo que se podría, ¿no?, no es como otro tipo de drogas que te inhiben completamente...

Pero sin embargo tú recuerdas aquella primera experiencia como una experiencia básicamente sexual...

Sí, sí. Sí, sí, de amor y sexual, de amor y sexual, tío, de deseo, de deseo, tío, puro.

(Antonio, nacido en 1964, residente en Madrid)

Más de la mitad de los usuarios de nuestro estudio consideran el «éxtasis» como una droga afrodisíaca. Un 67 por 100 declararon haber visto incrementado su deseo sexual alguna vez al tomar «éxtasis». El 51 por 100 de los usuarios manifestaron haber experimentado esta sensación con cierta frecuencia o siempre.

Tabla 5.5. Usuarios que declaran experimentar un aumento del deseo sexual al tomar «éxtasis» (N = 309). Frecuencias y porcentajes por sexos

	<i>Mujeres</i>		<i>Hombres</i>		<i>Total</i>	
	<i>(N = 110)</i>		<i>(N = 199)</i>		<i>(N = 309)</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Nunca	46	42	55	28	101	33
Alguna vez.....	26	23	24	12	50	16
Varias veces.....	14	13	60	30	74	24
Siempre.....	24	22	60	30	84	27

Este efecto fue más reconocido por los hombres que por las mujeres: un 42 por 100 de las últimas dijeron no haber experimentado nunca dicho efecto, frente a tan sólo un 28 por 100 de los varones. A pesar de que estas diferencias parecen significativas estadísticamente ($p = 0,001$), muy probablemente lo que reflejan no

es tanto una diferencia real en el comportamiento sexual de hombres y mujeres al tomar «éxtasis», como la existencia de distintos modelos culturales sobre el sexo para ambos géneros. Mientras que en nuestra cultura el incremento de la libido es valorado positivamente entre los hombres, y puede ser una fuente de prestigio dentro del grupo de iguales, con las mujeres sucede lo contrario, una mujer que se excita sexualmente ingiriendo una pastilla es vista negativamente, tanto por el resto de las mujeres como por los hombres. Ésta puede ser una razón de las diferencias de género que se aprecian en los datos respecto a este efecto. Las mujeres interpretan de manera muy distinta a los hombres los efectos del «éxtasis» sobre la conducta sexual, algo que expone claramente Eva en el siguiente testimonio:

[El «éxtasis»] se puede usar con fines sexuales. Creo que sí.

¿Significa esto que el «éxtasis» es un excitante sexual, que funciona como afrodisíaco?

No, no, no, no. Te pone más simpático, más cariñoso, más agradable. Son cosas que ayudan en la relación sexual, pero no provoca sexualmente. Hay gente que dice que lo usa para las relaciones sexuales, pero será por la ternura, por los toqueteos, por los juegos. Por eso sí, pero nada más. A mí por lo menos nunca me ha provocado deseo sexual.

¿Tú lo has utilizado alguna vez con fines sexuales?

No, es que a mí no me provoca sexualmente. Sí que pasa que, al ponerte más tierna, puede parecer que estás más cachonda, con ganas de sexo. Pero eso es un problema de mentalidad, es un problema de las relaciones entre los hombres y las mujeres. A mí, por ejemplo, me puede apetecer mucho abrazarte, tocarte, o besarte y nada más. No es deseo sexual, es simplemente aceptación, agradecimiento. Un modo de mostrar que me encuentro a gusto contigo. Pero no, no se entiende así. Enseguida se piensa que tienes ganas de ir a la cama, o que es una salida o una puta. Es cierto, es el modo de pensar, tanto de los hombres como de las mujeres. Esta mentalidad que te digo es la que hace que se confundan las cosas. Por eso la gente puede pensar que el «éxtasis» es una droga para las relaciones sexuales. Pero no, nada de eso. Y el que lo piensa así se lleva una desilusión.

¿Puede ayudar a ligar?

Sí, puede. Yo no digo que no haya gente que lo use para ligar. Pero yo nunca lo he usado para esto; es más, nunca se me ha pasado por la imaginación. Eso no quiere decir que las amigas no hayamos bromeado con el tema. Quiero decir que haciendo el tonto, hemos jugado... y hemos dicho: «Me voy a comer un caramelo y me voy a ligar a un tío buenísimo», y todas esas tonterías. Pero en plan de hacer el tonto. Ya sabes cómo somos las chicas cuando nos ponemos tontas.

¿Has mantenido relaciones sexuales alguna vez bajo los efectos del «éxtasis»?

Sí. Sí, en más de una ocasión. Pero no mantenía las relaciones por ir de *cacharros*. Con ellos o sin ellos lo hubiera hecho. Esto no tiene nada que ver.

¿Tiene algún efecto sobre el rendimiento sexual?

No, ninguno. Bueno, si sientes algo por la otra persona..., si la otra persona es alguien importante para ti, entonces te puede ayudar. Es que te provoca buenas sensaciones. Es muy interesante porque todos los juegos eróticos se alargan mucho más. Pero, ¿sabes una cosa?, te encuentras tan bien en esta situación, que no te apetece pasar de ahí. Oye, terminas porque terminas, pero no necesariamente. Puedes estar así todo el tiempo y nada más.

(Eva, nacida en 1969, residente en Ibiza)

Estos resultados resultan especialmente llamativos, ya que contradicen algunas de las ideas defendidas en el único estudio realizado hasta el momento sobre este tema. En 1986, Buffum y Moser distribuyeron entre 300 personas que habían tomado MDMA alguna vez un cuestionario con preguntas acerca de la influencia que esta droga había tenido en sus comportamientos sexuales. Un 25 por 100 de esas personas, 37 mujeres y 39 hombres con una edad media de cuarenta años y un nivel educativo medio muy alto, respondieron a la encuesta autoadministrada. Tan sólo un 23 por 100 de los encuestados declararon que la MDMA aumentase su deseo de iniciar algún tipo de actividad sexual; el 22 por 100 reconocieron haber experimentado el efecto contrario, la inhibición del deseo sexual; un 21 por 100 dijeron que la MDMA no había tenido ningún tipo de influencia sobre su libido; por último, un 34 por 100 respondieron que unas veces había incrementado su deseo sexual y otras lo había disminuido (véase tabla 5.6).

Tabla 5.6. Interés de los usuarios en iniciar la actividad sexual tras tomar MDMA (N = 73). Frecuencias y porcentajes por sexos

	<i>Mujeres</i> (N = 35)		<i>Hombres</i> (N = 38)		<i>Total</i> (N = 73)	
	N	%	N	%	N	%
Ningún efecto	7	20	8	21	15	21
Aumento	8	23	9	24	17	23
Disminución	8	23	8	21	16	22
Aumento/disminución	12	34	13	34	25	34

Fuente: Adaptado de Buffum y Moser (1986).

Paradójicamente, casi la mitad (el 41 por 100) de las personas que respondieron a la encuesta de Buffum y Moser reconocieron que la MDMA solía aumentar su receptividad al sexo (véase tabla 5.7). Además, el 72 por 100 de los usuarios de su muestra (26 mujeres y 27 hombres) dijeron haber practicado el sexo bajo los efectos de la MDMA y, de ellos, el 81 por 100 (23 mujeres y 20 hombres) reconocieron que la experiencia sexual había sido mucho más sensual. Los propios autores de la encuesta reconocían así su perplejidad ante estos resultados: «Es curioso que una droga que puede incrementar la proximidad emocional, elevar la receptividad para comportarse sexualmente y que se elige como un intensificador de las sensaciones sexuales, no incremente el deseo de iniciar tales relaciones» (Buffum y Moser, 1986: 359).

Los usuarios de nuestro estudio también describieron mayoritariamente el «éxtasis» como una droga sensual (74 por 100), pero es precisamente esta propiedad la que, según ellos, hace que la MDMA resulte una droga apropiada para practicar el sexo de una forma más placentera.

[«Éxtasis» y sexo] van muy bien juntos. Puede haber un momento en el que le apetezca follar a dos y se lo pasen muy bien. El tacto, los labios, los sentidos en general se perciben diferentes.

(Ignacio, nacido en 1968, residente en Granada, homosexual)

Tabla 5.7. Receptividad de los usuarios para iniciar el sexo después de tomar MDMA (N = 73). Frecuencias y porcentajes por sexos

	<i>Mujeres</i> (N = 35)		<i>Hombres</i> (N = 39)		<i>Total</i> (N = 74)	
	N	%	N	%	N	%
Ningún efecto	9	26	9	23	18	24
Aumento	12	34	18	46	30	41
Disminución.....	3	9	5	13	8	11
Aumento/disminución.....	11	31	7	18	18	24

Fuente: Adaptado de Buffum y Moser (1986).

Hace que el sexo sea mucho más sensual, donde cobran importancia los sentidos, sobre todo el tacto.

(*Miriam, nacida en 1967, residente en Granada*)

De las 309 personas a las que se les preguntó explícitamente si habían mantenido relaciones sexuales después de tomar «éxtasis», 156 respondieron afirmativamente. El 85 por 100 dijeron que sus relaciones fueron más placenteras. No hubo ninguna diferencia significativa entre las respuestas de los hombres y las mujeres ($p = 0,894$).

Tabla 5.8. Usuarios que declaran experimentar mayor placer en sus relaciones sexuales después de tomar «éxtasis» (N = 156). Frecuencias y porcentajes por sexos

	<i>Mujeres</i> (N = 53)		<i>Hombres</i> (N = 103)		<i>Total</i> (N = 156)	
	N	%	N	%	N	%
Nunca	7	13	16	16	23	15
Alguna vez.....	14	26	27	26	41	26
Varias veces.....	9	17	21	20	30	19
Siempre.....	23	43	39	38	62	40

Una sensación que confirma, por ejemplo, Adolfo, un adolescente sevillano:

¿Qué sientes tú cuando te tomas una pastilla de «éxtasis»?

Pues yo, ¿qué te voy a decir? Es que eso..., no sé, no se puede explicar. Y lo que digo yo, lo dice to' el mundo, que la pastilla lo que te da es una felicidad mu' grande, estás de puta madre, lo sientes todo, la música, los colores... Y si además luego te vas con una chavalita y haces el coito, pues ya no veas. Compartir el efecto de la pastilla con una chavalita, eso es lo mejor que te puede pasar, lo más grande...

(*Adolfo, nacido en 1977, residente en Sevilla*)

Y que Samuel, un joven madrileño de veintiocho años, describe de la siguiente manera:

Al final acabamos aquí, en mi casa, esta chica de la primera ocasión, su ex novio, que es amigo mío desde hace mucho tiempo, y el hermano de este amigo mío, el chaval con el que las tomé la segunda ocasión. Y vinimos aquí porque ya era muy tarde, las siete de la mañana o así. (...) Teóricamente veníamos solamente a tomarnos un café, a reanimarnos (...) y se me quedaron dormidos. Yo me metí en la cama, se metió Elena también en la cama (...). Su ex novio estuvo también en la cama un rato con nosotros. Aquello tenía visos de poder haberse convertido en una relación de sexo en grupo, parecía que no se terciaba, Arturo se retiró y yo me estuve follando con Elena un par de veces. Y sí, ahí sí noté...

¿Pero con el novio delante?

No, el novio se vino aquí a dormir. Pero era su ex novio, y yo ya había consultado con él la posibilidad de que me acostara con su ex novia sin tener ningún tipo de roce, porque ya, hace muchos años, tuvimos un encontronazo y un historia también. Yo noté la posibilidad y le dije: «¡Oye!, ¿te importaría si yo me acostara esta noche con Elena?» «No, no, en absoluto, mejor» (...).

El polvo fue distinto, sí, sí que fue distinto, tuvo su gracia, ¿no? Hay una mayor sensibilidad corporal..., sí, sensibilidad en general. No tiene un efecto afrodisíaco, ni estás más excitado, ni estás..., en absoluto, ¿no?, pero se desarrolla bastante sensibilidad. Luego, en dos o tres ocasiones más he tenido relaciones sexuales bajo los efectos del «éxtasis», en ocasiones las dos personas bajo los efectos del «éxtasis», y en otras en que los efectos afectan sólo a ella. Y en otros casos sí he notado que produce un efecto estimulante, en el sentido de que estimula las sensaciones, no en el sentido de que tengas más ganas, se te ponga dura cada tres veces, ni nada por el estilo.

(Samuel, nacido en 1966, residente en Madrid)

No todos los efectos de la MDMA sobre la conducta sexual son positivos. Muchos usuarios que han practicado el sexo tras tomarlo declaran que retarda el orgasmo y en los hombres dificulta la erección y la eyaculación. Sin embargo, estos inconvenientes no son valorados negativamente por los usuarios, y a veces ni tan siquiera son reconocidos como tales.

Aumentan mis sensaciones de placer, pero al rato desaparece la erección y algunas veces no llego al orgasmo.

(Javier, nacido en 1964, residente en Granada)

Me retrasó mucho el orgasmo, pero fue casi un viaje astral. Perdí la noción del tiempo y del espacio.

(Victor, nacido en 1973, residente en Málaga)

¿Qué pasa con el tema sexual, qué tipo de vinculaciones se dan, en qué afecta, si es que afecta?

Tema sexual. Síntomas. Yo siempre se me..., es como meterme en agua fría: los testículos se me empuqueñecen y la picha se me empuqueñece y, a lo mejor, si estoy muy, muy pedo, una tía intenta levantarmela, y tarda. Se me levanta, seguro, y no me preocupa, o sea, no me obsesiona, porque sé que se levanta. Pero a lo mejor tarda, a lo mejor tiene que chupármela porque si no, no hay forma. Pero puede tardar hasta cinco o diez minutos de que estemos ahí. Hombre, si me toca directamente a lo mejor son dos o tres minutos. Eso sí, una vez que

se pone, tardo en correrme, y hay veces que cuando voy muy pedo ni me puedo correr. Entonces..., pero disfruto mucho, disfruto muchísimo, y sobre todo a la tía la matas a orgasmos, ¿no?

(Moncho, nacido en 1968, residente en Madrid)

Por último, todo lo dicho anteriormente no quiere decir que no haya personas, sobre todo mujeres, que consideren que la MDMA no es una droga adecuada para practicar el sexo, y a la pregunta «¿Qué relación establecerías entre el "éxtasis" y el sexo?», respondan:

Mala, aunque siempre hay excepciones. Pero es mucho mejor tener relaciones sin haber tomado nada (ni alcohol, ni drogas...)

(Fátima, nacida en 1975, residente en Valencia)

Anula el deseo sexual. No he podido [mantener relaciones sexuales].

(Margarita, nacida en 1964, residente en Granada)

Una impresión en la que todavía se reafirma más Berta, una joven que frecuenta el mundo de la fiesta:

¿Has tomado «éxtasis» alguna vez con una finalidad sexual?

No, nunca. Ni siquiera me provoca. Me pone tierna, pero nada más. Yo no sé si a la gente le da por eso, es posible que los gays lo tomen con ese fin, pero el resto no creo. Desde luego, yo no. Yo me llevo muy bien con la gente, ya lo ves por tí mismo, nos podemos besar, abrazar, y todo eso, que resulta bonito, pero no entiendo por qué hay que pasar de ahí obligatoriamente, se puede o no se puede. Yo me llevo bien con toda la gente; hombre, con unos más que con otros; nos besamos, tocamos, abrazamos, pero follar es otra cosa bien distinta. De follar con cualquiera, nada de nada. No es que me importe, ya te he dicho que perdí la virginidad a los diecisiete, pero siempre he elegido a la gente con la que me he acostado y es muy poquita.

Este verano he conocido a un chico de Granada y nos hemos hecho muy amigos. Él se marchó y nos escribimos y llamamos por teléfono, es un rollo muy bonito, pero nada de follar. No veo la necesidad, lo mismo que con mi novio actual, llevamos tres años saliendo y no hemos visto necesidad de ello. A mí las pastillas no me predisponen. Yo tampoco las tomo con esa intención, no sé si tomándolas para follar ayuda, yo no conozco a gente que las tome con esa intención. Sí conozco a chicas que follan y mucho, pero sin pastillas, y me imagino que también con ellas, pero eso es más problema de cada una. Hay chicas a las que les va el rollo y follan todo lo que quieren o pueden, pero no todas somos iguales. Muchas de las que están en la fiesta pasan totalmente del sexo por el sexo. Además, eso se ve en la misma fiesta. Esto no tiene nada que ver con los bares de alterne, o de rollo, donde se va a lo que se va, no se oculta nada. Muchas discotecas son lugar de encuentro para ligar claramente. Pero eso no se da aquí en Space, la gente en general no viene buscando sexo, y curiosamente a quien lo viene buscando se le nota mucho, sobre todo a los chicos, aunque también a las chicas. Éstos son claras minorías que me imagino se tienen que marchar aburridos. Ya te digo que habrá de todo, pero no predomina un fin sexual dentro de la fiesta.

(Berta, nacida en 1967, residente en Ibiza)

Una droga que aumenta la sociabilidad

Uno de los efectos que refieren con más frecuencia los usuarios es una sensación de mayor solidaridad grupal, algo a lo que pueden contribuir también el contexto de uso (reuniones festivas en grandes locales o espacios abiertos) y las personas con las que se suele tomar (casi siempre amigos o personas que desarrollan la misma actividad). Muchos usuarios consideran el «éxtasis» una droga para tomar en compañía. En estas circunstancias el «éxtasis» actúa como intensificador de las relaciones interpersonales. Veamos algunas de las descripciones que hacen los propios usuarios:

Me divierto, me lo paso muy bien. La sensación. Es que la sensación es... Se te olvida todo, si tienes algún problema o cualquier historia. Yo, por ejemplo, que he tenido el problema ahora de casa y tal, cuando salí, que nos fuimos por ahí, las sensaciones..., lo olvidas todo. O una de dos: o te empiezas a comer la cabeza —depende de lo que vayas también, claro—, o empiezas a comerte la cabeza y dar vueltas a las cosas, o la sensación es increíble, o sea, lo olvidas todo, todo es felicidad, a todo el mundo quieres. Lo único que quieres es amor, cariño. Además, la sensación es que vas a hablar con una persona, y esa persona a lo mejor la conoces de poco, y la quieres como si la conocieses de toda la vida, y te apetece decirle: «Me encanta, me encanta que estés aquí, soy superfeliz.» O sea, las sensaciones..., ¡maravillosas!

(Pauli, nacida en 1974, residente en Madrid)

¿Recuerdas qué sentiste?

Pues no sé. Es que sientes que quieres a todo el mundo. Y estás contento por todo. (...) Notas cómo quieres a todo el mundo, todo es amor, y yo que sé, y te lo pasas bien. Eso sí, si tienes algún problema con alguien, que a lo mejor te peleas con alguien, te entra muy mal rollo. Ya ahí se te corta y estás ya cabrea'lo todo el día, estás ya comiéndote la cabeza con ese problema.

¿Si tienes un problema cuando lo has consumido o antes de consumirlo?

No, no, cuando lo estás consumiendo, cuando estás con el efecto. Por ejemplo, un día estábamos en el Friend's y me entró un maricón, ahí con todos los amigos. Los amigos se me quedaban mirando, y ya te pones muy a la defensiva, y te pones agresivo. Todo el rato mirándolos, y todo el rato atento a ver qué van a hacer o qué van a dejar de hacer. Pero, eso sí, es todo muy..., lo ves todo como muy..., muy perfecto, la gente, quieres a todo el mundo, eres amigo de todo el mundo, estás contento con todo el mundo, con la gente. A lo mejor, un tío con el que te llevas mal, o que le tienes asco, eres muy amigo de él. Y, no sé, es todo muy...

(Kike, nacido en 1974, residente en Madrid)

Hay una comunicación entre la persona de enfrente que tienes, si ha tomado pastillas, una comunicación psicológica: Yo te estoy mirando a ti y tú me estás mirando a mí, y yo sé lo que tú estás pensando. Ocurre muchísimo.

¿Si ambos están de pastillas?

Sí, sí, que es algo que no me llevo a explicar. Con gente..., ¿no?, que estás con tu círculo de amigos, que han tomado pastillas y..., estás hablando, y a lo mejor te callas, le miras y dices: «Sé lo que estás pensando.» Y aciertas. Y es

algo que tú estás pensando. Se llega a una comunicación interna, increíble. Eso me llama muchísimo la atención.

(José Carlos, nacido en 1970, residente en Madrid)

Durante nuestro trabajo de campo pudimos observar en los lugares donde se suele consumir «éxtasis» una serie de conductas relacionales típicas, que denotan este aumento de sociabilidad entre las personas que toman estas drogas: frecuentes abrazos, apretones de manos, gestos de complicidad mostrando una sonrisa característica de satisfacción, movimientos de baile sincronizados, besos, ofrecimientos de tabaco o bebidas, gestos indicando el previsible cambio de ritmo de la música, etcétera.

Sobre las cuatro de la madrugada llega Juan con su novia y unas amigas. Salimos del coche y volvemos a entrar a la discoteca, que ahora está a tope. Cuesta menearse sin que te den algún empujón. La euforia generalizada se ha desatado, se juntan unos conocidos con otros, se abrazan, a las chicas se les da un par de besos, las bebidas (todas con alcohol) pasan de mano en mano y de boca en boca. El ambiente de alegría es contagioso y nadie puede resistirse a bailar. Juan, siguiendo su habitual política, me presenta a uno de sus conocidos que anda por allí repartiendo abrazos y besos a diestro y siniestro, con muestras de gran efecto y con una sonrisa de oreja a oreja.

(Diario de campo, 25 de febrero de 1995, discoteca de Valencia)

Esta impresión de mayor solidaridad grupal es, sin embargo, momentánea, ya que al terminarse los efectos de la droga los individuos retornan a una realidad social muy distinta, como señalan Pilar, una consumidora ocasional de pastillas, y José, un usuario más intensivo:

Este año sí he probado uno que he notado pues una sensación de bienestar. Se te agudizan todos los sentidos: escuchas mejor, ves mejor, las luces te hacen como..., no sé. Pero hay una barrera muy artificial porque, mientras estás con los efectos, de puta madre, lo ves todo muy bien, no tienes ningún problema, ves todos los problemas solucionados, ves toda la relación de puta madre, pero luego se te pasa y estás otra vez de mala leche. Pero, bueno, mientras dura está bien. Pero, que tampoco es una droga así, para repetir mucho.

(Pilar, nacida en 1970, residente en Madrid, usuaria ocasional)

Las relaciones que hay en la fiesta son por encima, no hay nada serio, no hay amistad. Todo el rollo ese que hay en la fiesta de buen rollo, de amistad, de todos qué bien y tal, todo eso es mentira, todo es falso.

(José, nacido en 1975, residente en Madrid, usuario ocasional)

Óscar, un consumidor mucho más intensivo, que llegó a tomar pastillas a diario durante un año, comparte esta misma opinión:

¿Cómo son tus sensaciones cuando estás de X?

No sé..., es que, la verdad, me da un punto bueno y luego, inmediatamente, me da un punto malo a la vez, ¿sabes?

¿Eso mientras que estás de subida o cuando bajas?

Al mismo tiempo, porque, en verdad, estoy bien, pero sé que, en verdad, es todo mentira. Cuando se pase el efecto, esa felicidad y ese *buen rollo* que tienes con toda la gente no lo vas a sentir más.

¿De eso te diste cuenta al principio?

Claro, porque es que, en verdad, ¿sabes?, a lo mejor estás toda la noche bailando con gente que a lo mejor no los has conocido en tu vida, y ji-ji, ja-ja, y al día siguiente es un día normal y no... entonces te das cuenta de que, en verdad, es todo mentira, porque son sensaciones falsas.

(Óscar, nacido en 1969, residente en Valencia, usuario regular muy intensivo)

Algunos psiquiatras, principalmente de orientación analítica, han creído ver en esta propiedad de la MDMA para facilitar la comunicación un cierto potencial terapéutico para tratar algunos trastornos mentales. Pero, como ocurre con todas las drogas, los efectos de la MDMA y análogas dependen no sólo de las propiedades de estas sustancias, sino también del contexto en que se usen (*set*) y el estado en que se encuentre la persona que las ingiera (*setting*). En un contexto completamente distinto a la consulta del psiquiatra, como las fiestas multitudinarias (*raves*) y los locales de baile, la presunta mejoría en la comunicación inducida por el «éxtasis» puede tener unos efectos muy distintos. La falsa solidaridad grupal que el individuo experimenta mientras está bajo los efectos de la droga puede hacer en algunos casos que le resulte todavía más duro enfrentarse el día después al auténtico mundo de relaciones sociales en el que tiene que vivir. Por otra parte, durante nuestro trabajo de campo hemos podido constatar *in situ* en la escena de baile que algunos usuarios de «éxtasis» se vuelven más agresivos en estas circunstancias, llegando a sufrir a veces ilusiones persecutorias (piensan que los demás están hablando mal de ellos o les miran mal) que pueden desembocar en comportamientos violentos o peleas. Kike, un usuario que ha experimentado este efecto en alguna ocasión y que también lo ha percibido en otros usuarios, lo describe de la siguiente manera:

¿Crees que el consumo de «éxtasis» aumenta la agresividad?

Sí, mucho. Mucho, porque te lo tomas y eres, eres... estás siempre a la que cae, o sea, estás a lo mejor..., estás a lo mejor con una chica o con un amigo tuyo, va cualquier persona a hablar con él y estás puesto a la defensiva.

¿Pero no será que tú eres un poco agresivo?

No, yo pienso que es todo el mundo. Yo lo veo... en las discotecas y en todos la'os lo veo. La gente está de buen rollo siempre, o sea, te empujan y te dan una palmadita en el hombro, o te dicen: «Perdona.» Pero si, por ejemplo, te empujan, y tú le dices «¡Oye, que me has empuja'o», se acabó el buen rollo y empieza la batalla campal.

¿Te has visto alguna vez en una movida de éstas que describes?

Nunca me he visto en ninguna.

¿Has visto alguna vez a alguna persona que tuviera comportamientos violentos después de haber tomado «éxtasis»?

Sí, muchas.

¿Has visto alguna pelea producto de esto?

Sí, muchas también.

¿Pero por culpa de las pastillas?

Sí, yo creo que es por culpa de las pastillas porque, cuando estás con el pedo, te sientes como más fuerte, como más..., no sé cómo decirte, como si te pegas...,

como si a lo mejor te pegan veinte puñetazos nooo..., te diera lo mismo, te volvieras a levantar y siguieras. Nunca he llegado a pelearme, o sea, de «éxtasis», pero aumenta mucho la agresividad, y yo creo queee...

(Kike, nacido en 1974, residente en Madrid)

Por último, hay que señalar que son menos las personas que reconocen haber experimentado una mayor espiritualidad o intimidad después de ingerir «éxtasis», unos efectos que parecen poco buscados por los usuarios españoles.

Efectos adversos

La experiencia producida por la MDMA y análogas suele conllevar una serie de efectos adversos colaterales. Los usuarios de nuestro estudio reconocieron como característicos dos grupos de efectos adversos (véase tabla 5.9):

1. Efectos somáticos: boca seca (85 por 100) o pastosa (68 por 100), sensación de calor (68 por 100), insomnio (65 por 100), diaforesis (64 por 100), taquicardia (62 por 100), movimientos involuntarios de la mandíbula (61 por 100), escalofríos (59 por 100), trismo (55 por 100), deseo de orinar (49 por 100), pérdida del sentido de la orientación (47 por 100), temblores (45 por 100), visión borrosa (41 por 100), náuseas (39 por 100), vómitos (33 por 100), movimientos involuntarios de los ojos (31 por 100), y dificultad para coordinar los movimientos (29 por 100). La mayoría de estos efectos son propios de una sobreestimulación simpática tanto en el área cardiovascular como neurológica, y resultan congruentes con las propiedades anfetamínicas de la MDMA.

2. Efectos neuropsiquiátricos: agobio (57 por 100), pérdidas temporales de memoria (56 por 100), inquietud (54 por 100) o ansiedad (46 por 100), pérdida del control en las acciones (53 por 100), pensamientos extraños (51 por 100), confusión (44 por 100), dificultades para concentrarse (44 por 100), inestabilidad mental (40 por 100) e irritabilidad (39 por 100), paranoia (37 por 100), obsesión (33 por 100) y pánico (16 por 100).

No hay diferencias significativas en la percepción de estos efectos secundarios entre las mujeres y los hombres.

Los efectos adversos más característicos son sequedad de boca, sensación de calor, insomnio, sudoración excesiva, taquicardia, movimientos involuntarios o rigidez de la mandíbula, agobio, inquietud y pensamientos extraños. Todos ellos suelen desaparecer horas después de la ingesta, si no se producen reacciones adversas agudas u otro tipo de complicaciones.

Veamos cómo describió estos efectos Andrés, un joven recién licenciado, en su diario la primera vez que tomó medio comprimido de «éxtasis»:

Valencia, sábado 11 de febrero, 9.00 horas aproximadamente

Volvemos a entrar en la disco. Empiezo a moverme al ritmo de la música sin demasiado entusiasmo y, a los diez minutos aproximadamente, empiezo a notar

Tabla 5.9. Efectos adversos producidos por la ingesta de MDMA declarados por los usuarios (N = 309). Porcentajes por sexos

<i>Sensación subjetiva</i>	<i>Mujeres</i> %	<i>Hombres</i> %	<i>Total</i> %
Boca seca	87	84	85
Hipertermia.....	64	71	68
Boca pastosa	66	68	68
Insomnio	64	66	65
Sudor.....	57	68	64
Taquicardia	57	65	62
Movimientos involuntarios de la mandíbula	52	66	61
Escalofríos.....	57	60	59
Agobio.....	62	54	57
Deformación de la boca.....	47	60	56
Pérdida de memoria	58	54	56
Trismo.....	54	55	55
Inquietud	57	53	54
Pérdida de control en las acciones	59	49	53
Pensamientos extraños	51	51	51
Deseos de orinar.....	43	52	49
Pérdida del sentido de la orientación	46	47	47
Ansiedad	48	44	46
Temblores	44	46	45
Confusión.....	48	41	44
Dificultad para concentrarse.....	44	44	44
Visión borrosa	41	41	41
Inestabilidad mental	44	38	40
Irritabilidad	50	33	39
Náuseas.....	43	37	39
Paranoia	38	36	37
Vómitos.....	34	33	33
Obsesión	37	31	33
Movimientos involuntarios de los ojos	23	36	31
Descoordinación en los movimientos.....	30	29	29
Pánico	16	15	16

la subida de los dos cuartitos de pastilla. Siento que se me acelera el ritmo cardíaco, me encuentro inquieto, me agobia la discoteca, y decido salir a que me dé un poco el aire de la mañana. En la puerta me encuentro con Luis y su novia. Luis lleva puestas unas gafas de sol. Su cara está blanca como el papel y abatida. Su voz transmite cierto atontamiento verbal. Parece encontrarse en plena bajada de «éxtasis». Les acompaño al coche. Me tumbo en el asiento delantero y me da por sudar. Noto todo el cuerpo en estado de alerta máxima. Es como si me hubiese invadido algo que me eriza hasta los pelos de la piel. Repetidamente me paso la mano por la cabeza intentando reponerme de la sensación tan desagradable y desconocida que me embarga. Además, no paro de cambiar de postura en el

asiento. Le comento a Luis, que lleva *un buen ciego*, mis sensaciones. Me responde que «eso es un subidón», pero que dentro de un rato ya no notaré nada. Su novia decide cambiar al coche de otros *colegas*. Junto a la ventanilla del coche donde me encontraba llega otro *colega*, al que no conocía, todo feliz. Yo no me entero muy bien de lo que habla, a pesar de tenerlo junto a mi oído. Luis tampoco parece hacerle mucho caso. Por último, dice que va a pedirse algo y que volverá para estar un ratito con nosotros. Cada vez tengo más sudores, pero al menos ha desaparecido la angustiada sensación del inicio del subidón. Luis sugiere que nos marchemos al chalet. Yo no me encuentro en condiciones de conducir. Luis me sugiere que lleve el coche otro, a lo que me niego. Voy al guardarropa a recoger mi chaquetón. El paseo y el aire fresco me ayudan a espabilarme. Cuando regreso al coche de Luis ya me encuentro bastante restablecido, sin sueño y en mejores condiciones para conducir. Manolo, Sergio, Tomás, César y tres *chatis* van a quedarse para ir más tarde al chalet, así que me quedo con ellos.

(Andrés, nacido en 1970, residente en Murcia)

Durante nuestro trabajo de campo pudimos observar directamente algunos otros efectos secundarios que produce la MDMA, como la dilatación de las pupilas (midriasis), pero no interrogamos sistemáticamente a todos los usuarios de nuestra muestra acerca de ellos, debido a las dificultades que plantea su autopercepción por parte del propio usuario.

Me comí medio. Pero estuve, no veas, toda la noche, toda la mañana ahí con unos sudores. La gente me decía, tía, tenías los ojos así de grandes.

(Blanca, nacida en 1976, residente en Málaga)

Efectos sobre el sueño

Se trata de una droga que produce insomnio. De hecho, muchos usuarios la toman para mantenerse despiertos por la noche o durante varios días mientras salen de fiesta. Sin embargo, no parece que dificulte el sueño una vez que pasan sus efectos. Más de la mitad de los usuarios (56 por 100) considera que permite conciliar el sueño, e incluso produce cierta somnolencia, una vez que desaparecen sus efectos:

Esto es una cosa que, eso, te puedes ir a dormir. Yo me eché a dormir, me dormí tan a gusto, no tuve que estar dando vueltas en la cama como un tonto. Yo antes me comía *un tripi*, y me quedaba toda la noche sin dormir. Y, luego, me acosté, me levanté y tan normal, ¿sabes? Eso, como si me acabara de levantar y hubiera dormido cuarenta horas.

(Óscar, nacido en 1969, residente en Valencia)

Te da marcha, te entran sudores, te da calor, te sientes muy bien, te apetece bailar. Cuando acabas, duermes como un lirón. Cuando se te acaban las pilas te entra cansancio, te quedas relajado, te duermes tranquilamente. Duermes como si te hubieras tomado algo para dormir.

(Ralf, nacido en 1969, residente en Madrid)

Lo que sí notas es, por ejemplo, yo... yo en mí lo noto y en gente que conozco, que a lo mejor el fin de semana se está de marcha y no se duerme apenas (...). Descansas menos y duermes más por el día. Entonces, los días de diario es como si lo recuperaras. Yo me tiro durmiendo horas y horas y horas, y es increíble. O sea, yo antes no dormía tanto, al contrario.

(Pauli, nacida en 1974, residente en Madrid)

Los estudios experimentales sobre la influencia de la MDMA y análogas en el sueño son todavía escasos y anecdóticos, pero confirman esta impresión de los usuarios: la MDMA produce insomnio aproximadamente media hora después de su ingestión con una duración mínima de unas dos horas y media, pero después es posible dormir sin dificultades (sobre todo, si se ha estado bailando durante horas o se pasan largos períodos de tiempo sin dormir, como suelen hacer muchos usuarios). En un experimento cruzado (Hermle *et al.*, 1993), en el que se administraron 140 mg de MDEA (una sustancia muy parecida a la MDMA) por vía oral y una sustancia placebo a seis adultos se observó cómo todos los sujetos se despertaron entre sesenta y ciento veinte minutos después de la ingesta de MDEA. Permanecieron despiertos durante por lo menos ciento cincuenta minutos, para a continuación volverse a dormir. El sueño REM desapareció totalmente en todos los individuos, y en tres de los sujetos del experimento se produjo durante la segunda parte de la noche una alteración cíclica de períodos relativamente largos de sueño de onda lenta con períodos de sueño ligero.

Efectos residuales

Entendemos por efectos residuales aquéllos que todavía persisten veinticuatro horas después de la ingesta, una vez que la MDMA ha sido metabolizada por el organismo. Los principales efectos residuales relatados por los usuarios fueron los siguientes (véase la tabla 5.10): fatiga (75 por 100), dificultad para concentrarse (71 por 100), anorexia (67 por 100), abulia (60 por 100), insomnio (57 por 100), pérdida de memoria (57 por 100), incapacidad para trabajar o estudiar (50 por 100), irritabilidad (50 por 100), depresión (48 por 100) y falta de deseo sexual (33 por 100).

Estos efectos fueron reconocidos igualmente por ambos sexos. Tan sólo se apreciaron diferencias significativas ($p = 0,005$) entre lo relatado por los hombres y las mujeres al referirse a la falta de deseo sexual. Estas diferencias son atribuibles a la existencia de modelos culturales distintos de la sexualidad para cada sexo.

La euforia y la energía que produce la MDMA en las horas siguientes a su ingesta contrastan con el estado apático en que se sume el usuario horas más tarde. Así describe este contraste Berta, una estudiante universitaria de veintisiete años:

¿Cuál es tu comportamiento y qué tipo de sensaciones tienes cuando estás bajo los efectos del «éxtasis»?

Me encuentro muy marchosa, con muchas ganas de moverme, con ganas de bailar, muy cariñosa con todo el mundo, muy comunicativa, muy agradable y cercana a todo el mundo. Es una sensación de bienestar en general, sin muchas necesidades,

Tabla 5.10. Efectos residuales (persistentes veinticuatro horas después de la ingesta) referidos por los usuarios (N = 309). Porcentajes por sexos

<i>Sensación subjetiva</i>	<i>Mujeres</i> %	<i>Hombres</i> %	<i>Total</i> %
Fatiga	82	71	75
Dificultad para concentrarse.....	73	70	71
Anorexia	69	66	67
Abulia/apatía	68	56	60
Insomnio	59	56	57
Pérdida de memoria	57	57	57
Incapacidad para trabajar/estudiar	57	47	50
Irritabilidad	55	47	50
Depresión.....	57	43	48
Dolores musculares.....	52	45	48
Bajada de las defensas inmunológicas.....	42	31	35
Falta de deseo sexual.....	33	34	33

si acaso de beber algo fresco, agua o poco más. Sin hambre, sin cansancio, controlando todo. Tengo una mayor capacidad para ver todo lo que pasa a mi alrededor, es como cuando estás muy despierto, que estás dispuesto a enfrentarte con todo, pues ésa sería la sensación general. ¿Y mi comportamiento? Eso, muy comunicativa y dispuesta a moverme constantemente, con un gran control.

¿Cómo te encuentras justo cuando se termina el efecto del «éxtasis»?

Es una sensación general de apatía, de desánimo, no tengo ganas de nada, ni de andar, es un cansancio cada vez mayor. El humor se me va tomando de perros, y lo peor es esa sensación de quemazón que me envuelve toda la cabeza, es como si tuviera fuego en la cabeza, pero por dentro, internamente.

¿Qué pasa horas después o al día siguiente?

Al día siguiente no estoy para nada. Mi estado de ánimo es peor que malo. Me encuentro muy cansada, de muy mal humor y esa horrorosa sensación de la cabeza sigue, me dura como un par de días. Es un dolor muy característico, se trata de un calor parecido al que sale de un horno, pues ésa es la sensación, como un horno, pero de fuego. Me encuentro perezosa, desganada y deprimida. Bueno, a lo mejor estoy exagerando, pero es que como cada vez lo llevo peor... Es posible que antes no lo viera así.

(Berta, nacida en 1967, residente en Ibiza)

Este brusco contraste entre los síntomas que produce la MDMA en las horas y días siguientes a su ingesta, experimentado de manera repetida podría inducir o agravar estados depresivos, de ansiedad, de despersonalización e, incluso, desrealización en personas sensibles a estas dolencias psiquiátricas. En nuestro estudio hemos encontrado algunos usuarios con estos problemas.

Anorexia

La pérdida de apetito parece ser un efecto bastante generalizado entre los usuarios de «éxtasis». Conviene recordar que los primeros ensayos con la MDMA los realizaron los laboratorios alemanes de E. Merck a principios de este siglo debido a su potencial interés como anorexígeno. Los usuarios intensivos de «éxtasis» suelen ser personas más bien delgadas y, en ocasiones, extremadamente delgadas. Esto puede deberse al efecto anoréxico de la MDMA, que unido al intenso ejercicio que muchas de las personas que lo consumen realizan bailando durante los fines de semana les produce pérdidas considerables de peso. Son muchos los usuarios que, como Pedro, reconocen haber perdido peso tras haber estado tomando «éxtasis» durante una temporada todos los fines de semana:

¿Qué efectos físicos has notado con el «éxtasis»?

Efecto físico, me adelgaza mucho. Adelgazas. A mí me adelgaza mogollón. Alguna gente también adelgaza mucho. Cuando me como el «éxtasis», no como en dos días. No paro de bailar porque me mantiene todo el rato muy eufórico, muy bien. Te hace sudar mucho también. No comes y te deshidratas mucho. Bebes mucha agua. No paras de beber líquido. A mí personalmente me deja chupa'o.

¿Cuánto peso puedes perder?

Pienso que un kilo y medio o dos kilos en el fin de semana. Durante la semana otra vez me relleno. El viernes otra vez estoy relleno y el lunes estoy otra vez chupa'o, chupa'o.

(Pedro, nacido en 1965, residente en Málaga)

Hay mujeres que valoran muy positivamente esta cualidad anorexígena del «éxtasis», llegando a reconocer que para ellas constituye un motivo más para consumirlo, como en el caso de Pauli:

Cuando empecé a tomar, también lo hacía un poco para adelgazar, porque me decían que adelgazaba. Y, en efecto, he adelgazado mucho —bastante— con las drogas. Y las sensaciones me gustaban, y eso de adelgazar: «¡Ah, estoy adelgazando y no estoy haciendo ejercicio!» He perdido en lo que llevo casi diez kilos.

(Pauli, nacida en 1974, residente en Madrid)

Insomnio

Más de la mitad de los usuarios de nuestro estudio reconocieron haber experimentado alguna vez insomnio como efecto residual tras la ingesta de «éxtasis». Un buen ejemplo de esto lo encontramos en un grupo de amigos que durante las Navidades de 1994 se reunieron en casa de uno de ellos para celebrar su cumpleaños. Compraron unas pastillas blancas ovaladas grandes para animar la fiesta. Durante dos días ninguno fue capaz de conciliar el sueño y todos tuvieron dolor de estómago. Nunca antes les había ocurrido nada semejante.

No podías pegar ojo, te sentías fatal, con el estómago encogido.

(*Marisol, nacida en 1972, residente en Madrid*)

El único estudio cuasi-experimental que existe sobre este tema presenta unos resultados poco claros, que han sido interpretados de maneras completamente contrapuestas. Allen, McCann y Ricaurte (1993) compararon los polisomnogramas de un grupo de 23 individuos con una historia de uso de MDMA (habían tomado esta sustancia más de 25 veces) con los de un grupo de control de 22 personas de la misma edad y sexo que nunca habían tomado esta sustancia. Ellos pensaban que si la MDMA producía una disminución de los niveles de serotonina en el cerebro, entonces debía esperar encontrar alteraciones significativas en el sueño de los usuarios de MDMA, ya que este neurotransmisor se piensa que juega un papel importante como modulador del sueño. Sin embargo, las únicas diferencias que observaron entre los dos grupos de su estudio fueron: una reducción de 19 minutos en el tiempo total de sueño (TTS) en los usuarios de MDMA y una disminución de 23,2 minutos en el sueño no-REM durante la segunda etapa del sueño, también en el mismo grupo. Los propios autores de ese trabajo reconocieron que: «el hallazgo de que la principal diferencia entre los usuarios de MDMA y los sujetos del grupo de control reside en la cantidad de sueño de la fase 2 es algo sorprendente. Los estudios preclínicos en los que había implicada una deplección farmacológica o lesiones anatómicas de las neuronas serotoninérgicas han mostrado generalmente cambios en el sueño REM y en todos los períodos de sueño no-REM más profundos (estadios 2, 3 y 4)» (Allen *et al.*, 1993: 563). Además, según ellos, «los cambios en la fase 2 del sueño no fueron debidos a cambios estructurales en el estadio 2 mismo. En concreto, cuando se examinaron los registros individuales en detalle, no se detectaron cambios en el número o densidad de ondas o diferencias en los complejos-K. De hecho, no se observó ninguna anomalía en los registros del sueño de los individuos expuestos a la MDMA, lo que sugiere que los mecanismos generadores del sueño permanecieron intactos» (*ibidem*). Lo curioso es que, a pesar de estas evidencias y de no haber encontrado las alteraciones que iban buscando, Allen, McCann y Ricaurte acabaron concluyendo que «los hallazgos [de su estudio] son consistentes con la visión de que el uso recreativo de MDMA en dosis acumulativas sustanciales puede inducir daños serotoninérgicos duraderos en el SNC» (Allen *et al.*, 1993: 563-64). Una interpretación con la que no está de acuerdo, por ejemplo, Lamont Granquist (1995), para quien este experimento no sólo no aporta ninguna evidencia de que la MDMA produzca daños serotoninérgicos, sino que «el hecho de que la MDMA no reduzca el sueño REM y el SWS (sueño de onda lenta), mientras que reduce la más ligera fase 2 del sueño, puede indicar que los usuarios de MDMA experimentan un sueño de mejor calidad».

Efectos residuales referidos por los usuarios no imputables a la MDMA

Los dolores musculares de los que hablan el 48 por 100 de los usuarios entrevistados pueden deberse al ejercicio físico que la mayoría de ellos realiza bailando después de ingerir la droga, más que a la sustancia misma.

La bajada de las defensas inmunológicas —un supuesto efecto al que otros estudios, como el de Beck y Rosenbaum (1994), han prestado alguna atención no es generalizable y requeriría de un análisis específico de cada uno de los casos para explicar su etiología.

Semejanzas y diferencias con otros estudios internacionales

Los resultados de nuestro estudio coinciden bastante con la encuesta realizada por Solowij y otros (1992) a 100 usuarios en Sydney. Aparentemente difieren más con los de las encuestas llevadas a cabo por Peroutka en Stanford (1988) y por Korf y Lettink en Amsterdam (1994). En las tablas 5.11 y 5.12 se presentan los resultados de estas comparaciones.

Tabla 5.11. Comparación de los principales efectos referidos por los usuarios en los estudios de Peroutka, Korf y Lettink y en nuestra propia investigación

<i>Sensación subjetiva</i>	<i>Peroutka Stanford, USA N = 100 %</i>	<i>Korf y Lettink Amsterdam, Holanda N = 49 %</i>	<i>Nuestro estudio España N = 309 %</i>
Sentido de proximidad con otros.....	90	88	77 *
Trismo	75	65	55
Taquicardia.....	72	69	62
Bruxismo	65	37	61
Boca seca.....	61	67	85
Aumento de la vigilancia.....	50	37	54
Luminiscencias en los objetos.....	42	49	—
Temblores.....	42	55	45
Palpitaciones	41	43	—
Diaforesis	38	59	64
Dificultad para concentrarse.....	38	35	44
Parestesias	35	57	—
Insomnio	33	37	65
Escalofríos	31	63	59
Mayor sensibilidad al frío.....	27	43	—
Vértigo.....	24	41	—
Alucinaciones visuales	20	35	46
Visión borrosa	20	51	41

* Aceptación de otros.

Tabla 5.12. Comparación de los 10 principales efectos buscados y adversos referidos por los usuarios en nuestro estudio y en el de Solowij y cols.

Principales efectos buscados		Principales efectos adversos	
Solowij et al. (1992)	Nuestro estudio (1994)	Solowij et al. (1992)	Nuestro estudio (1994)
N = 100	N = 309	N = 100	N = 309
Locuaz (6) Tolerante (7) Cercano a otros (12)* Felicidad (3) Tranquilo (—) Aceptante (7) Sensual (8) Euforia (1) Seguro de sí mismo (10) Descuidado (4)	Euforia 93% Felicidad 90% Energía 90% Desinhibición 81% Risa 81% Lucuacidad 78% Aceptación otros 77% Mayor sensualidad 74% Deseo contacto físico 72% Autoestima 69%	Pérdida de apetito (—) Boca seca (1) Frecuencia cardíaca rápida (6) Tensión mandibular (12) Insomnio (4) Bruxismo (7) Sofocos (2) Sudoración (5) Poca concentración (21) Desco de orinat (17)	Boca seca 85% Hipertermia 68% Boca pastosa 68% Insomnio 65% Sudoración 64% Taquicardia 62% Movimiento mandíbula 61% Escalofríos 59% Agobio 57% Deformación boca 56%

Los números entre paréntesis indican el lugar que ocupa en nuestro estudio dicho efecto, o uno parecido.

* Empatía.

La mayor semejanza de los resultados de nuestro estudio y el de Solowij y sus colaboradores puede deberse en parte a que nosotros hemos empleado muchas de sus categorías para investigar este tema. En la tabla 5.11 se presentan los resultados de la comparación de los diez efectos principales buscados y adversos reseñados por los usuarios entrevistados en Sydney y en nuestra investigación. El número entre paréntesis indica el lugar que ocupa el efecto en nuestro estudio y los porcentajes se refieren a las personas que dicen haberlo experimentado. Ambos grupos de usuarios coinciden en señalar como principales efectos buscados una mayor estimulación y sus estados anímicos concomitantes de euforia, felicidad y autoestima, junto con distorsiones perceptivas de los demás, que se traducen en una mayor proximidad y aceptación de los «otros» y mejoras en la comunicación interpersonal. Asimismo, los principales efectos adversos responden en ambos estudios a los característicos de una sobreestimulación simpaticomimética. La única diferencia significativa puede ser que los usuarios de Sydney no reconocieron ningún efecto adverso psicológico entre los diez primeros, mientras que los españoles mencionaron el «agobio».

Los resultados de las investigaciones de Peroutka y colaboradores y Korf y Lettink guardan también un gran parecido entre sí, debido a la semejanza de los cuestionarios empleados. Esto pone de manifiesto la enorme importancia que tienen los instrumentos de medida para evaluar los efectos subjetivos de estas drogas, y como las preguntas formuladas pueden influir en los resultados. Ambos estudios reconocen una mayor predominancia de los efectos estimulantes y una mejoría en la comunicación y las relaciones interpersonales (mejoras en la interacción y una mayor localidad), coincidiendo así con nuestro propio trabajo y el de Solowij y colaboradores; pero se centran sobre todo en los efectos adversos inmediatos, principalmente fisiológicos (véase tabla 5.12). Resultan llamativas las diferencias que se pueden apreciar en algunos de esos efectos adversos entre estos estudios y el nuestro. Los usuarios españoles perciben más claramente la sensación de calor, que además guarda relación con la sequedad de boca y la sudoración profusa, y la desaparición del sueño. Es probable que la percepción más nítida de estas sensaciones se deba al contexto de uso y las actividades que los españoles desarrollan cuando toman estas drogas: bailar frenéticamente por la noche o, incluso, durante varios días.

VI

USUARIOS Y USOS: SEIS CASOS Y CUATRO ESCENAS

En este capítulo presentamos, de manera detallada e impresionista, ejemplos de usuarios y usos de «éxtasis» narrados a partir del discurso de los propios protagonistas y de nuestras observaciones en el trabajo de campo. Hemos tratado de reconstruir las experiencias y percepciones de los principales tipos de usuarios de «éxtasis» para recoger la variabilidad en cuanto a sus modos de uso, motivaciones, representaciones y racionalizaciones de los consumos y los efectos. Estas representaciones personales se completan con descripciones de algunas de las escenas relacionadas con la adquisición y el consumo de «éxtasis» en que suelen participar los distintos tipos de usuarios y que hemos compuesto a partir de nuestros diarios de campo tratando de reflejar la visión de un observador inmediato de los hechos.

Para la reconstrucción del microcosmos social que rodea la adquisición y uso de «drogas de síntesis» en nuestro país hemos seleccionado (entre los 109 usuarios que fueron entrevistados en profundidad) seis que representan a los distintos tipos de usuarios tanto por sus pautas de uso, como por las cohortes de edad a las que pertenecen, su género y orientación sexual, su nivel educativo y socio-económico, el grado de ideologización del consumo y su diversa implicación en el mercado de estas sustancias. Entre los seis usuarios seleccionados hay dos mujeres y cuatro hombres (una proporción entre los géneros semejante a la que hemos encontrado en la muestra total de usuarios); cinco heterosexuales y un homosexual masculino; una adolescente, tres jóvenes con edades comprendidas entre los dieciocho y veinticinco años, un joven adulto de veintiocho años y un adulto de treinta y nueve años. Desde el punto de vista de su principal ocupación, nuestra muestra contiene un «go-go dancer», un «disc-jockey», dos estudiantes universitarios, una chica en paro que abandonó temprano sus estudios de bachillerato y un ejecutivo. Atendiendo a las pautas de consumo, contiene una usuaria experimental, dos usuarios sociales ocasionales, un usuario regular, una usuaria intensiva y un usuario muy intensivo que ha pasado por períodos prolongados de uso compulsivo. Dos de los casos corresponden a personas que han estado involucradas en el menudeo de «pastillas», una que ni siquiera las

ha comprado ella misma para su propio consumo, y otra que ha actuado desinteresadamente como intermediario en la distribución de pastillas dentro de una red de usuarios, llegando en ocasiones a perder dinero en el proceso de transacción; una «bakala(d)era» desideologizada (sin «conocimientos expertos» del estilo músico-cultural que dice seguir), una persona que nunca ha frecuentado ambientes «bakala(d)eros» ni sabe nada sobre este estilo músico-cultural, otras dos que no se consideran «bakala(d)eras» pero siempre que toman «pastillas» lo hacen en este tipo de ambientes, y dos representantes de la élite del «bakalao» y la «fiesta», uno de los cuales ha elaborado, a partir de elementos tomados de distintos «sistemas de conocimiento experto» (cultura «rave», naturismo, etc.), un complejo discurso ideológico o «sistema explicativo» (Linde, 1987, 1993).

Las codificaciones de personas y conductas en tipologías no son nunca fáciles ni definitivas, y algunos de estos usuarios deben considerarse en transición: mientras redactábamos y publicábamos este texto, algunos de ellos habrán ya pasado a formar parte de otro grupo de edad, y lo que era (cuando fueron entrevistados) una pauta de uso experimental, ocasional o regular, puede haberse convertido en una pauta de uso más intensivo. Las historias personales de uso de drogas de estos seis usuarios han sido también muy variadas: abarcan desde largas historias de uso intensivo de una amplia variedad de drogas psicoactivas, hasta historias muy cortas, tanto moderadas como muy intensivas, de pocas o muchas sustancias. Las escenas que hemos elegido para mostrar la actividad de estos diversos tipos de usuarios incluyen: una salida de un grupo de adolescentes y jóvenes a comprar «pastillas» en los entornos donde se venden y consumen estas sustancias en la provincia de Alicante; una salida de «fiesta» por distintos locales del centro y el extrarradio de Madrid que forman parte de una de las denominadas rutas del bakalao; una salida por Madrid de un grupo de estudiantes universitarios la noche de fin de año a la búsqueda de «fiesta» y «ambiente» con «marcha tecno»; y una noche con dos parejas de usuarios jóvenes, una más mayor que la otra, en una discoteca de «tecno» del centro de Madrid.

Para la presentación de cada uno de los casos se ha seguido un mismo esquema que favorezca la comparación: primero aparece una introducción que incluye algunas de las características sociodemográficas y de la historia personal y familiar del usuario o usuaria, su historia personal de uso de drogas y la información más importante relativa a su consumo de «éxtasis» (iniciación, pautas de uso, motivaciones y problemas). A continuación, se incluyen descripciones y comentarios del usuario, utilizando sus propias palabras, acerca de distintos temas relacionados con el consumo de «éxtasis»: experiencias de iniciación, pautas de uso, motivaciones, percepciones subjetivas de efectos, conocimientos, racionalizaciones y sentidos de los consumos, lugares y contextos de uso, grupos de usuarios, formas de adquisición, reacciones adversas y problemas asociados al uso. Las narraciones han sido compuestas seleccionando y uniendo fragmentos de las entrevistas en profundidad, por lo que ha sido necesario utilizar algunos convencionalismos. Los corchetes indican que la parte del texto que se encuentra entre ellos no fue pronunciada por el informante durante la entrevista, aunque estaba implícita en lo dicho o se había comentado antes. Para señalar dónde se han unido fragmentos del texto de las entrevistas se han utilizado tres puntos entre paréntesis.

Con el fin de preservar el anonimato y la confidencialidad de los usuarios y de algunas informaciones, hemos cambiado todos los nombres de personas o lugares, y modificado algunos datos sociodemográficos. No obstante, hemos tratado de respetar escrupulosamente la autenticidad e incluso la literalidad de lo que dijeron nuestros informantes. Por motivos de espacio hemos eliminado las preguntas y algunas partes repetitivas, aunque somos conscientes de que es importante reconstruir el contexto verbal (y en lo posible, no verbal) en el que se realizan las declaraciones. En ningún caso recogimos detalles respecto a los comportamientos que pudieran comprometer a nuestros informantes, pues no consideramos nuestra tarea incriminar o denunciar, sino presentar los sucesos humanos tal como se presentan en los entornos donde normalmente ocurren.

Es obvio que existen múltiples contradicciones en los discursos de los protagonistas, tanto en su visión de sí mismos y de sus principios como en su visión de las drogas, en particular de las del tipo «éxtasis», como en los motivos para usarlas. En cualquier caso, es también evidente que los motivos y percepciones de las drogas no son los que les suponen los abstemios bienpensantes, ni los que diseñan campañas preventivas para limitar esos usos. En general, entre los usuarios predomina todavía una visión positiva del «éxtasis» y de sus efectos, algo que parecería lógico tratándose de personas que han usado o usan estas sustancias, pero que no siempre ocurre con otras drogas, por ejemplo, el alcohol o la cocaína. Esa visión favorable de este tipo de drogas, compatible para sus usuarios con el cuidado de su salud, el mantenimiento de sus deberes laborales y familiares, e incluso la percepción de que favorece sus relaciones sociales, debe tenerse en cuenta en cualquier esfuerzo preventivo que quiera ser eficaz y no sólo autocomplaciente.

Las cuatro escenas son resultado de observaciones realizadas *in situ* en diversos momentos del trabajo de campo. En las descripciones de lo observado hemos intentado plasmar los elementos centrales de la conducta de los personajes y del contexto en que se produjo, con una perspectiva cronológica y secuencial, para que se aprecien los procesos más comunes que se dan en el consumo de las nuevas drogas. Creemos que se aprecia bien tanto las pautas culturales que utilizan y rigen los actos de los personajes, como el papel de la idiosincrasia y la innovación individuales.

USUARIOS: SEIS CASOS

Lola (veintiún años), universitaria, usuaria experimental

Lola nació en 1973, está soltera y vive en Madrid con su familia. En la actualidad estudia tercero de enfermería y realiza prácticas en un hospital de la periferia de la ciudad. Estudió en colegios privados y sus padres ejercieron bastante control sobre ella hasta que se hizo mayor de edad y comenzó sus estudios universitarios. Fue una buena estudiante hasta hace un par de años, cuando comenzó a salir más, descuidando los estudios y suspendiendo algunas asignaturas de la carrera.

Su historia personal de uso de drogas ha sido corta y poco intensa, salvo en lo que concierne al alcohol y al tabaco. Lleva fumando a diario desde los quince

años, y ahora fuma un paquete de cigarrillos cada dos días. Comenzó a beber alcohol también a los quince años. Con diecisiete se bebió una botella de vodka a medias con una amiga en el viaje de fin de estudios y sufrió un coma etílico. Ahora sólo bebe cuando sale los fines de semana, y suele tomar whisky rebajado con seven-up. Entre semana no consume alcohol, ni siquiera cerveza. Desde hace un año fuma de vez en cuando cannabis en compañía de su novio y sus amigos, sobre todo los fines de semana, en que salen a divertirse. Nunca ha probado el «ácido» (LSD), ni la cocaína, ni la heroína.

Lola tomó «éxtasis» y «speed» por primera vez en diciembre de 1993, en Valencia. Su novio la inició en el uso de estas sustancias. Luego ha vuelto a consumir «pastillas» y/o «speed» dos veces, también en Valencia y otras tantas en Madrid. Cuando toma «éxtasis», lo suele hacer en dosis inferiores a un comprimido. Dado que ha consumido estas drogas menos de diez veces y no ha seguido todavía ninguna pauta de uso, puede considerarse como una usuaria experimental. Además, ella nunca ha adquirido personalmente ninguna droga ilegal para su propio consumo, sino que ha dependido para ello de sus amigos y, sobre todo, de su novio. El consumo de «éxtasis» y «speed» no le ha producido ningún problema manifiesto, salvo que en una ocasión sufrió una pérdida de conocimiento durante unas horas. No considera peligroso el uso que ha hecho hasta ahora de estas sustancias.

Las palabras de Lola muestran el carácter todavía muy situacional de sus consumos de drogas de síntesis, donde el entorno («no me lo tomaría en otro ambiente») se funde indisoluble con la presión e incitación de sus amigos y su pareja. En muchas historias de usuarios experimentales apreciamos la importancia determinante del entorno colectivo e interpersonal en esos usos iniciales e iniciáticos donde «con quién vas» se constituye en variable determinante del «qué tomas», por qué y para qué.

Es también muy notorio el carácter festivo, excepcional, de los consumos de Lola, y como tales formas de consumo permiten e incluso provocan una reinterpretación y reevaluación de los riesgos que no parece coherente ni razonable a partir de sus propios conocimientos previos. No parece que sea sólo información lo que Lola necesita para dejar de correr ciertos riesgos implícitos en el consumo de ciertas drogas ilícitas.

También es muy visible el deseo de idealizar ciertas experiencias, su tono emocional e incluso su carácter único e irrepetible. Lola idealiza la escena valenciana, a veces con un espíritu poco crítico e incluso contradictorio con sus propias declaraciones. Ese deseo de vivir lo inefable y compartirlo con otros y sobre todo con su novio contribuyen seguramente a que su percepción y ponderación de los riesgos asociados al consumo de *pastillas* no coincida con el que pudiéramos hacer desde otra posición u otra óptica, ni con el que quizá ella misma establezca dentro de unos años.

Un uso sin pauta

Bueno, pues yo empecé con las drogas el año pasado, el 8 de diciembre [de 1993]. Empecé a salir con Fermín en octubre de ese año y dijeron: «Nos vamos a ir a Valencia.» Me preguntaron si yo había tomado *speed* o *pastillas*, y yo les

dije que no, que nunca. [Sabía lo que era] de oídas, pero no pensaba que fuese así. Fue a raíz de mi santo que yo le dije a Fermín que nos fuésemos a Valencia. Le dije que yo quería probarlo, pero que, como no sabía, que él me lo diese, que me diese lo que me tuviese que ir dando, porque yo no sabía de qué iba eso. Yo quería tomar *speed* y *pastillas*, que es lo que se toma en Valencia, o sea, llevar *la marcha* que había en Valencia y tomar lo que se tomaba allí, lo que fuese; si hubiese sido heroína, pues también..., ¡Hombre!, de pincharte y eso, no, sólo lo que ellos hacían (...). No lo conocía, y me decían que te encontrabas en un estado tal, muy *guai*, que estás volando, que si no sé qué, te da *buen rollo*, estás bailando toda la noche, aunque a mí no me hace falta, porque yo puedo estar bailando toda la noche. Pero no puedo decir no a algo que no conozco, siempre he sido así, y luego decido si me gusta o no me gusta.

[Fuimos a Valencia]. Salimos el día 7 por la noche y llegamos esa misma noche (...). Llegamos allí, y Fermín me dio un cachito de *pastilla*, y me decía: «Tú no comas de nadie *pastillas* ni nada.» Luego en un coche hicieron *tiros de speed*, y me dijo: «Venga, Lola, pasa tú.» Yo no sabía lo que era. Había tres *rayas*, y yo no sabía si me tenía que hacer las tres, o dos, o media, por un agujero. Ya le pregunté a Fermín, y me dijo que, de la *raya* que yo tenía, media era por una nariz y media por la otra. Esa noche volvimos a tomar *speed*. Luego, Fermín me fue dando más *pastillas*, y tomaba alcohol que llevábamos en el coche, y luego más *tiros de speed*... ¡Y fue un estado! Yo nunca me había sentido así de bien. Salía de la discoteca, ¡en puro invierno!, y yo salía en camiseta y no tenía frío. ¡Iba volando!, ¡no podía andar!, y decía: «¿qué es esto?», sentía unos escalofríos y unas cosas. ¡Joder!, supercarriñosa te ponías, la música te encantaba.

Estuvimos todo el fin de semana ése, pero al día siguiente no me pude recuperar, estaba supercansada. Salí el viernes por la noche, llegamos el sábado a casa, en Valencia, y ya no volví a salir hasta el domingo que nos vinimos a Madrid, y tomaría como tres cuartos de *pastilla*, no sé, no llegó a la *pastilla*, y tres *tiros de speed*, y alcohol (...) a lo mejor cuatro copas o cinco, pero no es lo mismo (...). Cuando vas así, el alcohol no es como cuando vas serena, que te puede subir, sino que te bebes un whisky y te entra como agua. Tienes sed y bebes.

Ésa fue mi primera noche, y lo tomé todo junto y por primera vez (...) Yo creo que la combinación perfecta para que yo esté bien es *speed* y *pastillas*. Separado no me gusta (...). Bueno, así se toma más en Valencia (...). [El *speed*] me gusta tanto que siempre dicen, «*speed*, que no falte para Lola», y en mi cumpleaños Ángel me regaló *speed*. Pero me gusta con las *pastillas* (...) porque por separado me da mucho nerviosismo. Yo creo que es la combinación perfecta, porque el *speed* te da mucho nervio y la *pastilla* te lo calma; mezclándolo consigues un estado de equilibrio muy placentero. Y del alcohol puedes prescindir completamente.

Aquí, en Madrid, a mí me gusta mucho salir por la noche y puedo volver a mi casa a las diez de la mañana sin haberme hecho nada, no es necesario. Yo, me he hecho [tomar *speed* y/o *pastillas*] a lo mejor cinco veces en toda mi vida (...). La nochevieja del año pasado, que fue la segunda vez y, no sé, unas cinco veces.

[La segunda vez] pues estábamos en una fiesta con Daniel y con Quique, y se quedaron sin entrada en un sitio, y yo hice un *chanchu* y los pasé. Entonces, después nos cogimos una borrachera increíble y, como yo les había pasado gratis, pues nos regalaron a Fermín y a mí una *pastilla*. Después nos fuimos al *Musical Nave* e hicimos cuatro trozos de la *pastilla*, uno para cada uno. Pero es que aquí

no ha habido ocasión de tomar *pastillas*. Bueno, el otro día con Marta nos tomamos la mitad de un cuarto cada una. Aquí, en Madrid, han sido tres veces, porque a mí no me gusta aquí.

Un día en Madrid había una *fiesta*, que venían a *pinchar* los *pinchas* de Valencia, y yo tenía *speed*, que me había regalado Ángel por mi cumpleaños, y... pero a mí el *speed* me ataca mucho la mandíbula, y todavía me duele de este fin de semana, tengo que estar con un chicle, porque me muerdo y me hago sangre. Esa vez ha sido la única que he tomado *speed* solo. Las otras veces ha sido siempre con *pastillas* y siempre en Valencia (...). [A Valencia hemos ido] sólo tres veces: en mi santo, que fue en diciembre, en Fallas en marzo y ahora en nochevieja.

El buen rollo de Valencia

[En Valencia] es todo perfecto: Fermín, la música, la gente, el estado en que te sientes; no me lo tomaría en otro ambiente (...). Por ejemplo, esta nochevieja estaba yo bailando e iba arreglada de nochevieja, y se me acerca un chico que era monísimo y que me dice: «Eres preciosa. ¿Quieres bailar conmigo?» Y me puse a bailar con él. Me dijo: «¿No tienes novio?» Y yo le dije que sí, y se lo presenté. Y entonces le dijo a Fermín que tenía una novia preciosa, y él le contestó que eso no era lo que más valía de mí, y yo le contesté que todo era poco para él. El chico estaba *flipado*. Son tonterías aquí, y pedanterías, pero allí esas palabras o cosas que me dice Fermín me ponen los pelos de punta. Un abrazo tiene mucho más sentido allí. Yo, por ejemplo, soy muy cariñosa cuando voy de *pastillas*, y me gusta mucho dar abrazos a la gente (...). Una de las cosas que más me gusta de ir a Valencia es ir a casa y meterme en la cama con mi novio y abrazarnos. Estás *guai*, como sudando.

Allí la gente va muy guapa, y aquí ves al *mal* con la camiseta ajustada y la *niña* que va a ver si encuentra una pelea, y a mí eso no me gusta (...). A mí me gusta en Valencia el buen gusto que hay: Hay niñas que van superbién vestidas, con vestiditos chulísimos de tirantes, con guantes y botas muy bonitos, el pelo muy cuidado, pintadas. A mí me gusta cuidar mi aspecto, porque llega un momento en que se me forma una arruga en la cara a lo largo de la noche y, entonces, me gusta no dar el aspecto de que voy *pedo*, y voy al baño, me lavo la cara y me pinto. Aquí da igual: cuanto más cara de mal llesves, mejor. Allí llevan el colirio, el Almax lo lleva todo el mundo. Se cuidan.

Nunca [hay *malos rollos*], nunca. Es más, yo me puedo quedar sola porque en seguida te mira una chica, te sonrte y te dice que hola, cómo te llamas. Y eso es lo que me gusta, y aquí en Madrid no lo hay para nada. Por ejemplo, la música, la música es totalmente distinta, y la gente. Aquí hay mucho *desfasado*, son como adictos. Aquí tú puedes ir con tu grupo de amigos que sabes que van de *buen rollo*. Pero aquí la gente *se hace* mucho (...). Se comen muchas *pastillas* y sin medida. Aquí le pegas un empujón a uno, y en seguida te dice que qué haces, que tengas cuidado y eso. Allí, en Valencia, estás tan a gusto que sonrtes a una persona y viene uno y te regala un abanico o una camiseta que te ha comprado fuera, y todo sin conocerte. Por ejemplo, tienes calor, y viene una chica y te empieza a dar aire con un abanico. O en seguida te traen una *copa*, empiezan a bailar contigo, te presentan a la gente. Son majísimos.

Mira, allí vas al baño, y de tan *pedo* que vas no te puedes pintar los labios, y te dice una chica: «Venga, tía, que yo te los pinto.» Yo, el otro día en el baño, me dice una: «Oye, por favor, ayúdame a subirme lad medias.» Y ahora lo miro y digo que qué cosa, pero estás tan a gusto que le dije: «Venga, que te ayudo.» Y luego la chica llegó y me presentó a su novio, y cogió el novio y me puso en la mano una *pastilla*. Y yo le dije que no, que no la quería. Eso aquí no lo ves. El que tiene, tiene para él y ya está. Nosotros, de las que llevábamos en fin de año, invitamos a mucha gente (...). Es que te gusta (...). A mí me gusta. Luego, por ejemplo, te haces *mogollón* de amigas: «¡Hola!, soy fulanita», y tal. Y te presenta a su novio, y te tomas una *copa* y unos *tiros* de *speed*. Una chica esta nochevieja me regaló este anillo, que es bonito, y dijo, que me gustó mucho: «Para que te acuerdes de nuestra amistad. Llévalo siempre». Y yo le di un beso. Luego otra me dijo que si no llevaba bragas rojas en nochevieja. Le dije que no, y me dijo: «Ven, que me da *buen rollo* que te pongas unas rojas.» Y es que, como sabía que iba a ir, me había comprado unas bragas que venían en una cajita, pero no de veinte duros, buenas (y me las puse). Luego otro chico me dijo: «Como bailas muy bien te doy un abanico.» «Pues muchas gracias», le dije yo. Él me dijo: «¿Quieres bailar conmigo?» Y a bailar. A mí no me importa quedarme sola bailando, y en Madrid sí. En Valencia me quedo sola, y viene alguien y me dice: «¡Hola!» Para tomarme un cuarto de *pastilla*, para tragarla, necesitas beber, y si no tienes *copa*, se la pides a alguien que tengas al lado, y te la deja.

A mí es que me hace mucho la música. En Valencia, por ejemplo, vas en ese estado y oyes una canción que te encanta, y la siguiente todavía es mejor. Es que el oído..., verás, cuando sales de un sitio te vas con la canción que más te ha gustado y llevas detrás... y la bailas aunque ya no la estés oyendo.

Las niñas con las que yo estuve eran de mi edad o incluso más pequeñas, pero de diecinueve años. Toda la gente de allí te cuenta que llevan tomando desde los quince años. Yo, si viviese allí, no llevaría ese ritmo de todos los fines de semana, porque tengo un poco de cabeza, y me lo paso muy bien, lo disfruto, pero luego estoy de recuperación tres meses.

Incidentes en el consumo

[Una vez en] Valencia lo pasé muy mal. Yo estaba con Fermín y me dijo, como siempre, que no tomase nada que él no me diese. Me lo avisó porque allí la gente es muy agradable y te invitan y te dicen: «Toma, por ser de Madrid.» Entonces él me iba dando todo el rato, y yo le decía que me diese más porque yo estaba totalmente bien, y él me decía que no, que ya me había dado bastante. Entonces conocí a unos chicos, que no sé ni de dónde eran, en el aparcamiento. Yo estaba bailando con ellos, y cogió uno y me metió en la boca una, y yo no sabía si era una o media. Al rato llegó Fermín y, como hacía tiempo que no me daba, me dio, y yo no podía decirle nada porque él me había prohibido que tomase. Entonces llegó un momento en el que no podía hablar. Le quería decir a alguien que me encontraba mal, pero no podía hablar. Tenía un sudor frío, horrible, y no me salían las palabras (...). Se me acercaba Fermín y me preguntaba si estaba bien, y yo le decía que sí con la cabeza para que no me regañara. Se nos acercó un amigo nuestro y no sé cómo aparecí en una terraza que había arriba de la discoteca, sentada y tomando el sol con las gafas (...). No me acuerdo de nada. Yo no me caí, pero no me acuerdo. Luego me contaron que no me encontraban.

De lo que me acuerdo es de que en la terraza había unos chicos mirándome, y yo no sabía dónde estaba. Les pregunté por mis amigos, porque ya podía hablar. Yo les dije: «¡Oye!, ¿dónde están mis amigos?» Y me dijeron: «No sé. ¿Tú donde te pones?» Les dije que a la izquierda de la cabina y que si me podían ayudar a encontrarlos, porque no sabía dónde estaba. Bajaron conmigo y ya me quedé con mis amigos que llevaban una hora buscándome (...). Me dio un subidón entre todo lo que me había dado Fermín, y que yo creía que no me había subido, más lo de los chicos esos que me lo metieron en la boca, y lo que me volvió a dar Fermín (...). [En total fueron] dos pastillas.

Percibir y aceptar riesgos

No sé lo que contiene el «éxtasis», ni tampoco [el *speed*] (...). Pero no quiero saberlo (...) porque no. Quieras o no, yo sé algo de medicina y, entonces, si me dicen que es un compuesto tal, puedo saber que ése afecta al sistema nervioso central de tal manera, y entonces me puedo empezar a plantear. Y como lo mío no es peligroso, que es esporádico, pues entonces prefiero que cada vez que sea, pues que sea, y me lo paso bien y punto. Como yo lo tomo no [da problemas], y de los demás no sé decirte. En nuestro ámbito de amigos no hay [problemas] porque consumimos cuando se da. Yo no he visto nada malo, ni peleas ni nada. Todo lo contrario: en Valencia si estás de *bajón*, llega alguien y te da algo (...). Tal y como yo lo consumo no lo puedo considerar peligroso. Casi me parece más peligroso el tabaco, porque lo consumo a diario, que las *pastillas*. Y lo mismo me pasa con el alcohol, que tomo muy poco.

Fermín (veinticuatro años), universitario, usuario ocasional

Fermín nació en 1970, está soltero y vive en Madrid con su familia. Le quedan un par de asignaturas, que espera aprobar pronto, para acabar la carrera de Empresariales. Siempre ha sido un estudiante regular, pero tenaz, que ha ido aprobando las asignaturas más difíciles tras varios intentos. Repitió COU y empezó la licenciatura de Matemáticas, pero le resultaba tan difícil que el segundo año decidió cambiar de estudios y empezó Empresariales. En sus ratos de ocio hace muchas cosas distintas: a veces *sale de fiesta* a lugares frecuentados por *bakaladeros*, pero también visita otro tipo de locales (cafés, bares, *pubs*, etc.), y le gusta ir al cine, leer, viajar, etc.

En cuanto a sus usos de drogas, conviene apuntar que Fermín suele beber alcohol todos los fines de semana. También fuma ocasionalmente tabaco y *bachís*, y consume *speed* y «éxtasis». Ha probado la cocaína. Empezó a beber alcohol a los dieciséis años, y actualmente suele tomar dos o tres *copas* cuando *sale* los fines de semana. Fumó por primera vez *bachís* cuando tenía diecisiete años, y sigue haciéndolo siempre en compañía de amigos. Más que los efectos de esta droga, dice que le gusta el ritual que acompaña su uso. No comenzó a fumar tabaco hasta los veinte años, y ahora sólo lo hace rara vez y siempre cuando *sale* a divertirse con sus amigos. Ha tomado cocaína tres veces, y dice que no le gustan los efectos que le produce. No ha consumido nunca anfetaminas en forma de comprimidos, pero sí ha tomado *speed*, que sabe que suele contener anfetamina. Él prefiere el *speed* a la cocaína.

Empezó a tomar *pastillas* (nombre con el que él suele referirse al «éxtasis») en julio de 1993 en Valencia. Desde entonces las ha tomado unas 15 veces, en fines de semana, períodos vacacionales o celebraciones (por ejemplo, cumpleaños de amigos). Le gusta tomar *pastillas* cuando va con su grupo de *colegas* a Valencia a pasar algunos fines de semana, aunque también ha salido en Madrid a divertirse tomando *pastillas* en ambientes *bakaladeros*. La dosis que toma habitualmente suele ser un comprimido o cápsula durante el fin de semana. El uso de «éxtasis» no le ha ocasionado ninguna dificultad seria o daño perceptible, tan sólo algunos efectos residuales desagradables al desaparecer sus efectos buscados, lo que le ha producido un arrepentimiento momentáneo por haber consumido. Se considera un usuario informado y racional en su consumo de drogas.

Iniciación y pauta de uso

El primer consumo, me dio un amigo un trocito, pero luego resulta que no era. Era una aspirina o yo qué sé. No me hizo absolutamente nada. Es más, yo creo que incluso este amigo me lo pasó como tal a sabiendas de que no era. Y el primer consumo de lo que yo creo que era una *pastilla... lo pillamos*, lo compramos a alguien conocido, al hermano de un amigo. Es que los pequeños trafican. Me costó dos mil *pelas* (...). Era rosa, ovalada y rosa. Y me lo pasé muy bien. Bailé mucho. Te puedo decir que no puedo imputarle ningún efecto concreto a nada porque mezclé muchas cosas (...). Bebí, tomé *speed*, bebí bastante, fumé bastantes *canutos* y tomé *pastis* (...). En todo momento me sentí a gusto, me reí mucho con mis amigos, no tuve ningún problema con nadie, que eso también es pasármelo bien y, no sé, bailé mucho, me gustó mucho la música que oí, y además disfruté mucho cuando salí al *parking* y vi que hacía mucho sol y que se estaba de miedo.

[Ahora], si salgo a las once, estoy hasta las dos del mediodía [de fiesta]. Me tomo una pastilla, normalmente en trocitos, en tres o cuatro. Como el primer trocito normalmente es... es, vamos, que sus efectos no se notan, pues te la puedes tomar...; yo, por ejemplo, si voy a Valencia me gusta tomármela en mi casa diez minutos antes de salir, y no notas nada hasta que llegas al sitio y te tomas unas copas (...). La mayoría de la gente [toma alcohol con las patillas]. La mayoría, por no decir toda (...). El alcohol potencia los efectos, o al menos en mi caso (...). Cuando me tomo el primer cuarto conduzco como si me hubiera fumado un cigarro o incluso más sereno.

Yo [suelo tomar] una, con una me sobra. También, depende. A veces te las dan muy malas y te tomas más (...). Mis amigos [también toman esa cantidad], y mucha otra gente también. La gente toma una, dos...

Efectos percibidos

[Las *pastillas*] te dan buen rollo (...), casi nadie te molesta. No sé, hay como un sentimiento de complicidad que..., es algo muy complejo. No es sólo tomarte una pastilla. Te la tomas en tu casa y te aburres (...). No conozco a nadie que lo haya hecho o que lo haga (...). Hay una complicidad con la gente que va de *pastillas*, sobre todo, seguramente, porque tú sabes que el que está ahí es porque le gusta todo eso, el *bakalao*, bailar, *las pastillas*, y estás muy predispuesto. Hay

el sentimiento de estar todos en el mismo barco, creo que eso es más importante que la *pastilla*. La *pastilla* te hace estar más abierto a la gente (...). Te sientes más cercano a todo el mundo, y eso se puede traducir en que, a lo mejor, dos amigos que son muy amigos se den un beso, o que te abracen con tu amigo, aunque no con un motivo sexual, quizá sensual.

Sí [es un estimulante], pero no sé si es el «*éxtasis*» o la *pastilla*, es decir, la mezcla. Yo tengo entendido que las *pastillas* llevan mezcladas gran cantidad de anfetaminas y algunas otras veces se dice que llevan estricnina, heroína, algo de ácido lisérgico...

Si tienes pareja aumenta tu, no sé... No es que tengas más ganas, pero si te surge pues yo creo que, por ejemplo, el contacto físico es más... no más agradable, pero sí diferente. Te parece más intenso y estás envuelto como en una nebulosa. Sabes lo que estás haciendo y con quién lo estás haciendo, pero el contacto te parece más íntimo. Es posible que sea más agradable, pero en mi caso creo que es por la novedad; si lo haces siempre así, llegaría un momento en que te parecería igual.

[Después de *salir* una noche] me siento como un perro. Pero yo no lo achaco a las *pastillas*, sino a que, como cuando las tomas no duermes en un día entero, haces *mogollón* de ejercicio, te mueves mucho, bebes *mogollón* (de alcohol), que es muy malo también, pues cuando llegas a tu casa, o cuando te *baja*, se te viene todo encima (...). Yo, la verdad, es que nunca he sentido la bajada de nada. Sólo siento cansancio, que tengo que hacer mi vida normal, y que se me cae el mundo encima, y digo: «!Hostias!»

Diferencias entre el consumo en Valencia y en Madrid

He ido [a Valencia] porque tengo una casa allí. He estado muchos años yendo sin consumir nada, sólo tomando mis *copas* y ya está. Y luego he ido a propósito (...) con un grupo de amigos (...). Unos van en coche y otros, si no tienen, van en tren; unos llegan el viernes y otros el sábado, por distintas circunstancias; unos se vuelven antes y otros después (...). Generalmente cuando no se llevan de aquí [*las pastillas*] no se va, porque luego se está siempre con lo de «¡Joé!, ahora no hay», y tal. No sé, creo yo que es mejor llevarlo de aquí (...). No he ido a comerme *pastillas*. He ido a salir a unos lugares a los que aquí no puedo acceder (...) Primero, que los sitios son diferentes, y que la gente también lo es. Aquí no lo hay. Son sitios grandes, con aparcamientos gigantescos que dan gran parte de la vidilla (...). Cuando se hace de mañana, y hace bueno, se está muy bien allí. Ahora mismo esto no se puede hacer en Madrid, y allí en varios sitios lo están haciendo. Salen a las doce de la mañana y están en camiseta. Y, segundo, porque es un sitio en el que llevan tanto tiempo haciendo eso, que la gente lo tiene ya muy asumido, y la gente es más maja, están... son más pacíficos, hay menos agresividad, la gente se lo va a pasar bien. En general es gente también más mayor. Yo creo que es un consumo más sano. Aunque se consume la misma cantidad por persona, se hace de un modo más sano (...). En Madrid está muy mal entendido. Allí hay más..., se entiende como algo que te une. Aquí no. Aquí la gente llega a los sitios que te he dicho y, sobre todo la gente joven, y se están mirando así... Y, bueno, ahora están empezando a robarte camisetas, cazadoras.

Aquí, en Madrid, (...) normalmente voy primero a un bar o a un sitio en el que se coma algo rápido..., una hamburguesa, un sandwich. Luego se va a algún *pub*. Nosotros vamos a *Trex* porque conocemos a la gente. Y cuando cierran (las cinco y media), haces algo de tiempo (...). Si se tercia salir, pues se hace algo de tiempo yendo a un sitio a comer algo o te vas al..., ¿cómo se llama?, el *Mondrián*, que es como un *pub*, y que está abierto. Y ahí, a lo mejor, te tomas el primer trozo. Luego, que son las seis de la mañana, pues te vas a un sitio, que puede ser el *Musical Nave*, o puedes ir al *Galaxy*, o al *Treka*. No sé, cada vez hay más y se llenan (...). A esa hora no hay ningún chaval. Los chavales suelen salir a las tres de la tarde. Salen por el día, dicen que se van a comer a alguna parte. Pueden salir a las cinco de la tarde y volver a su casa a las once. Yo lo he hecho alguna vez, me he levantado a las ocho, pero no he consumido nada, sólo he ido para ver a mis amigos.

Son las ocho de la mañana y ya empiezan a abrir los sitios de fuera de Madrid. Se suele ir a partir de las doce, y están abiertos hasta por la noche (...). [Nos movemos] en coche siempre (...). El que conduce estará puesto como los demás (...). Es peligroso porque conducir lo es. Las *pastillas* no añaden nada (...). Te sientes como dios, pero no el amo del mundo, como ocurre cuando estás borracho (...). Con el alcohol yo me he despertado en otro carril (...). [Con las *pastillas*] disminuye quizá la impresión que tienes tú de la gente, es decir, la relación con las personas, pero no la relación con tu entorno (...). Vas despacio, oyendo música, (...) la de los sitios; se está a tono.

A las discotecas que no son de *pastillas*, por llamarlo de algún modo, la gente que ha tomado *pastillas* no va. Pero las que son, hay gente que va consumiendo *pastillas* y gente que va sin consumirlas (...) Allí la gente cada una va a su... no sé, se está bien, son tranquilas, no hay peleas. Bueno, ahora hay más porque hay gente que consume muchas cantidades, y hay gente un poco marginal, sin un modo definido de ganarse la vida, que se ha metido a eso y, no te voy a decir que sea peligroso, pero se ven cosas que antes no se veían (...). Que te quitan la camiseta. Aunque eso es en sitios más jóvenes (...). Porque, como se llevan la camisetas de una marca, cuando ven a un chaval de catorce años, van cuatro y se la levantan (...). [Sin embargo,] no suele haber [peleas]. La gente se pelea mucho menos. A lo mejor, te chocas con un tío, que en otras circunstancias hubiera desencadenado una pelea, y no sólo lo dejas pasar, sino que incluso os ponéis a bailar.

Conocimientos y racionalizaciones del uso

[El «éxtasis»] en su estado puro es una molécula que se llama MDMA, *metil-dioximetanfetamina*, que fue descubierta a principio de siglo. Es que me he leído algo (...) porque me interesa mucho, las drogas en general me interesan. Hoy me he comprado un libro de los de 100 pesetas, de Escotado, que es una historia de las drogas, me parece que se llama. Me interesa, y además me apetece saber lo que consumes. Por eso sé que es una molécula orgánica que se puede obtener muy fácilmente. Por ejemplo, de la nuez moscada se puede obtener. Pero supongo que lo harán todo artificialmente. Sé que sus efectos aparentemente no son... o las secuelas físicas no creo que sean muy graves (...). Evidentemente, es mejor estar en tu casa viendo la tele (...). Me parece físicamente poco peligrosa. Pero me parece peligrosa, y mucho, en el sentido de que aparentemente no crea problemas

porque *da buen rollo*, y si los crea. Porque el que se mete heroína sabe que es un desgraciado, lo sabe su familia y todos los que están a su alrededor. Sin embargo, muchas veces el consumidor habitual o excesivo de «*éxtasis*» no se da cuenta de eso, porque no está mal visto, no lo ve mal nadie, y sus padres no lo saben. Te puede llegar a descentrar de tus cosas. Por ejemplo, yo estoy centrado en mis estudios y en mis cosas, y a la vez consumo. Pero hay muchísima gente que se descentra. Yo, no. Es peligrosa porque hay mucha gente joven que salen todos los domingos, los viernes y no se dan cuenta que en la vida van a tener que trabajar o estudiar. Ahora se lo pasan muy bien y se olvidan mucho de lo que nos olvidábamos cuando yo tenía dieciséis o dieciocho años, que salía, llegaba tarde, pero los lunes eran los lunes, y yo iba a clase. Ahora esto está generando un ambiente lúdico, en el que sólo *mola* divertirse.

Las drogas no son el problema. El problema son las personas. No lo digo yo, lo dice más gente como, por ejemplo, el libro de Escohotado. Y yo creo que es verdad, que si hay personas que tienen problemas con su vida o personas débiles de mente... Mira cómo hay gente a la que no le pasa nada (...). Me gustaría pensar que [consumo drogas de un modo racional], pero también te digo que..., no sé si será un pensamiento vanidoso, pero creo que es porque estoy más preparado intelectualmente que otros, o quizá más informado. Creo que una persona intelectualmente mejor preparada, en general, consume mejor y que, además, cuantos menos problemas tenga, consumirá mejor también.

Me parece muy bien que se haga este estudio porque hay mucha gente desinformada, yo entre ellos, o mal informados, con falta de información, información incorrecta o información dirigida. La gente dice que las marrones llevan caballo pero, ¿tú qué sabes lo que lleva? (...). Para un sector de la población [la información] sería útil. Para otros, para alguien que tiene problemas en su vida y escapa por ahí, pues no. Y no es un mito, yo no me lo creía, lo de que: «bebe porque tiene problemas», y es verdad. Llega un momento en que si todo te va bien, cada edad tiene sus juguetes, dices que ya no (...). Yo creo que, con treinta, ya dices que no. Tienes una edad en la que ya no llegas a casa y dices que «a ver si no te pillan tus padres», sino «que tengo que trabajar».

Pepe (cuarenta años), ejecutivo, usuario social ocasional

Pepe nació en 1955, reside en Valencia, está casado y tiene tres hijos. Es licenciado en Económicas, habla varios idiomas y tiene muchos intereses artísticos y culturales. Hasta hace unos años, también tuvo una intensa participación en uno de los principales partidos políticos. Es dueño, junto a otros dos socios, de una consultoría financiera y fiscal de gran prestigio. Debido a su trabajo, viaja con frecuencia dentro y fuera de España y mantiene una intensa vida social. Sus ingresos mensuales superan el millón de pesetas. Su mujer, también economista, ocupa un cargo directivo en una importante empresa constructora.

Su historia personal de uso de drogas ha estado vinculada casi siempre a actividades sociales y festivas. No fuma ni ha fumado nunca tabaco, a no ser cuando lo utilizaba para fumar *bachís*. A los catorce años probó por primera vez el alcohol y ha sido la droga que más ha utilizado a lo largo de su vida y, salvo algunas contadas borracheras, de forma generalmente moderada. Cuando tenía diecisiete o dieciocho años, se fumó

sus primeros *porros* (cigarros de *bachís*) con amigos, costumbre que no ha abandonado. Mientras realizaba sus estudios universitarios tomó anfetaminas para preparar los exámenes. No ha usado nunca ni heroína ni LSD, y sólo muy recientemente ha tomado algunos tranquilizantes para dormir. Empezó a tomar cocaína, vinculado su uso a sus actividades sociales y lúdicas en 1980, cuando tenía veinticinco años, y dejó de tomarla en 1993, después de sufrir una hemorragia cerebral a causa de un golpe en la cabeza.

Comenzó a tomar «éxtasis» en 1987, cuando tenía treinta y dos años, y mantuvo un uso social ocasional durante casi seis años. En ese tiempo lo tomó en unas 25 ocasiones, normalmente en dosis de una cápsula o comprimido. Durante el primer año su consumo fue más regular, aproximadamente una vez al mes. Después fue distanciando las tomas y reduciendo las dosis. Siempre lo ha tomado en fiestas privadas que se organizaban para consumir precisamente esta droga y experimentar sus efectos con sus amigos más íntimos. De esta forma se fue creando a su alrededor una red de unos 30 usuarios, cuando en España el uso de esta droga todavía no estaba muy extendido, a finales de los ochenta. Al principio, cuando todavía no existía un mercado de «éxtasis» en nuestro país, Pepe y sus amigos tuvieron dificultades para obtenerlo, ya que sólo circulaba entre grupos de iniciados; pero poco a poco comenzó a ser distribuido por algunos de los vendedores habituales de cocaína a los que a veces recurrían para abastecerse de esa sustancia.

El consumo de «éxtasis» no parece haberle causado ningún trastorno relevante, salvo algunas pérdidas económicas como consecuencia de obtener *pastillas* o *cápsulas* para amigos, que luego no se las pagaban. Sin embargo, coincidiendo con el último consumo de estas drogas de síntesis, Pepe sufrió una hemorragia cerebral a causa de un golpe en la cabeza, un accidente en cuyo desenlace pudo jugar algún papel la ingestión de MDMA (un fármaco que aumenta la presión arterial y acelera el ritmo cardíaco), pero también la de cocaína. Aunque una asociación semejante no es desconocida en la literatura científica, sólo cabe plantearla aquí de forma muy hipotética.

Pepe ha jugado un papel muy conocido en la literatura sobre la difusión de innovaciones y especialmente en las nuevas pautas culturales: la del «*trend setter*». Sus fuentes de información son más amplias, cosmopolitas y generales (medios de comunicación y no sólo pares o relaciones interpersonales) que las de otros usuarios de «éxtasis». No es extraña a la historia reciente del «éxtasis» el que algunos de estos innovadores más informados se decidan a probar la nueva sustancia tras leer descripciones favorables en algunos medios de comunicación en los que confían, algo que también le ocurrió a Pepe cuando en 1987 leyó en *El País* —el principal medio de comunicación creador y confirmador de opinión pública en su entorno social, cultural y político, sobre todo en aquellos años—¹ uno de los primeros reportajes que se publicaron en nuestro país sobre el «éxtasis».

¹ En una de las autodescripciones de los distintos tipos de usuarios de éxtasis —la correspondiente al «hedonista»—, con las que Beck y Rosenbaum inician su libro (1994), éste relata su iniciación en el uso de «éxtasis» de la siguiente manera:

Iniciación y pauta de uso

Lo tomamos a raíz de leer un artículo en *El País*. Fue en el otoño de 1987. Nos intrigó sobre todo la editorial. El o los que la escribieron lo habían tomado². Lo de los artículos podíamos entenderlo pero, ¿a qué venía la editorial? (...). Lo habían pintado *de puta madre* (...). Todos los comentarios que habíamos leído eran favorables (...). No teníamos ningún miedo ni sentido del riesgo. No habíamos leído más que cosas positivas.

La primera vez nos lo regalaron (...). [Entonces estaban] a seis y siete [mil pesetas] (...). Nos lo dio un amigo en un bar (...). Me dijo: «Mira, esto es un regalo mío para vosotros.» Y me dio cuatro, porque en aquel momento estábamos los cuatro. Dijo: «una para cada uno» (...). A la salida del sitio éste, que íbamos completamente *pedo* por otras circunstancias (...). Cuando salí dije: «Tengo un regalito.»

Al fin de semana siguiente nos fuimos a Denia, a un restaurante tranquilo, las dos parejas. Cenamos los cuatro agradablemente (...). A los postres, pumba, con agua, nos lo tomamos. Allí mismo. Una de las chicas vomitó unos veinte minutos después (...). Sólo vomitó una, pero notamos un cierto batacazo estomacal. Entonces cogimos el coche y nos dirigimos hacia el chalet. Fue un viaje con un tormentón de viento impresionante (...). Había una gran tempestad, con viento y lluvia, hasta el extremo de que había árboles caídos (...). No eran alucinaciones (...). Lo comprobamos a la mañana siguiente.

El efecto empezó a los cuarenta y cinco minutos (...) Nos tardó en hacer efecto unos cuarenta minutos y nos duró unas seis horas (...). [Hubo] muy fuertes risas colectivas, un *cachondeo total*, pero total, un *desmadre total* (...). Nos costó dormirnos mucho, (...) unas seis horas.

Yo la última que tomé fue una semana antes de mi accidente. No. Una semana después del accidente y una semana antes de que me diera el..., la, la hemiplejía

Estaba leyendo el *Newsweek*. Estaba sentado en mi oficina leyendo ese artículo en *Newsweek* y se referían a esa droga que llamaban «éxtasis». Decían que reducía la ansiedad y que había sido usada por psicólogos y que había bares en Dallas donde la pasaban, y que la gente se sentía maravillosamente, y usaban algunas de las citas donde decían: «Ésta es una droga maravillosa.» Y era como de la familia psicodélica, pero no era como el ácido, y todo el mundo pensaba que era genial. Y era la nueva droga de moda, y sólo duraba cuatro horas. Era demasiado, cuando leí CUATRO HORAS, eh, sonaba fantástico. No tomaré coca nunca más. Y se vendía por 15 dólares el toque. Así que pensé: «Incluso puedo permitírmelo. Suenan maravillosos. Quiero probarlo... Una persona en mi oficina... me dio dos cápsulas... (Beck y Rosenbaum, 1994: 6).

² El domingo, 30 de agosto de 1987, *El País* publicó un amplio reportaje sobre el *éxtasis* (véase capítulo 7), al que siguió el 10 de septiembre un editorial con el título «Éxtasis», dedicado a esta sustancia. Allí se afirmaba que: «En los libros más antiguos del mundo hay referencias a líquidos, filtros o perfumes que producen el éxtasis: el consumo en Ibiza de cápsulas (metilenedioximetanfetamina) que *aumentan las sensaciones amorosas* no es más que la continuidad histórica de una insatisfacción humana (...). El éxtasis cuesta 2.000 pesetas por tres o hasta seis horas de efecto: quienes lo consumen declaran la realidad de su efecto, que les hace ser más comunicativos, no sólo en el acto amoroso, sino también en sus relaciones de amistad, conversaciones, confesiones, actividades artísticas o intelectuales. Su rápida expansión (...) muestra que en el ser humano hay un déficit de todos estos actos o, por lo menos, de la percepción de su acuidad.»

ésta (...). El día... de 1993. El día 6... me di el golpe y el día 25 me dio el patatús. El día de mi cumpleaños de 1993. Y ya no he vuelto a tomar (...). [En total, lo habré tomado] unas 20 veces. Sí, 25, más o menos. Hubo un primer período más intenso (...). Al principio (...). Las 10 primeras veces debieron ser el primer año, en el 88 (...). Las primeras fueron unas cápsulas rojas (...). Las siguientes fueron ya unas cápsulas amarillas, pero la mitad de tamaño. Unas cápsulas muy chiquitinas, amarillas. Que esas son las que traía la italiana de Ibiza (...). La cantidad máxima que hemos tomado ha sido una *pastilla*, y mínima un cuarto. No. La cantidad mínima que hemos *llegao* a tomar ha sido una entre ocho, a cucharaditas, disuelta en agua (...). Oye, con potentísimos efectos la que distribuimos entre ocho. A los ocho [nos afecta mucho].

Lo hemos tomado en casas de amigos, en discotecas de música *disco*. Nunca solos, siempre con más gente. Al aire libre alguna vez (...). Era una cosa muy social (...). Siempre por vía oral (...). No lo combinamos mucho con otras cosas. Pero si vas a una discoteca, pues te tomas una copa. Bebes menos de lo que beberías en una fiesta normal. Porque lo haces pa' estar despierto y bien enrolla'ó. Y si ya estás despierto y bien enrolla'ó... Y en lugar de las tres copas, una (...). Era mero acompañamiento social (...). No te apetece beber alcohol, no es que lo rechaces, es que no te apetece. Y, sin embargo, te apetece beber agua (...). Y si te pasas de *coca*, no te hace tanto efecto, ¿sabes? Te hace menos efecto. No te hace tanto efecto el «*éxtasis*» (...). La coca frena o neutraliza el efecto del «*éxtasis*».

Fiestas privadas

Empezamos en unas fiestas como muy reducidas, muy de amiguetes, muy íntimos, muy tal y muy no sé qué. A medida que ese rollo se te va acabando, porque sí, todos muy majos, de «yo te quiero mucho» (...). Cuando ya te has dicho esto en seis fiestas, dices: «Vamos a tomar un cuartito pa' bailar y pasar el rato», pero sin grandes comeduras de coco, ¿entiendes? Vas reduciendo la dosis, con lo que, entre que reduces la dosis, entre que las fiestas ya no tienen aquella especie de punto que eran las del principio...

Un día, en enero de 1988, reunimos a 18 amigos y les dimos una pastilla a cada uno. Fue una gran fiesta en La Albufera. Nueve parejas (...). Todo el proceso: un poquito de paella, el mar, la casa preparada (...). Una gran sala, toda la noche todos juntos, los vídeos, la música, los altavoces, el agua... Todo prepara'ó y con ritual: Te tomas ahora medio, dentro de diez minutos te tomas otro medio, cuida'ó con el estómago, pun, pun... Y fue apoteósico (...).

Uno no quiso tomarlas... Una de las personas que estaban no quiso tomarlas. Se quedó al margen y se quedó, para joder la cuestión [criticándolo todo]... Matías, [que sí había tomado] con su corpachón tan grande, con su timidez, y que había bebido, decía: «Nunca en mi vida he *estao* droga'ó y soy feliz.» Nos hacía mucha gracia (...). Decía cosas interesantes. [Es magistrado en activo] y decía: «Es absurdo, absurdo, que no se esté dando esto en las cárceles de una manera discreta.» A la mañana siguiente decía: «Estamos gilipollas. Mira que hay conflictos, mira que hay *malos rollos*, mira que es imposible mantener un *buen rollo* en una cárcel. Tú das discretamente un poquito de esto...» (...). Es un hombre muy tímido. Es que tiene un físico impactante y es tímido. Y aquella noche, de las nueve chicas,

ocho se le sentaron en las rodillas a decirle: «¡Ay mi osete!». Pues claro, estaba extasia'o, feliz, compréndelo.

[La fiesta] fue fantástica. Y como te puedes imaginar, aquellas nueve parejas nos pasamos una cierta temporada comentando desde todos y cada uno de los ángulos [lo que había pasado]. Y la verdad es que había sido un *cachondeo* total (...). Y en esa y en alguna otra, la gente tuvo las típicas conversaciones pendientes que no has tenido porque... qué pereza, o porque pa' qué (...). Se abrieron allí corazones (...). [Hubo mucha ternura, muchas caricias, besos...]. Bueno, era bailar todos agarra'os, para tener calor (...). Porque te da un *subidón* que te cagas. Lo que más te hace subir es el calor, el calor y el sudor. Cuando empiezas a tener mucho calor y empiezas a sudar es el momento de *buuum la subida* (...). Si estás en un sitio frío, *no te sube*. Punto. Es como si te hubieras toma'o un vaso de agua, *no te sube*. Te pues' pasar la noche casi sin sentirlo (...). Bucno, te puede *dar un puntito*, pero *te baja* más rápido (...). Es imprescindible el calor.

Formas de adquisición

La primera vez nos las regalaron. La segunda pagamos religiosamente. Y se lo *pillamos* a una amiga de un compañero mío. Era una chiquita italiana que veraneaba en Ibiza y se dedicaba al *trapicheo*. Venía de Ibiza. Eran cápsulas pequeñitas amarillas (...). Compramos diez y ocho, a seis mil pesetas unidad. Se lo compramos directamente a ella.

Hablábamos mucho del «*éxtasis*» en el despacho, porque era un tema que estaba en la calle. Y hablando un día, J. me comentó que tenía una amiga que maneja. Y le dije: «Pues tu amiga podía hacerme un favor, que estoy necesitado». Y nos puso en contacto. El no hizo otra cosa que un favor a dos amigos. Puso a ella, que quería vender, en contacto conmigo, que quería comprar (...). Luego [otra vez] la llamé por teléfono, a través de ese amigo. Esas eran *cápsulas* también. Pero pronto pasaron a ser *pastillas* (...) Todos nos preguntábamos a todos para poder comprar: «¿Son buenas, no son buenas?».

En aquel chalé que teníamos hubo cuatro o cinco fiestas de «*éxtasis*» (...) De pronto aparecíamos: «¿Cuántas traéis hoy». Pues cinco, o diez, o las que fueran (...) Gente que dijese que no, muy pocos (...) Había afición, para llamar las cosas por su nombre. Las llevábamos nosotros y casi nunca nos sobraba nada. Todo el mundo quería, nos las quitaban de las manos (...) Los del cine también tomaban. En general como tampoco éramos una gente muy *drogota* y teníamos los *camellos contaos* con los dedos de una mano, pues nos comentábamos para *pillar pastillas*, no por comentar el uso, sino: «¿A tí quién te lo pasa?». «¿Me podrías *pillar*...?». Por eso sabíamos quién tomaba. Y empezaban a tomar muchos grupos, hermanos, conocidos.

Al principio [los *camellos de coca*] no [pasaban «*éxtasis*»]. Pasaron siete u ocho meses que no. Luego, sí. Luego eran los mismos. Los *camellos* tradicionales de... fundamentalmente de *coca*. Pero no todos (...). Si ibas a por «*éxtasis*», generalmente podías *pillar coca* a la vez, pero no al revés. Si ibas a por *coca*, igual ese *camello* no tenía o no vendía «*éxtasis*». Era más fácil *pillar coca* que *pillar éxtasis*. El merca'o de la *coca* estaba muy bien abastecido (...). Nosotros hace mucho que no *pillamos*, pero bien. Nosotros nos hemos desconecta'o de eso, y nuestros amigos también. Ha habido un bajón muy grande. Ahora ya casi nadie está en la *coca*.

Hubo un tiempo que la gente estaba muy, muy aficionada. Y actualmente [entre nosotros] hay un consumo ridículo, esporádico, de meses.

Yo [coca] en la calle no he compra'o nunca. Llamabas. O era un amigo que te hacía el favor con un amigo, o un conocido al que tratabas de amigo por no tratarle de *camello*, aunque era un *camello*, o algún amiguete que se dedicaba también a *pasar*. Pero en la calle, en la calle nunca (...). Y en el tema del «*éxtasis*» nosotros se lo hemos pasa'o a nuestros amigos. Pero no como *camellos*. No ganábamos nada, sólo que nos encargábamos de *pasarlos*.

Una de las características, en nuestro caso manifiesta, del uso del «*éxtasis*» fue una palpable ruina a base de invitar a 6.000 ó 7.000 pesetas, que es lo que costaban entonces, 15, 20... (...). En una fiesta hemos llega'o a *palmar* más de 50.000 pesetas. Y luego era muy desagradable, porque las *rayas*, el tabaco, que lo poníamos nosotros o nuestros amigos, eran de todos. Las *rayas* eran colectivas. Nadie se iba a meter una al baño, siempre ibas con siete. Cuando no sacabas el espejo con 30 *rayas* como si fueran cacahuetes. Entonces les sentaba fatal a la gente esto de: «Toma, tu *pastilla*, son cinco mil.» Había comentarios groseros. Yo estaba indignado. Y de dos, una: o lo cobro cuando lo doy, o paso de cobrarlos. Porque no iba a estar toda la fiesta detrás de la gente con la caja registradora sin poder divertirme. Así que empecé a pasar de comprar y de historias, y que cada cual se buscara la vida (...). Siempre hemos pagado. Todo el mundo se preocupó de buscarlo, porque había un canal fijo y seguro, entonces...

Efectos percibidos

[Lo puedes usar] para lo que quieras. Para bailar. Pero es para muchas cosas. Es como los *canutos*. Depende para lo que lo quieras. Para hablar, para hacer unas risas, para ver el mundo, para pensar en tus cosas... Esto es un *rollo* igual. Depende de lo que vayas (...). [Nosotros lo hemos utilizado para] fiestas. Entonces las fiestas nunca son iguales. Nuestras fiestas unas son de charlar y otras son de bailar, o de tocarse o de sincerarse.

Siempre desinhibe (...). Como los efectos no le dan a todos a la vez, y [lo tomamos entre amigos que] nos conocemos mucho, pues sabes apreciar si alguien está más abierto (...). Y me conozco a mí mismo y sé que ciertas conversaciones, ciertas expresiones no son habituales. Lo notas. Matías, o Álvaro, que es un tío muy cerrado, que no le gusta hablar de sus cosas, y se abre (...). [Produce una] importante desinhibición (...). Sólo [hablas] con quien te apetece. Esto es drástico... [Los que te caen mal, les evitas].

Imagínate seis horas. Las tres primeras son *estásicas*, las tres segundas son anfetamínicas (...). Alegría siempre, pero energía, euforia y tal, más en la subida (...). El deseo sexual es en la subida.

No [produce distorsiones acústicas] a no ser que le llames distorsiones acústicas a oír demasiado bien. Oyes la música y no oyes más que esa música, y esa música entra y te empapa, que tampoco es normal, porque suele haber mucho follón, y tú por lo que sea estás con esa música y no oyes más que esa música.

Sí [produce pérdidas de memoria]. Como abrir los ojos y decir: «¿Dónde estoy?» (...). No siempre, algunas veces. De repente abrir los ojos, y como si no

hubiera esta'o allí. Cuando estaba bajo los efectos. Pero al día siguiente, bueno, al día siguiente conduciendo y decir: «¡Qué bonita esta carretera!»

Yo he tenido *flashbacks* fortísimos, fortísimos. De ir andando por la Alameda y tenerme que tumbar en un banco. Tres o cuatro días después de tomarlo, pero un *subidón* fuerte... absolutamente alucinante. De repente decir: «¡Joder, qué sitio más bonito!» Y biuuu... írseme la cabeza y tenerme que tumbar en un banco.

Pues una de las primeras veces que lo tomé comprendí a Santa Teresa de Jesús, aquello místico que decía, «vivo sin vivir en mí», que no cabías en ti mismo. No, no fue siempre, afortunadamente sólo algunas veces. Lo místico desgasta mucho y además es una cosa muy onanista, o sea, que no lo puedes compartir, que es algo contigo mismo y nada más, nada social. Entonces, claro, la gente me miraba escandalizada, no sabían que era normal. Lo hemos descubierto luego. Y yo estaba místico profundo, de tirarme por el suelo, de arrastrarme, esto es, decía yo, misticismo en *pastillas*. La sensación de levitar, de no caber en ti, si encima tienes donde dirigirlo...

Los efectos secundarios o negativos que dices, se producen en la subida o en la arrancada para *subir*. Boca seca y sudas como un perro (...). Pierdes el apetito, aunque si comes disfrutas muchísimo (...). Una vez que *subes* ya no, ya estás bien (...). Todo es mejor en la *subida*, pero la *bajada* no es mala, todo va dentro de un *buen rollo* (...). Si has estado seis horas bailando, o diez horas, pues al día siguiente estás hecho polvo, pero subjetivamente no te encuentras mal. El «*éxtasis*» tiene muy buena *bajada*, porque has hecho un esfuerzo físico muy fuerte, pero te encuentras bien (...). Lo que pasa es que al día siguiente no te vas de excursión. El día siguiente es de estar tira'o.

La hemorragia cerebral

Yo nunca he perdido la consciencia de lo que hacía por haber tomado «*éxtasis*». Excepto la noche que estaba ya con la hemorragia cerebral, que tuve la sensación de que se me iba la cabeza y entonces, como había tomado tantísimo, tuve la sensación de que me estaba pasando algo. Y se lo dije a Pepa: «Me está pasando algo» (...). Es una arteria que se rompió por un accidente y tuve una hemorragia durante veinte días, hasta que vino la crisis.

Estaba sangrando, lo tenía abierto, me tomo un «*éxtasis*» y, efectivamente, noto que me está produciendo un efecto que era diferente, que era distinto. ¿Y en qué lo notaba? Que no me encontraba bien. Que la experiencia del «*éxtasis*» había sido una experiencia de encontrarme a gusto, encontrarme bien, y la experiencia entonces era de encontrarme mal, me encontraba a disgusto. Y entonces la experiencia era de reconocimiento inmediato, porque pensaba: «Si estoy con un «*éxtasis*» y me encuentro mal, es que me está pasando algo.»

El médico que me estaba haciendo la arteriografía, cuando descubrió el trozo de arteria que estaba diseccionado, me dijo: «Usted ha tenido un golpe muy fuerte aproximadamente hace veinte días. Hace veinte días.» Por el volumen de sangre que tenía. Y, efectivamente, fue un golpe en el barco, y recuerdo que me dio un dolor de cabeza fuertísimo [*sic*], que pedí una aspirina, yo que jamás tomo aspirinas. Me dijeron veinte días y era día 25 y yo me había da'o la *hostia* el día 6. Era una hemorragia interna, dentro del cráneo. Tenía un montón de microin-

fartos, de infartos cerebrales pequeñitos, y tenía la arteria caída, que había perdido presión y se había forma'o como un bucle, estaba caída. Hubo zonas que no tuvieron riego, pero el cerebro canalizó la sangre por otras arterias.

El diagnóstico es que tengo una arteria diseccionada a esta altura por efectos traumáticos. Entonces, sí, le puedo buscar lo que quiera, pero... Hasta que me lo dijeron yo pude pensar que era el estrés que me había reventa'o, la vida de perros que llevaba, el excesivo trabajo, o el uso indiscriminado de *coca* durante una determinada etapa de mi vida (...). La otra [arteria] la tengo atrofiada congénitamente.

Manuel (veintiocho años), *disc-jockey*, *f(i)estero*, usuario regular e instrumental

Manuel nació en 1966, está soltero y reside en Marbella (Málaga). Procede de una familia de clase media y estudió la licenciatura de Historia del Arte. Es un individuo cosmopolita que ha viajado por España y Europa, especialmente por Inglaterra, de donde ha recibido muchas de sus influencias culturales. Después de concluir sus estudios universitarios decidió dedicarse profesionalmente a la música. Actualmente trabaja como *disc-jockey*, especializado en música tecno. Culturalmente se encuentra muy influido por lo que ha venido llamándose cultura *rave*, de la que forman parte, además de cierta ideología seudonaturalista que reivindica una vuelta a la «naturaleza» y a la vida comunitaria o «tribal», el uso de nuevas *drogas de síntesis* (MDMA y análogas), y un culto central a la música *techno* (conocida en nuestro país por diversos nombres, entre los que destacó el de *bakalao*, aunque hoy se usan otros muchos, incluido el de *tecno*), que abarca una larga lista de tendencias entre las que se encuentran las músicas *house*, *ambient*, *jungle*, *trance*, *hardcore* y *new energy*. Manuel forma parte de lo que puede considerarse la «élite» de los *bakaladeros* de nuestro país: personas que por sus contactos con el extranjero, nivel de estudios, iniciativa, etc., han jugado un papel importante en la introducción y difusión de este tipo de innovaciones culturales, las cuales rápidamente se vulgarizan y convierten en modas, al ser asumidas por extensos grupos de jóvenes. Es un ideólogo de *la fiesta*, un individuo que ha construido un discurso racionalizador de los comportamientos que tienen lugar en ese contexto lúdico-festivo-empresarial (incluido el consumo de drogas), y que tiene la posibilidad de publicitar dicho discurso, en virtud del papel central que él mismo juega en *la fiesta* al trabajar como *disc-jockey* o *pincha*..

En su historia personal de uso de drogas se pueden distinguir tres etapas: un primer período, que coincide con sus años de adolescencia, en el que lo único que consumió, aunque de manera intensiva los fines de semana, fue alcohol; un segundo período, que corresponde a los años que pasó en la universidad, en el que siguió bebiendo de la misma manera, pero comenzó además a experimentar y a tomar ocasionalmente otras drogas como LSD y cocaína; y un tercer período, que comienza a los veinticuatro años y transcurre hasta la actualidad, donde se inicia en el consumo de cannabis, «*éxtasis*» y *speed*, y se convierte en usuario regular de fin de semana de las dos primeras drogas.

Por lo que respecta al «*éxtasis*», inició su consumo a los veintiséis años, y lo estuvo tomando de manera regular todos los fines de semana durante dos años,

coincidiendo con su trabajo de *disc-jockey* en una discoteca de Alicante. Lo ha tomado más de 100 veces, en dosis de 2 ó 3 comprimidos cada vez. En total ha debido consumir más de 200 dosis de «éxtasis». Lo ha empleado para trabajar, para evadirse de problemas, para vivir *la fiesta* y para mejorar su actividad sexual, entre otros motivos.

Según afirma, el consumo de «éxtasis» le ha ocasionado problemas familiares, económicos y en las relaciones con sus amigos, pero, sobre todo, percibe que le ha producido daños psicológicos. Con frecuencia sufre estados depresivos intensos y prolongados, así como otras alteraciones del estado de ánimo, que los propios psiquiatras que le tratan definen como maníacos y paranoides. Cuando fue entrevistado por segunda vez (en marzo de 1995) había comenzado a visitar a un psicólogo desde hacía unos meses, a causa de esos problemas mentales. También ha tenido varios accidentes de tráfico, aunque sin consecuencias graves, mientras conducía bajo los efectos del «éxtasis». Todos estos trastornos personales ocasionados por las nuevas drogas contrastan enormemente con las bondades que atribuye a esta sustancia en su discurso sobre *la fiesta*. En ese discurso aparecen, de forma espontánea y «en bruto», la mayoría de los motivos que sirven de racionalización, legitimación o justificación a los consumos de drogas de síntesis en la escena «tecno», «rave» o «fiesta». Sus ideas y motivos muestran un.....

El discurso de Manuel es uno de los más ideologizados entre los usuarios de «éxtasis», y en él se entremezclan anhelos éticos y estéticos personales, expresados quizá de forma confusa o contradictoria, con algunas ideas sesentaiochistas: sus deseos de comunidad con otros, de romper el anonimato de una vida urbana competitiva; su búsqueda, a veces balbuciente o contradictoria, de significados haciendo uso de abstracciones casi vacías de referencia (como «la sociedad», «el sistema», «regenerar el planeta»), pero poderosas; su anhelo de un «futuro tecnológico, pero tribal» que profetiza y sueña; su deseo de purificarse mediante la danza y la comunión con los demás al son de música electrónica y con drogas de laboratorio, etc. Todas estas ideas resultarán confusas, incoherentes y hasta ridículas para muchas personas alejadas del universo cultural en el que vive Manuel, pero expresan anhelos, carencias y, en definitiva, vulnerabilidades reales y comunes dentro de la escena juvenil más importante y contagiosa surgida en los noventa. Pero sólo comprendiendo las raíces de esos anhelos se puede llegar a entender los consumos de drogas emergidos en esos universos culturales juveniles.

Orígenes de la fiesta

[*La fiesta*] es lo que hace la gente cuando se reúne para divertirse y echar los malos espíritus fuera. Aquí empezó en septiembre del 92, cuando ya había acabado el verano y la gente estaba, que quería, se notaba que había ambiente para algo más que las discotecas, que no fuera una discoteca. Se acabó la cultura de la discoteca y empezó un poco la cultura del *after hours*, que no había aquí, a ponerse bien, y luego se hicieron *las fiestas* los domingos, se implantó el domingo como día de *fiesta*, casi religiosa. Coincidió que, claro, se terminaban las discotecas el sábado y hacía falta otro día para seguir *la marcha*, y el domingo era el día ideal porque era el día después de las discotecas. Era la continuación de la discoteca, pero ahora se ha convertido en la reina. La discoteca era la reina y ahora es *la*

fiesta la reina (...). Ya en las discotecas se consumía «*éxtasis*» (...) Pero no de manera regular, no era una cultura, era algo que tú podías hacer como tomarte una copa, pero una cosa no implicaba a la otra. La cultura del «*éxtasis*» no había llegado a nosotros con la regularidad que tiene ahora detrás, ni tampoco estaban los circuitos hechos como para que funcionara a nivel de grupo. Tú te comías un *tripi* con tus amigos en la *Doba*, y yo eso sí lo he hecho, de vez en cuando, y ya está (...). Para probarlo, porque no sabíamos lo que era. Pero vamos, así, de manera regular, en toda España, Valencia primero, hace mucho tiempo, y en Ibiza y en Mallorca, y luego Madrid, y luego otros sitios. Se ha extendido a todos lados.

Para mí, *la fiesta* está viva y pega coletazos, y el Jacinto fue el primero que tuvo la idea aquí de llevar de las discotecas a la gente a otros sitios, y nadie había tenido esa idea y nadie hacía nada, ¿entiendes? El fue el primero que dijo: la gente quiere más cosas y yo les busco un local. La primera *fiesta* que hizo *se lo montaron* 200 personas, entonces vio que la idea funcionaba, que había algo ahí, fue el primero que tuvo la idea, luego llamó a Pedro, Pedro venía de Estados Unidos (...). Venía de un viaje que había hecho a Estados Unidos y venía muy, había visto, venía muy concienciado de que se podían hacer cosas así aquí. Veía California y esto, y este sitio lo veía como una pequeña California. El futuro de este lugar podía parecerse al presente de San Francisco y de Los Ángeles. Entonces lo planteó y empezaron a hacer *fiestas* muy pequeñas, y tú ya has visto cómo van ya, *la fiesta* del *Gabber breaks* que ya es algo (...). En la *fiesta* del otro día habría unas 4.000 personas (...). Había muy buenos «*éxtasis*» y «*éxtasis*» bastante malos, y *speed* que es muy de aquí, y mucho *bachís*, que también es muy de aquí, de todo, era eso, una mezcla de todo, pero *la pastilla* desde luego siempre la reina.

Esto lo han consumido primero los negros en Estados Unidos. Esto se inventó en Estados Unidos y lo empezaron a consumir la gente de más *soul*, de más cultura. Siempre los innovadores son gente con más apertura de mente, es imposible con una mentalidad cerrada. Es que hay *bakaladeros* con mentalidad cerrada también, o sea, que hay de todo. Para mí es imposible que un *bakaladero* así *cañero* sepa lo que es un «*éxtasis*», yo creo que lo que quiere saber es no saber de sí mismo. Hay sistemas hasta de encerrarte en ti mismo, que no son productivos.

[El «*éxtasis*»] se empezó a consumir en Ibiza; en un ambiente como éste, Ibiza es paraíso. Se empezó en un sistema de consumo parecido a éste. Luego ya se llevó a Valencia, porque los valencianos dicen que fueron los primeros, pero qué va. El primer centro de llegada de cosas de los Estados Unidos es Ibiza y no Valencia. Los primeros «*éxtasis*» llegaron a Ibiza y se consumieron en un ambiente como éste, un ambiente paradisíaco, un ambiente de playa, un ambiente de disfrute, y luego ya llegó a otros centros como Madrid y Valencia, y ahí se masifica y se pierde el sentido de paraíso y de encontrarte a ti mismo y se convierte en moda, se convierte en: «¡Venga, vamos todos a tomar esto!» Es que hay gente que no lo disfruta, gente que no lo disfruta, bueno, pero están todos en el tema de buscarse a sí mismos. Con drogas se intensifica la búsqueda.

La minoría, los que llevan el tema, que son una minoría, son gente que ha viajado, que ha visto, que ha experimentado y quiere producir, quiere crear algo nuevo, y luego éstos tiran del 90 por 100, que es lo que estamos haciendo. Yo, en mi campo, trato de llevar a la gente hacia lo que he visto que es bueno fuera, y que puede llegar a ser bueno aquí. Yo lo hago en mi campo, Pedro lo hace en el suyo, la otra que pinta lo hace en el suyo, decorando locales, el otro que tiene un local lo hace en su local planteando un nuevo tipo de música. Ese 10

por 100 de gente que ha visto, ha viajado, o tiene dinero, o tiene ideas, mueven al otro noventa. El otro noventa lo que pasa es que a veces es una carga muy difícil de llevar. Tú lo quieres llevar por un sitio, pero... ¡qué va!

La búsqueda de uno mismo a través del uso de drogas

Lo de tomar drogas es cultural, de todos los países. Es una cosa que nunca se ha perdido ni se perderá. Aquí se toman el vino en la taberna, y la misma acción de tomarse el vino es lo mismo que hacemos nosotros tomando «éxtasis». Es la acción de ponerse *off* y volver a mí mismo. Cada cultura le pone su punto. Aquí, como hay sol, playa, paraíso, campo. La gente también se viene aquí al campo a relajarse tras una noche de *marcha*, incluso vienen de noche para estar aquí y fumar porros, y eso no es una cosa que pueda hacerse en cualquier sitio.

[Con las drogas] he notado cambios en mi percepción a unos niveles que... Yo puedo escuchar..., tengo una sensibilidad para el oído aumentada. Tengo una sensibilidad, en todos los aspectos, aumentada de los sentidos (...). Yo ahora mismo diferencio gamas de sonido a unos niveles que puedo estar escuchando diez sonidos separados al mismo tiempo y separándolos. ¿Sabes lo que te digo? O sea, los escucho como un todo y los oigo los diez separados. Por ejemplo, en mi caso, porque trabajo mucho con el sonido y a través de las drogas afinas el oído de una manera alucinante. (...). Yo ahora veo el detalle. Tú eres una persona que tiene vista, y pasas por este campo y a lo mejor no ves, no te paras a ver, esto [un junco], y no ves las aberturas que tiene, el palito. No te paras a ver esto porque tienes millones de cosas en la cabeza, porque te está diciendo tu jefe que eres un holgazán, que tu mujer no te quiere, que los hijos son todos unos *tarambanas* y tú eres un pringa'o. ¿Cómo te vas a parar a ver esto con todo eso en la cabeza? Eso es lo que me han dado las drogas, capacidad para volver a mí sentido. O sea, yo el otro día me subí en lo alto de una montaña en una roca, me quité la ropa, hacia viento como ahora, y en diez minutos que estuve así perdí la noción de mí mismo. Era fácil que me atravesara el viento, o sea, era integración completa con el sistema, es que había viento cruzando las hojas, y sabía que en cada hoja había cruzado el viento, y oía el viento pasar a través de las hojas del suelo y notaba con el oído en qué sitio estaba pasando. Los ruidos de los animales nocturnos al mismo tiempo, de lejos, pero a una distancia de kilómetros y kilómetros, pero los oía, o sea, lo integraba todo. ¿Cómo he llegado a estos niveles de captar cosas? Pues o a través de las drogas o a través de encontrarme a mí mismo, he vuelto a mí mismo con mi capacidad, para hacer algo en la vida, para purificarme. *La fiesta* es eso: malos espíritus fuera, purificar, purificar, punto. ¿Por qué la gente lleva un ritmo tan fuerte? En la sociedad las mentiras cada vez son más sofisticadas para evitar la verdad, y la verdad es que hay que compartir, regenerar el planeta, gastar menos dinero en ti mismo y pensar más en los demás.

En el trabajo me ha afectado mucho. Afecta a todo. Es que no se puede decir afecta a esto u [*sic*] a lo otro. Afecta a todo, todo, lo cambia todo, la droga lo cambia todo, cambia todos los esquemas, mi manera de ver, el trabajo. Por ejemplo, yo antes habría aguantado un trabajo normal, aguantado un jefe, aguantado una *historia* así por el dinero. Yo ahora he dejado trabajos por el *mal rollo* que había en el sitio y porque sabía que no se iba hacia ningún sitio. No iba a ningún lado trabajando en un sitio en el que había *mal rollo*, porque me cortaba mi libertad y mi independencia. Entonces, yo he dejado trabajos jugosos de dinero. He dejado

un trabajo ahora mismo en que me estaban pagando el doble de lo que me están pagando ahora, o el triple casi, y era de lujo, o todo lo que tú quisieras, pero había tan *mal rollo*, que sigo por este camino, cosa que yo no habría hecho antes de conocer la droga. Las drogas me han servido para darme cuenta de lo que tengo que hacer de manera más clara. Han activado mi mente, me han abierto más de lo que estaba antes, y me han ayudado en eso. Todos los gatos buscan las hierbas que necesitan instintivamente. Todo de manera natural. Todo son tendencias naturales del individuo. Tú estás infectado por el virus de la sociedad. Tú has nacido en una familia que está bien, que tiene dinero, en un sitio pequeño, y no tienes problemas y eres un buen chico. Pues resulta que tienes todo de balde, y de repente entras en el mundo de las drogas, y todo lo que tú creías que era perfecto resulta que no es perfecto. ¿Por qué? Porque tu seguridad está basada en la inseguridad de miles de gentes. En la falta de dinero de miles de personas, de millones de personas, en el hambre de millones de personas, en la degradación de miles de millones de hectáreas de campo. Tu seguridad es una burbujita en un cosmos de inseguridad. Entonces, no funciona, no funciona (...) Eso lo sé, lo que pasa es que tengo un velo que me lo cubre y cada vez me voy quitando más, cada vez tengo una visión más clara. Sé instintivamente y por eso me tomo las drogas (...). Cuanto más dura sea la droga, más te abre la mente. Es decir, cuanto más fuerte sea la droga, la apertura es mayor.

Los amigos, la familia, la tribu, el planeta

La fiesta está abierta para cualquiera que quiera fiesta. Si tu generación no te da fiesta, o tu cultura no te da fuerza, desengánchate de tu cultura y de tu generación, y engánchate a *la fiesta*, porque la vida es una fiesta, ¿no? El que diga que no, es un amargado. La vida es una fiesta, y el que quiera verla como un valle de lágrimas, allá él.

Aquí lo que hay en *la fiesta*, si te has dado cuenta, es mucha amistad. Hay unas relaciones de hermandad muy fuertes. Todo el mundo se conoce (...). Yo antes no creo que tuviera amigos. Yo antes tenía amigos pero no tenía ese grado de amistad tan profunda como el que yo [tengo] ahora mismo con un par de personas aquí, o sea, unos grados de amistad casi taoístas, filosóficos, en los que no tienes ni que hablarte, con una mirada de ojos está todo dicho. Nuestro problema es que somos un grupo reducido y al día siguiente tenemos que volver a la sociedad. Es un sistema autogenerativo, es decir, si seguimos *la fiesta* ampliaremos el grupo de gente que pueda acceder a donde estamos nosotros y podremos tener acceso a más amigos y a una estabilidad económica y a una estabilidad sentimental y a una estabilidad total, porque habremos creado un mundo dentro del mundo que no nos quiere.

Cada vez estamos más gente en ello, cada vez..., o sea, yo voy a una panadería, y resulta que el que me vende el pan es de *la fiesta*, y voy al supermercado y me regala el de la charcutería la mortadela, porque me ha visto en *la fiesta* pinchando música, y me la pasa y me dice: «Esto no te lo cobro.» Cada vez es más grande. Tú eres el que me pone la música y yo te ayudo a que tú sobrevivas, o sea, no tienes que pelearte en la sociedad porque yo te ayudo a mi manera, yo te busco un trabajo, yo te doy esto..., o sea, no me dejes, sigue poniendo música porque esta sociedad que hemos creado tiene que seguir, y entonces, claro, yo me emociono. Hubo una temporada en que, no, a mí me pinchaban las ruedas del coche, no

sé si te lo he contado, por una historia de unos *camellitos*. Hay gente violenta también en *la fiesta*. Unos *camellitos* que se enfadaron conmigo por una historia que ahora no viene al caso, y me pincharon las ruedas del coche. ¿Tú sabes lo que es...?, me venía gente de *la fiesta* a regalarme ruedas. Venían a regalarme una caja con una rueda de éstas, recauchutadas, con la goma. Claro, eso te llega directo al corazón, porque si yo tengo coche puedo traer la música, y si hay música hay *fiesta*, ¿entiendes? No sé cómo explicártelo. Es... una familia, con sus miembros, sus ovejitas negras, sus ovejitas blancas, pero una familia como son todas las familias, cosas buenas, cosas malas.

Lo que llamamos *la fiesta familiar*, cuando estamos los mil que estamos, sí que es una familia, y una familia con los niños malos, con las ovejas negras, con los niños buenos, y todo vale porque cada uno es regulador de su pequeño grupo de amigos. Todo cabe en *la fiesta*, pero lo que se pide, o lo que se debería pedir, o lo que *la fiesta* pide, lo que pasa es que no tiene voz, es que todo el mundo que va a *la fiesta* va a divertirse. Tú vas a quitarte el *mal rollo*, pero hazlo bailando, no lo hagas discutiendo, no lo hagas peleando. Es *la fiesta*. Es lo que se hace en la tribu. ¿Qué pasa? Que se ha acumulado el *mal rollo*, porque hemos estado de cacería, trabajando, recolectando y ahora, claro, como hemos recogido los frutos, lo celebramos... y se hace el domingo que es cuando se deja de trabajar para poder sacar fuera todo el mal rollo que te ha dado tener que trabajar. Es *la fiesta*.

Hay empatía con los demás y el «*éxtasis*» te lo hace ver. Estamos todos unidos y no nos damos cuenta. Es llegar a pensar que hubo un momento en la historia que sin drogas estábamos todos unidos de alguna manera, que de alguna manera estamos todos unidos, pero no nos damos cuenta. Si estamos todos unidos, significa que todos somos iguales, que todos podemos retomar un proyecto común para este planeta, para esta ciudad o para esta cultura. Puede empezar en tu ciudad pero tiene que acabar en tu planeta. Si es que somos todos iguales. Si a través del «*éxtasis*» te das cuenta de eso, entonces bienvenido sea el «*éxtasis*», porque me está volviendo a la realidad, a la realidad real, no a la que me quiere vender la sociedad.

La música tecno y su carácter tribal

Para mí, la música de baile que hay ahora es la que representa todas las músicas que ha habido siempre unidas y transformadas dentro de unos sonidos que son de sintetizador, que lo mismo son de sintetizador, pero si le das la vuelta son muchos sonidos tribales de percusiones. La base, base es la música africana. Lo que es tribal africano, vuelta a la tribu, tribu, tribu, la palabra es tribu. Si algo genera este movimiento es movimiento tribal, y futuro tecnológico, pero tribal.

Hay muchísima gente que vive por y para *la fiesta*, aunque no se den cuenta. Yo soy uno de ellos, aunque me gustaría poner fronteras a eso, porque es auto-destructivo ese sistema. Mucha gente tiene que abandonar *la fiesta* bastante quemado por el mero hecho de no saber separar *la fiesta* de su vida. Es un sistema bastante..., pero les da igual, vamos, se meten en el sistema a sabiendas de lo que lleva consigo, porque es adictivo. La alegría es adictiva, aunque sea alegría de fin de semana, es adictiva, la empatía con la gente. Es tratar de recuperar... O sea, la energía que producen mil personas con las caras felices al mismo tiempo es..., te engancha realmente. Entonces, claro, si quieres recuperar eso, tienes que volver la semana siguiente, porque te carga de energía positiva en un mundo no positivo.

El verano, tiempo de fiesta

El verano es como... es un *revival* de cosas naturales y de vuelta a la tribu. Todo funciona de manera climática y por estaciones, estacional. En invierno baja y en verano viene todo lo nuevo, vienen todas las influencias, como viene también el buen tiempo, viene toda la gente. El verano es lo que *carga las pilas* a todo el mundo para soportar el invierno (...). Todas las fiestas antiguas tienen un sentido. Tiene un sentido hacerlas en esa fecha porque son calendarios lunares, calendarios antiguos de celebraciones en las que se busca el calendario lunar, solar, adecuado. Entonces, claro, si es una cosa natural y tú eres parte de la naturaleza, en las épocas que se han elegido desde antiguo para la fiesta tú te sientes mejor para hacer una fiesta. Surge como natural. El verano es natural que se hagan fiestas porque, claro, son cosas que yo te las digo y tú dices, claro, pero es que la gente no se para a pensarlas. Yo te digo que un día de luna llena hay más fiesta y más cosas raras que un día que no hay luna llena, y con drogas, afecta doble. Yo lo he notado. En el *Baka House*, que es al aire libre, no sabes cómo afecta eso. Además, la gente lo va comentando: «Mira, luna llena.» Eso en una discoteca normal no tiene nada que ver, [es otra historia que al aire libre].

Uso personal de «éxtasis»

[Yo llevo] dos años [tomando «éxtasis»], dos años intentando tomar dosis lo menos regulares posible, pero, vamos, dentro del sistema. Yo lo llevo lo mejor que puedo, con la mayor prudencia posible, intento controlar un poco. Sé de muchos compañeros míos, que empezaron conmigo y siguen *metiéndose cantidad de caña*. Y yo creo que es que cada uno tiene o pide para su cuerpo lo que necesita. Si tú necesitas abrir más tu mente, necesitarás más droga, pero el hecho de tomar droga no acaba nunca, porque siempre necesitas más. Pero tienes que tener cuidado de que los períodos de ingestión de drogas no sean muy prolongados ni muy duros, porque tu físico se resiente (...). Yo he tomado para trabajar, lo que pasa es que prefiero no tomar mucho. Nunca sabes los efectos [que te acabarán viniendo] y te puedes poner en una situación difícil.

Yo consumía una o dos *pastillas* los fines de semana. Luego pasé a períodos en los que sólo tomaba *bachís*, y luego pasé a períodos en los que no tomaba nada durante un mes, que también lo he hecho. Es que depende como te pille el cuerpo. Los períodos de más consumo son los primeros. Los principios son terribles (...). Ahí puedes tomar tres, cuatro... [en una noche] (...). Yo soy de los que nunca ha tomado esas cantidades. Siempre he tomado como mucho tres, dos y medio, y ya me decía la cabeza que no, que no se trataba de tomar más, sino de tomarlo con más precaución y en los momentos adecuados. Siempre, mi mente siempre me ha dicho eso, pero es que hay otras mentes que dicen que lo mejor es tomarse 10 *pastillas* (...). [La semana pasada me tomé] dos dosis de «éxtasis» *líquido* [GHB] en un día. Dos botecitos.

[El *bajón*] depende de lo que tú te tomes, de lo que te hayas tomado, de cómo estés ese día y del grado de evolución de tu coco. Los *bajones* son la vuelta a la realidad y entonces, si tienes un concepto muy claro de la realidad y sabes dónde te metes cuando tomas droga, cuando vuelvas de ese viaje, no tendrás *bajón*, porque sabrás dónde estás volviendo. Pero si tú te tomas una *pastilla*, todas las primeras veces que te las tomas, y te lleva al paraíso, cuando vuelvas del paraíso,

eso es lo que se llama *bajón*. Pero eso es la desconexión que hay entre tu cerebro, lo que tú quieres y deseas, y lo que te da la sociedad. Cuanto más metido estés en la sociedad, más bajón te dará la *pastilla*, porque más *mal rollo* te va a resultar volver a la realidad.

Rosa (diecisiete años), *bakala(d)era adolescente*, usuaria intensiva

Rosa nació en 1977, está soltera y vive con su familia en una ciudad-dormitorio del extrarradio de Madrid. Dejó los estudios en segundo de BUP, después de repetir ese curso sin superarlo. Trabajó unos meses como dependienta en una tienda y actualmente está en paro. Sus padres no han ejercido mucho control sobre ella y ha solido saltarse las pocas normas que le intentaban imponer. Se considera a sí misma «bakaladera», aunque desconoce el significado de cualquier concepto central de este estilo músico-cultural y de las escenas juveniles asociadas. Los únicos signos de identidad que comparte con las personas que siguen este estilo se reducen a la vestimenta, frecuentar las discotecas donde se escucha esa música y consumir «éxtasis».

Su historia de uso de drogas ha sido corta, dada su edad, pero muy rápida e intensiva. Empezó a fumar tabaco a los doce años. Un año más tarde tuvo sus primeras borracheras de alcohol y sufrió el primer coma etílico. A los quince años comenzó a fumar hachís regularmente los fines de semana. Cuando tenía dieciséis años se inició en el consumo de *tripis* (LSD), que ha seguido tomando con una periodicidad casi semanal. También ha tomado ocasionalmente cocaína y *speed* (polvo que suele contener una mezcla de sulfato de anfetamina y cafeína). No ha probado nunca la heroína, y dice que no estaría dispuesta a tomarla si se la ofreciesen.

Empezó a tomar «pastillas» a los dieciséis años. Cuando fue entrevistada en agosto de 1994, llevaba un año consumiéndolas con una regularidad mínima de fin de semana. Solía tomar todas las semanas unos cinco comprimidos entre la noche del viernes y la tarde del sábado. En períodos vacacionales había llegado a consumir «pastillas» casi a diario. Haciendo un cálculo aproximado, en ese primer año de consumo debió de haber ingerido más de 300 comprimidos de «éxtasis». Cuando la volvimos a contactar un año después, seguía con las mismas pautas de uso.

Se trata de una usuaria de «éxtasis» regular, intensiva y problemática. Para financiar su propio consumo ha tenido que vender «pastillas» al detalle (*trapichear*). Debido al consumo de «éxtasis» ha sufrido pérdidas de memoria y ha tenido peleas con sus amigos y sus padres. En una ocasión llegó a tomar 15 comprimidos de «éxtasis», a causa de lo cual perdió el conocimiento y cayó al suelo. Unos meses después de ser entrevistada por primera vez sufrió una reacción adversa aguda, por la que tuvo que ser ingresada en el servicio de urgencias de un hospital.

Iniciación

[La primera *pastilla* la tomé] el verano pasa'o [1993] (...). Era un *tapón* (...). Era redondo, blanco y con una raya (...). Yo iba con unos chicos, era la primera vez que *salía de fiesta*, y la *pillaron* ellos (...). Yo les di el dinero, me la dieron

y me la comí. La primera vez me comí media (...). Primero me dio muchas ganas de bailar, o sea, yo no me cansaba. Estuve toda la noche bailando y no me cansaba. Y con... y distinto, o sea, puedes estar bailando y no cansarte, porque yo aguanto una noche bailando, pero distinto (...). Llegamos a las tres o así, nos la comimos y hasta las diez que cerraban. Sí, a las diez [de la mañana]. A las diez cerraban y nos volvimos (...). ¡Llegué a mi casa con un *careto*...! Normal, después de haber salido; pero, no, a mí se me bajó antes. Yo ya la... las últimas horas, o sea, a las diez me parece que yo estaba cansada.

¡Buá, me encantaron!, ¡pero me encantaron! Me lo pasé, vamos, ¡genial! Y ya quería salir todas las noches, ya empecé ahí a *meter bolas* a mi madre todas las noches, todas las noches, pero no salía, o sea, luego me empezaron a dejar salir noche sí, o sea, fin de semana sí, fin de semana no, ya fue cuando empecé a ir al *Megadisk*.

La ruta del bakalao

Salgo de mi casa, pues eso, por ejemplo un sábado a las once (...). Voy al *Megadisk* (...). Y luego de allí, cuando cierra el *Megadisk*, a las ocho y media o así, pero yo me voy antes porque a mí me gusta más *La Hacienda*, entonces pues a las cinco de la mañana o así, o a las seis, me voy para *La Hacienda*, y, nada, estoy en *La Hacienda* —que cierran a las doce—, y de *La Hacienda*..., bueno, antes me iba al *Revolución*, ahora me voy al *Goa*, que me gusta un montón (...). El *Goa* cierra a las cinco y media, y hay gente que se va al *Revolución*, ya muy poquita, pero luego vuelve a abrir a las siete (...). El *Revolución* abre hasta las doce de la noche, y hay gente que se va hasta allí y luego se va al *Colleagues* (...). El *Colleagues* abre a la una o así (...). Del *Colleagues* me voy para el *Galaxy*.

[En todos estos sitios se escucha] *bakalao*. Lo que pasa es que es distinto. El de *La Hacienda* es *bakalao* de *buen rollo*, o sea, es que no sé cómo explicarlo (...). El *bakalao* de *Revolución* es demasia'o *buen rollo*, demasia'o *pastoso*, o sea, son canciones... Es que no sé cómo explicarlo. Por ejemplo, el *bakalao* del *Megadisk* es mucho pu..., o sea, muy... muy *rallante*, está to'l rato *ñiaa*, *ñiaa*, o sea, con muchos ruidos. Y, yo qué sé, el *Graph*, por ejemplo, es música que a mí me deja loca, porque es de *ñiiii*, o sea (...) es todo el rato de ruiditos y así, de *ñiii*, *ñiii*. (...). A mí no me gusta esa música. Y luego la música del *Megadisk* es así de *pum*, *pum*, *pum* (...), están todo el rato igual. Y, vale, me gusta, pero me gusta más el de *La Hacienda*, que te mezclan canciones, te ponen canciones de gente que canta, como yo digo (...) con voz. En el *Megadisk* no, en el *Megadisk* es todo *pum*, *pum*, *pum*. Allí es gente que canta y todo eso. Y en el *Revolución* se pasan de gente que canta.

¿Cómo voy? A veces en coche de quien esté, o sea, de la gente que conozco. Si hay hueco, pues nos metemos (...). [Pero] la mayoría de las veces vamos en Renfe (...). Yo, cuando estoy en el *Colleagues*, yo me voy al cierre, y si no me voy al cierre, me voy a las seis de la mañana, que ya está abierto el metro, y me voy en metro al *Galaxy*. Y si no, pues yo qué sé, de *La Hacienda* a *Revolución* pues me voy o en Renfe o en autobús, mejor en autobús porque si no pilla muy lejos la Renfe del *Revolución*.

El grupo

Sólo vamos de *tías* Ana y yo, y lo demás [son] todo *tíos* (...). Pues iremos, no lo sé, iremos 15 o 20 (...). Ana tiene la misma edad que yo, bueno es tres meses más mayor que yo, pero tiene diecisiete también. Luego su novio tiene dieciocho (...). Los tíos tienen veinte años, veintitrés, son ya más mayores (...). Algunos trabajan y otros están en el paro... Por ejemplo, Richar está estudiando y está trabajando, pero estuvo trabajando una temporada, que le hicieron un contrato de tres meses o no sé qué, que era de esto de montar muebles y no sé qué. Antonio estaba con él trabajando también, que le metió él, y, nada, Antonio antes jugaba al fútbol, ya lo dejó, y no trabaja. Y los demás pues están trabajando o están en el paro, pero yo no sé lo que hacen. [Mi novio no hace] nada. [Tiene] diecisiete años.

Trapichear para consumir

A mí me dan [en casa] 17.000 al mes (...). Pero yo no [me las gasto todas en un día], porque entonces mi madre se da cuenta de que no tengo ni un duro, porque me lo mira. Bueno, ahora ya no me lo mira tanto, pero antes me lo miraba. Pero yo cojo, por ejemplo, me cojo cinco y yo, por ejemplo, es que siempre se las pasamos, las *pastillas*, a uno de la clase de Antonio, de un chico, y se las pasamos muy caras, se las pasamos a tres *talegos*, entonces, claro, yo ahí me saco mis beneficios (...). Juanjo, [mi novio], puede *pillar*, pero Juanjo nunca las tiene, ¿sabes? Si le sale el *trapi* en ese momento de que un tío le pide 100 ó 50 *pastillas*, como el fin de semana anterior, entonces él va, él las coge y se las pasa, y le da el dinero, él siempre lo *pill*a fiado todo, entonces él va, paga, y se queda con los beneficios. Entonces, él a veces me las deja fiadas a mí, y yo luego se las pago a él. Hay gente que se las vendo a tres *talegos* (...). A mí [me pueden costar a] 800. Cuando *pill*o muchas, 800 (...). Juanjo que se *pill*a bastantes *pastillas*, pues a él le salen a setecientas, y Jorge, otro chico al que se las *pill*aba antes, a él le salían a 700 (...). Jorge, por ejemplo, un fin de semana se *pilló* 600 *pastillas*, y se las dejaban a setecientas pesetas (...). Si tengo el dinero, no me complico; pero la mayoría de las veces no tengo el dinero. Por ejemplo, este fin de semana, yo tenía el dinero, entonces no me complico, he pasa'o completamente y las he pagado todas, y todas me las he comido yo, y ya está.

Pauta de uso

Yo, normalmente, yo las que me suelo *pillar* para mí, porque no tengo más dinero o porque no me ha salido el *trapi*, pues cinco (...). Cinco para estar en el *Goa*, si yo voy al *Goa*, porque ahora normalmente..., porque como el *Megadisk* no me gusta, el *Graph* tampoco, pues estamos en mi casa y luego nos levantamos temprano, como *La Hacienda* tampoco me gusta. Antes nos levantábamos a las seis, para irnos a *La Hacienda*, pero ahora nos vamos al *Goa* y luego al *Colleagues*, entonces pues me *pill*o cinco o seis (...). Para salir a las once de la mañana para ir al *Goa*, lo que hago ahora (...). Sí, ahora eso es lo que hago desde que vine de vacaciones, hace dos semanas.

Lo normal es que yo salga desde el sábado (...). Eso es lo normal, eso es lo que estaría bien (...). ¿Cuántas podría tomar? O sea, ¿cuántas tendría? (...).

Desde el sábado, normalmente, o sea un día que yo normal, tenga dinero y lo pague, ¿no?. Pues yo qué sé, desde el sábado por la noche, el sábado por la noche tres (...) y luego por la mañana, pues en *La Hacienda*, una, porque no dejo que me dé el *bajón*, no me las tomo de golpe, me tomo por ejemplo una y luego media, media, media y media, para que no me dé el *bajón* y, cuando llego allí, que todavía se supone que voy *pedo*, pues me tomo otra, entonces allí aguanto, porque allí entro a las siete de la mañana o así, hasta las doce. Y luego pues en el *Goa*, como es más tiempo, pues ahí me como más, ahí me comería pues otras tres, si tuviese dinero, y si tuviese mucho dinero pues más. Pero eso es lo normal (...). Cuando van seis, ya te da el buen *rollo* (...). Pues querer a todo el mundo. Estás... estás muy bien (...). Si te comes una, pues no. Hombre, hay gente que se come una y sí (...). Yo me como una, y nada, pum, bailo, si es una *pastilla* de bailar. Si es de *apalancarse*, pues me siento (...). Los *taponos* y las *ovaladas*, ésas son las que me gustan a mí (...). Me gustan, porque te dan buen *rollo*, no te *apalancan*, y encima bailas; mientras más te comes, más bailas. Las otras no, mientras más te comes, más te *apalancan*... Estás bien, porque estás bien, porque vas de *pastillas*, pero te *apalancan*.

Comportamientos violentos

Hombre, con las *X* te pones... vamos, violento es poco. Casi me pego yo con Ana y todo (...). Yo estaba mal con to' l mundo, a mí no me apetecía que me viniese nadie a hablar. Al contrario, yo siempre que estoy de *pastillas* te apetece hablar con todo el mundo, conoces a un montón de gente. Sin embargo, con la *X* yo estaba sentada, te venían a hablar y... contestaciones asquerosas. Con Ana todo el rato discutiendo. Porque nos separó el Richar, que si no, nos pegamos. Y no nos habíamos comido muchas (...). Estábamos en el *Goa* y nos habíamos comido dos *X*. Nada para ponerse agresivo.

[Otra vez] estábamos en la Renfe, ¿no?, y todo el mundo..., o sea, iba... iba puesto, ¿no? Yo no, porque yo me acababa de levantar. Íbamos a *La Hacienda*. Yo me acababa de levantar, e iba con unos amigos, y me encontré a Juanjo, e iba un grupo, o sea, íbamos un montón de gente. Yo me lo encontré allí y, nada, ya nos fuimos con ellos, ¿no?, íbamos Ana, Richar y yo, y nos encontramos con todos y, nada, de repente bajó un *modi*, iba todo así, todo de negro, con no sé qué, pintado, y estaba Cristian, uno que... Y, nada, bajó así, todos se le quedaron mirando así. Entonces, nos subimos y el chaval, en vez de coger y quedarse, porque sabía lo que iba a pasar, en vez de coger y quedarse, coge y se metió en el tren, en el vagón. Y estábamos, o sea, lo que es la parte de abajo, era en uno de dos plantas, estábamos la parte de abajo, la parte de arriba llena, y el otro abajo, iba un montonazo de gente, y cogió y se metió para allá. Y yo, de repente, estoy así, y veo que Cristian..., uno que le empieza a dar, no sé qué, no sé cuántos, ras, le empezó a poner, pero tibio. Y el otro: «No me peguéis, no me peguéis.» Y cogió..., ¡bufl!, le pusieron. Y empezó una *chiquina*. Y todo el mundo, en vez de coger y, yo qué sé, separarles, incluida yo, y se cambiaron. Juanjo, por ejemplo, estaba aquí, yo estaba aquí sentada y él estaba aquí [uno enfrente de otro]. Empezó la *movida*, todo el mundo se cambió de sitio, yo tenía un sitio como en el cine, así, todos mirando la *movida*, hasta que dijo una *tía*: «Bájate, bájate», y cogió y se bajó.

Más escenas (...). Pues lo típico, que se cabrean porque... pues que, por ejemplo, Juanjo antes siempre iba con un chaval que se llama Pedro, y se cabrearon, y

ahora ya no se llevan como antes. Se llevaban, vamos, uña y carne, se llevaban de *puta madre*, pero empezaron con los *trapis*, y que Juanjo se comía, y decía que, claro, que Juanjo tenía que pagar, pero como las habían *pilla'o* a medias decían que tenían que pagar a medias y, yo qué sé, *movidas* así. Y así, muchísima gente, todo el mundo discutiendo (...). ¡Ya ves! Estamos senta'os en un parque un día normal y, claro, el tema de conversación siempre es ése. Yo me siento ahí, y lo único que oigo: *pastillas, pastillas, pastillas*, no sé qué, *La Hacienda*, todo eso. Y siempre salen dos peleándose: «porque si tú te comiste no sé qué, porque si yo te invité, porque eres un gorrón, porque...». Así.

Problemas de salud asociados al uso

Yo es que siempre he sido muy despistada, se me ha ido mucho la pelota, pero ahora se me va muchísimo, pero yo no sé si es porque... La verdad es que no lo sé. El otro día lo estuve hablando con Ana, que yo no sé si es que se me va por las *pastillas* o por... porque yo soy así de despistada o algo. Pero a mí se me va muchísimo. Y cuando estaba trabajando, ¡buf! (...).

Me acuerdo una vez que fuimos al *Revolución*, que Juanjo y yo nos comimos 15 *pastillas* cada uno, nos caímos en la puerta del *Revolución* (...). Quince (...). Desde el sábado por la noche hasta el domingo por la mañana (...). Íbamos Juanjo y yo, y no encontrábamos a los demás y él tenía, ¿no?, y empezamos a comer, a comer, a comer, a comer (...). Nos comimos 15, y yo siempre me como de media en media para reservar, ¿sabes?, para que no me dé el *bajón* (...). Pues estamos ahí, empezamos a comer, a comer, a comer, y en la puerta del *Revolución*.... Estábamos sentados en... en lo que es la acera, cogí yo y me dio, yo qué sé, una cosa muy rara, porque me empecé a marear, empecé a verlo todo así, hice pum, me caí [y perdí el conocimiento] (...). Me parece que muy poquito. Yo de repente me desperté y estaba así la gente, dándome *bastias* en la cara, entonces yo me levanté, pero que yo estaba de *puta madre*. Yo estaba muy *pedo*, pero de *puta madre*.

Los *bajones*, bien. Lo único que, yo qué sé, estando en casa... El único bajón que yo he notado muchísimo fue el de la X, que estuve pero mal, mal, o sca, pero mal. Yo, ya me había *bajado*, pero yo..., yo qué sé, que no me enteraba de nada, estaba fatal. Además que... que empecé a ver en mi casa cosas rarísimas, yo, estábamos Ana y yo, y nos asustamos y todo, íbamos a llamar a un chaval para que viniese, a las cinco de la mañana, a mi casa.

Sentido del consumo

Yo lo hago porque me divierto. Es que me lo paso, ¡vamos! (...). Yo sé que llego, me las tomo, me lo paso muy bien, y por eso me las tomo. (...). El otro día lo estuvimos hablando, estábamos senta'os en un parque, y estábamos diciendo que si no fuese por las *pastillas* y por los fines de semana que... Yo cuando llego a mi casa, sea lunes sea domingo, sea el día que sea, siempre estoy pensando ya..., o si no tengo dinero, a quién le voy a montar el *trapi* o... eso. Estoy pensando toda la semana en que llegue el fin de semana, para hacerlo (...). Yo lo estuve pensando, que si yo... si a mí me dicen: «No hay más *pastillas*, tú no puedes salir más de fiesta», a mí me daría algo, porque yo diría: «¿Y yo qué pinto aquí?»

**Óscar (veinticinco años), homosexual, go-go dancer,
usuario muy intensivo o compulsivo**

Oscar nació en 1969, reside en Valencia y se declara homosexual. Se trata de un individuo que ha viajado mucho por Europa y residido en diversas ciudades españolas y extranjeras. Sus padres se divorciaron cuando él era pequeño. Estudió hasta primero de BUP, y después de repetir ese curso dejó los estudios y se independizó de su familia. Ha trabajado toda su vida en discotecas de go-gó, como animador, relaciones públicas, diseñando decorados y organizando fiestas.

Desde los quince años, Óscar ha consumido una gran variedad de drogas legales e ilegales manteniendo a veces pautas de intenso policonsumo. En el uso de las diversas drogas siempre se ha iniciado con amigos. Empezó a tomar anfetaminas y LSD a los quince años, y a esa edad probó también la cocaína y la mescalina. Comenzó a fumar tabaco y cannabis con regularidad más tarde, cuando ya tenía veinte años. Ha consumido también heroína fumada e inyectada durante cortos períodos de tiempo, a veces para contrarrestar el efecto del «éxtasis» («bajar el ciego de pastillas»). No le gusta el alcohol, aunque lo ha tomado esporádicamente. Nunca ha usado tranquilizantes.

Empezó a consumir «éxtasis» en Ibiza en 1986, cuando tenía diecisiete años. Desde entonces lo ha seguido tomando, a veces en grandes cantidades, con tan solo dos breves períodos de abstinencia, el más largo de siete meses. De sus declaraciones se infiere que ha consumido «éxtasis» más de 2.000 veces, habiendo ingerido miles de comprimidos o cápsulas. Lo ha utilizado con propósitos recreativos, para trabajar (bailando) y para mantener relaciones sexuales, entre otros usos. Durante un año estuvo tomando unas 10 pastillas diarias. En esa época estuvo muy implicado en la venta de «éxtasis». Su frecuencia de consumo actual es de fin de semana (toma el viernes, sábado y domingo, y descansa los otros cuatro días de la semana), con períodos de mayor intensidad en las vacaciones. Las dosis que toma habitualmente son muy elevadas: llega a consumir más de 20 pastillas en un fin de semana. Su último consumo cuando se le hizo la entrevista (24-8-1994) había tenido lugar el fin de semana anterior. Afirmó haberse tomado entre el viernes y el domingo, durante la celebración de un rave, 60 pastillas de «éxtasis», un secante (cartoncito con una gota de LSD) y seis gramos de speed (una mezcla de sulfato de anfetamina y cafeína). Durante esos tres días no durmió nada y pasó la mayor parte del tiempo bailando.

El consumo muy intensivo de éxtasis (quizá compulsivo en algunos períodos) le ha causado numerosos problemas de salud, algunos de ellos graves. Entre otros: anorexia aguda con grandes pérdidas de peso; pérdidas de conocimiento con períodos de amnesia; fuertes depresiones, y una insuficiencia renal aguda por la que tuvo que estar hospitalizado y someterse a hemodiálisis.

Iniciación

[La primera vez que tomé X fue] con diecisiete [años], en Ibiza (...). Estaba con mucha gente. Yo conozco a mucha gente, y conozco a mucha gente de Europa,

de América también conozco. Entonces, conocí a un californiano en Ibiza y, eso, *me puse ciego, ciego*, esa noche. Y estuve eso... trabajaba, trabajaba de *go-gó* en el *True* y, nada, yo me acuerdo que es que no podía parar de bailar, ¿sabes? Una sensación que jamás se me olvidará. Era como si estuviese haciendo el amor, pero con todo el mundo a la vez, sin tocarme con nadie mientras bailaba, pues igual. Pero vamos, que eso fue ya todo el año (...). Tenía yo diecisiete [años]. En el 86.

[Desde ese día] ya no he para'o (...). Como yo tengo que ver a mucha gente [en mi trabajo]. Antes de ir a trabajar tengo que repartir invitaciones por la calle, por el puerto, por todos los bares. Entonces, empiezas a conocer gente. Luego, conoces a la misma gente de todos los veranos, ¿sabes?, ya..., y entonces ya *pillas rollo* con la gente y la gente contigo, claro. Luego también estuve durante el invierno. Yo cuando viajo es en invierno. Trabajo en verano, septiembre, octubre han sido mis meses de..., y es que la gente que conozco en verano voy a verla en invierno y, entonces, pues claro, ya vas *pillando*, ¿sabes? (...). Cuando pasó el verano, me fui a Italia. Entonces resulta que en Italia, trabajaba cinco días a la semana, pues cinco días a la semana que..., es que, aunque dijera que no, iba a tomar al final: «¡Venga, tómate un cacho!» «¡No!, ¡no!, ¡no!» «¡Venga, tómate un cacho!». Y ya al final, tienes que estar a última hora fantástico y te lo tomas.

Había oído hablar de ello, de que era antidepresivo, lo veías todo muy positivo, pero no me imaginaba la sensación, porque los *tripsis* y la anfetamina *te cortan el cuerpo*, te ponen más rígido. Y, luego, la cocaína *te come mucho la olla* y, cuando se te acaba, es muy malo. Como no tengas na' pa' *meterte*, te empiezas a *comer la pelota* y no te... Y ésta es una cosa que eso, te puedes ir a dormir. Yo me eché a dormir, me dormí tan a gusto, no tuve que estar dando vueltas en la cama como un tonto. Yo antes me comía un *tripi* y me quedaba toda la noche sin dormir. Y luego, eso, me acosté, me levanté y tan normal, ¿sabes? Eso, como si me acabara de levantar y hubiera dormido cuarenta horas.

Período de uso intensivo

[De Italia] me fui a Manchester, y allí me quedé tres años (...). Ahí me eché un novio que era *camello* (...). El problema era que, como él tenía que salir a vender... él no es que vendiera al público, él vendía... a él se las traían y él las repartía (...). Se las traían, y luego salía, las repartía y luego se quedaba a recoger todo el dinero. Y, al final, salía yo también, y al final tomaba todos, todos los días (...). Me comía... Lo que ocurre es que en Manchester la marcha se acaba, se acababa a las cinco lo más, entre semana. Entonces, que me hubiera comido 10 diarias. Y *la movida* era de que éste, pues claro, se iba..., ya al final vendía *tripsis*, *pastillas*, *speed*, y al final lo dejé a él y, claro, me fui con el otro, con el que era peluquero. Pero vamos que ya, lo que hice, fue dejar de tomar, y nada más que tomaba los fines de semana, o si salíamos, los lunes. Esta gente es que salía todos los días de la semana, como cierran a las cinco, te da tiempo a dormir y a levantarte. Pero tomaba menos (...). [Estuve tomando 10 diarias] un año, un año entero.

Primera reacción adversa grave y primer período de abstinencia

Al otro año siguiente (...) me fui de vacaciones a Ibiza (...). ¡Me lo pasé...! Me iba a comprar un coche y me lo gasté todo en ese fin de semana (...). Perdí 10 kilos, y cuando volví (...) me dio un cólico renal (...). Claro, me pilló todo el bajón de las vacaciones y, claro, fue como vuelta a la realidad y no pude (...). Estuve hospitalizado, me hicieron análisis y no me salía nada, tampoco me salía arena en el riñón y no me salía nada (...). Yo les dije que tomaba *pastillas*, pero ellos pensaban que era pa' suicidarme, ¿sabes?, que tampoco podía..., ¿me entiendes? Y allí lo tienen todo muy controlado, tú lo sabes, que tienen *criminal record*, tienen *national insurance* (...). Está todo más controla'o, te tienen muy controla'o, y a mí tampoco me interesaba... Entonces, decidí no decir nada, que había toma'o *pastillas* para dormir le dije, y ya está (...). A partir de ahí, del cólico, pues (...) estuve en un balneario (...). Y lo que hacían era que me depuraban la sangre como a los enfermos del riñón. Una diálisis de esas. Y a partir de ahí, pues, el problema que tengo es que la química mi cuerpo no la elimina bien con la sangre. Entonces, lo elimino por los poros, con el sudor y cuando me paso me sale... (...). me empiezan a salir por los codos como granitos (...) y me salía en los brazos y en las piernas.

Segunda intoxicación y segundo período de abstinencia

Y a partir de ahí ya *me pegué el pasón* gordo y ya... Y entonces, ya lo que hice el año pasa'o en nochebuena ya me *puse ciego, ciego, ciego*... Fue la única vez en mi vida que *se me ha ido* de verdad *la pelota*, y ya no salí en fin de año. Estuve sin salir siete meses (...). Sin tomar nada (...). No me gustó, ¿sabes? A mí siempre me ha gustado controlar todo. Yo siempre he controla'o (...). Y ahí ya me retiré. Fue la primera vez de mi vida que he para'o. Yo llevo casi nueve años (...). Me dio muy mala sensación. No sé, de pronto lo vi todo... ¿sabes?, me sentía como si nada sirviera de nada, porque, en verdad, es todo un sueño, ¿sabes? Y, en verdad, yo hago muchas más cosas, yo hago pintura, hago escultura, yo todo lo que sea hacer cosas con las manos me gusta hacerlas. Y ahora llevo un año y pico o dos sin hacer nada. Y entonces a mí eso es como que se me acumula y tengo que echarlo, tengo que echarlo fuera. Y, en verdad, *te pones ciego*, te acuestas el miércoles, te levantas el jueves y *te vas de marcha*, otra vez hasta el miércoles.

Continuación del uso

En julio [de ese año] me fui a trabajar a la Feria. Me fui para trabajar diez días, y al final me quedé cuatro meses de *marcha* (...). Como iba trabajando en los sitios, pues claro... Estuve hasta septiembre (...). Ahora cuando salgo, consumo, pero ya no salgo, ya salgo cuando me apetece. No es como antes que había que salir por salir. Ahora salgo cuando me da la gana (...). Ahora ya *me meto* mucho *speed*. Ya es que *me meto* de to'. Es que ya me tengo que complementar todo, ¿sabes? Necesito *el punto* de la *pastilla*, pero más allá del *punto* de la *pastilla*. A lo mejor, salgo un sábado y, sí, *el punto lo cojo* (...). Pero no, ya, aunque tome *pastillas* ya el cuerpo, claro... (...). [Este fin de semana], viernes, sábado y domingo, [me he tomado] 60. (...). Y *speed*, seis gramos, y *tripi* también el sábado (...).

Yo es que no paro de bailar. Estuve el viernes, estuve en *La Canterera*. El *Q*, *La Canterera*, hasta que cerraron. Luego, luego ya es que no me acuerdo, es que no lo sé. Sí, nos vinimos aquí. Me acuerdo, pero, es que lo tengo todo mezcla'o, ¿sabes?, como no he dormido (...). [Llevo] tres [días sin dormir].

Motivaciones y efectos

Yo creo que [el efecto] depende de cada *pastilla*. Según tenga más anfetamina o menos anfetamina, más estircina o menos. Entonces, además, como cada *ciego* es diferente, ¿sabes?, cada noche no es lo mismo, porque tú no tomas la misma cantidad y tampoco el cuerpo te pilla igual de bien, pues no, ¿sabes?, no es que digas... Yo he tenido muchas noches fantásticas, vamos, que recuerdo... casi todas han sido estupendas.

Para trabajar es muy malo. Para bailar sí, pero yo si me meto detrás de una barra o algo, no. No me mola, porque tengo que *bajarme el ciego*. No lo puedo aflorar y me agobia un poco. Pero vamos, de *pastillas* para bailar... Yo es que como cuando bailo es como si cantara, como si echara la voz fuera. Como si echara la voz para fuera, pues igual. Entonces es como echar toda la energía mala en un noche.

[También me gusta tomarlo] para follar (...). Es que a mí me encanta la personalidad. Soy muy tímida, pero soy tranquila. Entonces, la tranquilidad busca seguridad, ¿no? Entonces, soy una persona que va dando los pasos, tengo que pensar las cosas dos veces. Aunque lo haga al momento (...). [Con el «*éxtasis*»] se me va totalmente. Soy otro. Soy el yo interior (...). Casi siempre que *me enrolló* con alguien me he lleva'o mis *pastillitas*. Hombre, si es fuera del fin de semana, no. Pero, normalmente así de fines de semana y eso, sí (...). No es que me ayude a *ligar*. Yo es que, la verdad, es que yo no *ligo* (...). No soy una persona que suela marear ni nada (...). Yo soy una persona que espera que me vengan, ¿sabes? Tampoco voy pensando: ¡pum!...

[El «*éxtasis*» me sirve] para bailar y no agotarme (...). Para bailar... Y me gusta la sensación (...). [Lo que hago es] bailar. Yo no hago otra cosa, incluso es que ni hablo con la gente, ni na'. No me siento en una silla (...). En esos momentos, cuando estás tomando, te olvidas de todos tus problemas negativos, por lo menos ese tiempo (...). No sé..., es que, la verdad, *me da un punto bueno* y, luego, inmediatamente, *me da un punto malo* a la vez, ¿sabes? (...). En verdad, estoy bien, pero sé que, en verdad, es todo mentira. Cuando se pase el efecto, esa felicidad y ese *buen rollo* que tienes con toda la gente no lo vas a sentir más (...). A lo mejor estás toda la noche bailando con gente que a lo mejor no los has conocido en tu vida y «¡¡-¡¡, ja-ja», y al día siguiente es un día normal y no... Entonces te das cuenta de que, en verdad, es todo mentira, porque son sensaciones falsas (...), de estar bien...

[Al día siguiente] lo único que me da es eso, los calambres esos que te daban, a mí me daban al dormir. Era cerrar los ojos y era como si... se me fuera el cuerpo a cien millones de kilómetros por hora para arriba sin tener que abrir los ojos (...). Con las *pastillas* te quedas un poquito bajo en defensas. Yo creo, por ejemplo, que si te pegan un empujón te caes, ¿sabes? No es *bajón*, sino que no estás fuerte para hacer las cosas, y te tiras dos horas y no estás haciendo nada.

Racionalización del consumo

Es mucho mejor la *pastilla* que todo (...). De hecho, el *crack*, lo que pasa es que aquí no ha llegado el *crack* todavía, pero el *crack*, por ejemplo, que salió como droga asesina, vamos, mata. Y, de hecho, se ha muerto mucha gente. Hay mucha gente que está enganchada. Y las *pastillas* yo creo que hay el mismo comercio, y mira, no, es que te da tiempo a responder como persona (...). [Las muertes que se han producido], es como el que es alérgico al alcohol y no puede tomar alcohol, ni una gota, o como el que es alérgico al plátano y no puede tomar plátano. Pues es lo mismo. O sea, tú no te haces una prueba antialergia, antipastillas, ¿me entiendes? Yo tengo una amiga que le da una calada a un *porro* y parece que se ha tomado un *tripi*. Y tengo otro que también le da una calada a un *porro*, y le dan ataques epilépticos. O sea, que si se mete una *raya* o una *pastilla*, tú imagínate. Una vez lo tuvimos que llevar al hospital con un ataque epiléptico, ¿entiendes? Todo depende de la persona. Entonces, yo lo que me planteo es mi persona y mi capacidad (...). Me gusta aprovechar el momento, (...) pienso en el futuro, pero vivo más al día que en el futuro.

ESCENAS

Salida para comprar *pastillas*

San Juan (Alicante), viernes 29 de septiembre de 1995, 12.20 p.m.

A las doce y veinte de la noche, Sebastián (diecinueve años) pasó a recogerme al bar en el que habíamos quedado. Aparcó enfrente y entró a buscarme. En esos momentos me encontraba con sus primas, así que estuvimos hablando los cuatro unos diez minutos. Yo acababa de pedir una copa (whisky con coca-cola) cuando él llegó. Le ofrecí beber de mi consumición, pero no quiso. Me dijo que él no tomaba alcohol, cosa que no es cierto del todo, ya que le he visto tomarse alguna cerveza. Su reacción me sorprendió.

Salimos del bar y nos dirigimos a su coche, donde nos esperaban dos chicos, Juan y Antonio, y una chica, María. En el coche me senté detrás del conductor, Sebastián, y junto a María. Cuando entré, Sebastián me presentó a los demás. Todos me dieron dos besos. Debían tener la misma edad que Sebastián más o menos, entre dieciocho y veinte años. Ellos vestían camiseta, vaqueros y botas. Ella llevaba una minifalda muy cortita negra con un poco de vuelo, una camiseta de tirantes blanca ajustada y unas botas negras altas hasta la rodilla con tacón ancho. Además llevaba otra camiseta atada a la cintura. La chica tenía en sus brazos un gatito que Sebastián pensaba regalar a alguien.

Les ofrecí de mi bebida, y ninguno quiso tomar. Todos dijeron que no bebían alcohol. Mi sorpresa fue en aumento, ya que la gente de mi edad (veintitantos años), incluso los *bakalaeros*, cuando *salen*, suelen beber alcohol.

El objetivo de nuestra pequeña excursión era comprar *pastillas* e ir a una discoteca a comprar una cinta de música, porque a la mañana siguiente Sebastián salía de viaje y quería llevársela. No pensaban entrar a la discoteca, ni quedarse allí. «Es ir y volver», me había dicho Sebastián.

Nos pusimos en marcha. La primera parada fue en un *pub* de San Juan, muy frecuentado por *bakalaeros*. Allí, Juan y Antonio entraron a ver si conseguían papel para liar el *chocolate* (hachís), y Sebastián entró a ver si alguien tenía *pastillas*. La chica y yo nos quedamos en el coche jugando con el gatito. A los cinco minutos volvió Sebastián diciendo que había un muchacho que tenía *amarillas* y *X*. Mencionó el nombre del *camello* (vendedor), y María le preguntó por el precio. Sebastián respondió que las vendía a 2.500 pesetas. Ella le pidió que comprase una de cada y le dio el dinero. Después de realizar la compra, Sebastián regresó al coche y le preguntó a María si llevaba tabaco, a lo que ella respondió que sí. Entonces le pidió el *chivato* (el envoltorio de plástico del paquete de tabaco). Metió dentro las *pastillas* haciendo una pequeña bolsa que cerró quemando el extremo con un mechero. Le dio las *pastillas* a María, y ésta se las guardó dentro del sujetador. Juan y Antonio regresaron al coche y nos volvimos a poner en marcha.

Sebastián conducía bien, pero iba muy rápido y adelantando continuamente. En ese trayecto, Juan y Antonio prepararon un *porro* (cigarro de hachís) y lo fueron pasando. Me sorprendió su destreza; parecían muy acostumbrados a hacerlo. Mientras fumaban sonaba a todo volumen la música *bakalao* en el *cassette* del coche. Seguían la música cantando y moviéndose como si bailasen. Al comenzar algunas de las canciones inmediatamente suscitaban comentarios de emoción compartida como: «Esta sí que está guapa.»

A raíz de una canción, María dijo que estaba deseando que llegara el domingo para trabajar, porque se lo pasaba *de puta madre*. Le pregunté en qué trabajaba, y me respondió que era camarera en una macrodiscoteca. Entonces, se puso a contarle a uno de los chicos que le habían ofrecido trabajar de dependienta en la tienda que también tiene el empresario de la discoteca, pero que lo había rechazado porque a ella le gustaba mucho más ser camarera que dependienta, que no se podía comparar.

A la una y cinco llegamos a la macrodiscoteca a la que nos dirigiáramos. Entramos en el *parking*, que era enorme, y aparcamos el coche. La gente iba dejando los coches junto a la pared del recinto formando un cuadrado. Cuando el primer cuadrado estaba completo, los siguientes coches iban formando un segundo cuadrado algo más pequeño, y así repetidamente. Había dos guardias de seguridad controlando que las personas que estaban en el *parking*, principalmente chicos muy jóvenes, no pusieran la música de las radios de los coches demasiado alta.

De compras en el parking

Juan y María salieron del coche y se fueron a comprar más *pastillas*, y yo les acompañé. Nos dirigimos a un coche rojo, junto al cual había un grupo de chicos. Juan se acercó a uno de ellos y le preguntó qué llevaba. Éste le respondió que tenía «*pajaricos blancos* y *moradas* a dos mil». Tuvimos que esperar un poco, antes de poder comprar, ya que en ese momento había un chico negociando con el mismo vendedor. Éste se metió en el coche, se sentó en el asiento del copiloto y sacó una bolsita de la guantera que contenía las *pastillas*. Hicieron el cambio, y el chico se fue. Entonces Juan se acodó en la ventanilla del coche y le pidió una de cada tipo. El vendedor se las dio, Juan le pagó, y nos fuimos. El *camello* tendría unos veinte años y un aspecto absolutamente normal, similar al de cualquiera de los otros jóvenes que había por allí. Juan y María ya le conocían de haberle comprado anteriormente.

Volvimos al coche. Le contamos a Sebastián cómo había ido todo. Él le preguntó a Juan si el *camello* al que habíamos comprado tenía también *cápsulas*, porque quería *pillar* una. Juan le respondió que no lo sabía, y Sebastián le pidió que fuera a ver. Juan y yo volvimos al coche donde acabábamos de realizar la compra anterior. El vendedor no tenía *cápsulas*, pero le dijo a Juan que preguntase a un grupo de chicos que había al otro lado del aparcamiento, ya que quizá tuvieran: «Ésos, que son de Barcelona. Pregúntale a uno que lleva una cazadora vaquera.» Yo miré en esa dirección y rápidamente vi al chico que llevaba la cazadora en cuestión. Pero Juan echó a andar hacia nuestro coche y no hacia el lugar donde se encontraba el vendedor de la cazadora. Le pregunté por qué no íbamos directamente, y me contestó: «A mí no me gusta hablar con personas a las que no conozco. Yo soy antisocial, y no me gusta tratar con la gente. Así que no voy a ir a hablar con Ésos.»

Llegamos al coche y le dijo a Sebastián quién podía llevar *cápsulas*. Sebastián, María y yo nos dirigimos al grupo que supuestamente podía tener las *cápsulas*. Al llegar Sebastián se dirigió al chico de la cazadora, que tendría unos dieciocho o diecinueve años. Le preguntó si tenía *cápsulas*, y el chico le respondió que sí, y que valían a 5.000 pesetas. Nos las enseñó, eran blancas y transparentes. Sebastián cogió una, le dio las 5.000 pesetas, y nos fuimos.

En la discoteca: 1.30 a.m.

Al llegar al coche, María dijo que iba a entrar a la discoteca para ir al servicio. Tenía invitaciones para entrar. Le pregunté si le importaba que la acompañase, a lo que me respondió que no. Uno de los chicos le dio a María algo de dinero, y ella me preguntó si yo llevaba también dinero para salir de la discoteca. Le dije que sí, pero le pregunté si había que pagar algo también con las invitaciones. Me respondió que para salir había que pagar como mínimo 300 pesetas, ya que debías realizar al menos una consumición, la más barata de las cuales costaba 300 pesetas. Cuando entras en la discoteca te dan una tarjeta que lleva unos recuadros con distintos precios. Al tomarte una consumición te tachan el recuadro correspondiente a ese precio. Cuando te vas tienes que presentar esta tarjeta en la puerta, y es imprescindible que haya algún recuadro tachado para que te permitan salir. En algunas discotecas debes abonar el precio de las consumiciones en una caja que se encuentra en la misma salida.

Antes de entrar en la discoteca, Sebastián nos pidió que le comprásemos en la tienda de la discoteca la cinta que había venido a buscar. Entonces los otros dos chicos empezaron a vaciarse los bolsillos en busca de dinero. Sacaron todo lo que tenían. Entre los dos reunieron unas 2.500 pesetas, y le dijeron a María que les comprase «cosas». Uno de ellos especificó que quería una pegatina, y el otro una bolsita pequeña de cuero (donde mucha gente suele guardar el *chocolate*). Le dijeron que comprara todo lo que pudiera con ese dinero. Nosotras nos metimos en la discoteca y ellos se quedaron en el coche escuchando música.

Entramos sin ninguna dificultad con las invitaciones que llevaba María, y al pasar nos entregaron la tarjeta con los precios de las consumiciones. Atravesamos una especie de *hall*, y nos adentramos en una nave bastante amplia. En uno de los laterales había una barra muy grande, y en otro una especie de barra más pequeña, que era la caja. En esos momentos había poca gente dentro de la discoteca.

Primero nos dirigimos a la barra, y pedimos cada uno un botellín de agua. En la tarjeta nos tacharon el recuadro de 300 pesetas. De allí fuimos a la caja y pagamos el importe de la consumición. Ya podíamos ir al servicio. Junto a la caja había un paso que conducía a otra estancia, en la cual se encontraba la tienda en la que teníamos que comprar las cosas que nos habían encargado. Desde esta segunda estancia se podía pasar a una nave enorme, al fondo de la cual estaban ubicados los servicios. En esta nave se encontraban la cabina del *disc-jockey* y una especie de escenario que estaba flanqueado a ambos lados por dos plataformas, encima de las cuales bailaban dos *go-gós*, una rubia y otra morena, vestidas con minifalda y camiseta.

Después de visitar los servicios nos dirigimos a la tienda. Mientras María hacía las compras yo me dediqué a observar el ambiente. No había demasiada gente, porque era aún muy pronto (la una y media), pero ya se veía movimiento. Para llenar esa discoteca hacían falta miles de personas, que se irían congregando a medida que pasase la noche, hasta llegar un momento en el que resultaría difícil bailar por la falta de espacio. Me llamó la atención que el único sitio de toda la discoteca donde se veía la gente apiñada en esos momentos era precisamente la tienda. María tuvo que hacer cola durante más de un cuarto de hora. Finalmente María hizo sus compras, me llamó, saludó al muchacho al que Juan le había comprado las *pastillas* en el aparcamiento, que también había entrado dentro de la discoteca, y salimos. En la puerta, nos pusieron un sello en el brazo, para que pudiésemos volver a entrar en la discoteca más tarde, si queríamos.

Llegamos al coche y María repartió los regalos. Al final había comprado la cinta para Sebastián, una bolsita, un llavero con el logotipo de la discoteca y varias pegatinas. A todos les encantaron las compras («¡Ah, qué guapo!», «¡iqué guay!...»), que se repartieron tras una intensa negociación. Satisfechos con lo que había dado de sí la jornada, salvo María que hubiese querido quedarse más tiempo en la discoteca *de fiesta*, volvimos a montarnos en el coche para regresar nuevamente a San Juan, repitiendo el mismo ritual que a la venida: la música a todo volumen, los porros, la conducción veloz, la agitación dentro del coche, etc. Cuando llegamos a San Juan eran las dos y veinte de la madrugada.

Salida de fiesta

Madrid, viernes 18 de agosto (1.30 a.m.)

La salida no estaba planificada, sino que surgió fruto del azar y de una petición previa a mi contacto. El viernes me encontraba yo en la calle hablando con unos amigos, cuando Julio (veintidós años, camarero), quien salía entonces de trabajar, pasó por allí y me comunicó que se iba *de fiesta*, y que si quería acompañarle. Acepté su ofrecimiento y hacía las dos de la mañana salimos en dirección al *Colleagues*, conocido local madrileño de las rutas *bakaladeras*. Me dijo que había decidido *salir de fiesta* ese día porque había cobrado 10.000 pesetas de bote, dinero que me consta se gastó a lo largo de esa noche.

El *Colleagues* es considerado un local de *bakalao suave* y, efectivamente, la música no es *tralla*, sino que tiene un cierto aire psicodélico. Tiene fama de ser un local con *buen rollo*. Abre entre semana y los fines de semana, pero una visita realizada en miércoles (aunque hay que considerar que era mediados de agosto)

nos confirmó que su apogeo se produce en los fines de semana. La hora que se considera apropiada para ir es a partir de las dos de la noche. La entrada cuesta 1.500 pesetas los fines de semana, e incluye una consumición, 1.000 pesetas los domingos y es libre entre semana. En la puerta hay dos vigilantes no uniformados, pero no observamos las medidas de seguridad que hemos encontrado en otros locales *bakaladeros*.

La decoración del local no es especialmente original ni llamativa. Se entra por un pasillo que desemboca en las primeras barras, a mano derecha e izquierda. En medio, un poco más adelantada, tras la barra central, está la cabina del *disc-jockey* o *pincha*. Enfrente de ésta se encuentra la pista de baile, de tamaño reducido, rodeada por una especie de sofá continuo por la derecha, una cuarta barra por detrás y la cabina del *D.J.* a la izquierda. Al lado de la barra del fondo está la entrada a los servicios, en la cual hay un guardia de seguridad. El agua circula normalmente en los lavabos, a diferencia de algunos otros locales en los que las llaves de los grifos de agua fría están cerradas. Después de un espacio vacío, a la izquierda de los servicios, se encuentra una de las barras que mencionamos al principio y, a su lado, el guardarropa.

Las barras están atendidas en su mayoría por hombres con el aspecto y la entonación propia de algunos homosexuales (*con pluma*), excepto la barra central, que la lleva una chica. Estimo que la capacidad máxima del local debe estar en torno a las 400 personas.

Adquisición y consumo de «éxtasis» (2.30 a.m.)

A nuestra llegada, a las dos y media de la mañana, aún había poca gente (aproximadamente unas 50 personas). Nada más llegar, Julio se dedicó a buscar *pastillas*, lo cual logró en menos de quince minutos. El modelo que adquirió, y a cuya compra no pude asistir, era de los llamados *tapones* —comprimidos de color grisáceo, pequeños (del tamaño de una biodramina, pero más gordos). Estas *pastillas* tienen buena fama entre los usuarios y son consideradas muy «bailonas». Julio compró una unidad que le costó 2.500. Se la tomó entera de una sola vez.

Antes de que la pastilla comenzará a hacer sus efectos, Julio se dedicó a saludar a conocidos y compañeros de trabajo que se encontraban en el local o iban llegando. A la hora y media aproximadamente de la ingesta, su conducta comenzó a variar. Si al principio de la noche se le veía tenso, acelerado, nervioso, poco a poco comenzó a mostrarse más y más afable. Durante ese tiempo había tomado al menos dos whiskies con coca-cola (y en toda la noche llegó a tomar diez más o menos). Una sonrisa permanente se instaló en su rostro, sustituyendo la crispación que mostraba previamente. Comenzó a bailar con mayor frecuencia. Su forma de bailar era la típica de algunos *bakaladeros* (aunque no es la única que hemos observado): la espalda ligeramente encorvada, las piernas en constante movimiento y los brazos moviéndose arriba y abajo.

La disco se anima (4.00 a.m.)

Entretanto, el local se había ido llenando. Sobre las cuatro de la mañana podría haber unas 200 personas. La pista de baile no llegó a estar nunca exageradamente

llena: había suficientes huecos para moverse con cierta libertad. En ella siempre hubo una abrumadora mayoría de hombres (por ejemplo, 20 hombres frente cuatro mujeres), que no se correspondía con la proporción entre los géneros observada entre totalidad de los asistentes. Una gran mayoría de las personas que paseaban, bailaban o estaban sentadas mostraban el típico aspecto que tienen quienes han tomado *pastillas*: sonrientes, con las piernas en movimiento, con gestos suaves, etc. Entre ellos, se prodigaban los abrazos, los intercambios afables y cortos de algunas palabras y las sonrisas. Los encontronazos, inevitables en una pista de baile, eran resueltos con una caricia, una sonrisa o un beso. La música, a un volumen muy alto, marcaba «el ritmo de la noche» (título de una canción *bakaladera*). A las caídas de ritmo provocadas por el D.J., algunos asistentes respondían con silbidos que parecían exigir más *caña*.

Otra dosis de mantenimiento (5.00 a.m.)

Sobre las cinco de la mañana, Julio, quien había seguido consumiendo whisky con coca-cola, me comunica que ha decidido tomar media *pastilla* más, a medias con un compañero. La consigue en menos de cinco minutos. Es del mismo tipo que la primera, y su precio también es el mismo.

El número de gente sigue aumentando hasta las seis de la mañana. Julio está cada vez más afable, llegando a abrazarme en ocasiones. Cada vez pasa más tiempo en la pista. Allí le veo bailar con una chica de aspecto marcadamente *bakaladero*, en contraste con él, que viste de un modo corriente. La chica lleva puestos unos pantalones negros acampanados y una camisa corta hasta la cintura. Tiene el pelo estilo años sesenta, y se encuentra claramente bajo los efectos de *pastillas*. Poco después les veo besarse en los labios con fruición. Ella va acompañada de un grupo de amigos a quienes Julio no parece conocer. Julio me comunica que la conoció el otro día en el mismo local, pero que *no tiene nada fijo* con ella. En efecto, ella parece estar al mismo tiempo a su aire, bailando con sus acompañantes y con Julio, a quien se acerca esporádicamente para bailar con él o besarle. Ella aparece y desaparece de la pista de baile. Sobre las seis y media, veo cómo Julio sale con ella, para regresar quince minutos más tarde. Me comunica que se ha ido, pero que le da igual, que está contento.

En la última hora que pasamos en el *Colleagues*, entre las siete y las ocho de la mañana, el número de gente bajó, pero el ambiente se calentó. Casi todo el mundo bailaba, pero fuera de las pistas, sin moverse prácticamente del sitio. La práctica totalidad de los que aún aguantaban parecían haber tomado *pastillas*. A Julio se le veía feliz, pletórico: bailaba con todo el mundo, se abrazaba con sus conocidos (y con desconocidos también). Poco antes de las ocho, la música cesó y salimos del local.

En busca del after (8.00 a.m.)

En la puerta, la gente se arremolinaba. Una fila de taxis esperaba a los que iban saliendo. El sol había salido, lo que acentuaba el contraste entre el ambiente cerrado del interior y el encontronazo repentino con el cielo abierto. Julio dudaba entre ir a *La Hacienda* o a *Collection*, este último desconocido hasta entonces para él. Finalmente se decidió por *Collection*, situado en la otra punta de Madrid, y

que tiene horario de apertura de ocho a doce de la mañana. Nos dirigimos hacia allí en un taxi. Durante el trayecto, Julio conversó animada y afablemente con el taxista, invitándole incluso a venir con nosotros a tomar una *copa*.

La discoteca *Collection* es mucho más grande que el *Colleagues*. Los alrededores estaban llenos de grupos de jóvenes de aspecto marcadamente *bakaladero* que venían de otros locales. La entrada costaba 1.000 pesetas, e incluía una consumición.

Nueva adquisición y más consumo (8.15 a.m.)

Nada más entrar, Julio se lanza a la busca de otra *pastilla*. Le remiten a un hombre maduro, vestido con pantalones de pinzas y camisa, que está apoyado en una de las barras hablando con la camarera. El local estaba aún semivacío, por lo que pude observar los movimientos de este hombre, a quien se le acercaban de vez en cuando jóvenes enviados por la camarera o por quien parecía ser el relaciones públicas de la discoteca. Julio habla con él, mientras yo le observo a cierta distancia. Me comunica después que se las ha ofrecido muy caras, y que va a salir de la discoteca a buscar por los alrededores. Le acompaño. Nos sellan las manos al salir, y a 50 metros de la entrada, Julio se dirige a un grupo de jóvenes de no más de veintidós años con el *look* propio de los *bakaladeros*. Negocia el precio y adquiere una *pastilla* del mismo modelo de las del *Colleagues* por 2.000 pesetas. El joven que se la vende lleva envueltas las *pastillas* en una bolsa de plástico, que guarda una chica, y parece tener de otros tipos, pues nos pregunta de cuáles queremos.

Antes de entrar de nuevo en el *Collection*, nos encontramos con la amiga de Julio a quien habíamos visto en el *Colleagues*, y que creía que Julio se había ido a casa. Éste le dice que no, que estamos en *Collection*, y a continuación nos dirigimos todos hacia allí.

La música que suena dentro del *Collection* es más dura, más *rallante*, como dicen los *bakaladeros*. Al principio la pista de baile está prácticamente desierta. Sólo bailan Julio, de vez en cuando, y dos o tres personas más. Hacia las diez de la mañana, el local se va a animando, pero la gente no se decide a bailar. La camarera baila encima de la barra, jaleando a los asistentes con silbidos y palmas, pero es inútil. Una hora y media más tarde, sobre las once y media, Julio empieza a tratar de irse, pues entra a trabajar a las doce. Pero cada vez que me dice «nos vamos», se arrepiente y vuelve a bailar. Por fin, a las doce menos diez, abandonamos el local y cogemos un taxi que nos conduce hasta Atocha, donde él trabaja. Está bastante ebrio por el alcohol, pero se le ve nervioso y alerta, pero no vacilante como sería de esperar. Nos despedimos.

Post: un día normal de trabajo y más fiesta (13.00 p.m.-10.00 a.m.)

Después, Julio me contó que ese día, sábado, trabajó hasta la una de la mañana, con un intervalo de descanso de cuatro horas al mediodía, que aprovechó para dormir, y que, después de terminar el *curro*, volvió a salir de *fiesta* hasta las diez de la mañana del domingo.

Una noche en una discoteca de *bakalao*

Madrid, viernes 24 de febrero, 12.00 p.m. En el pub de Arturo

Son las doce de la noche. Me dirijo a un *pub* de Malasaña al que suelen acudir dos parejas de conocidos, Lalo (treinta y tres años, representante de seguros), su compañera Eva (veintiocho años, secretaria), José María (veintidós años, costurero industrial) y Beatriz (dieciocho años, grabadora).

El local tiene dos barras en espacios contiguos claramente diferenciados. Una de ellas la tiene alquilada Arturo, vendedor habitual de cocaína y a veces de *pastillas* (ha vendido, que me conste, *estrellas, ovaladas blancas y tapones con pintas azuladas*), quien además realiza en ocasiones las funciones de *disc-jockey*. En la actualidad, según declara, sólo vende cocaína, pues «las *pastis* son una ruina. Te comes en una noche tres o cuatro y *te pules* los beneficios». Cuando las vendía, dice que pagaba por ellas 1.300 pesetas y las cobraba a 2.500 ó 3.000 a los clientes no habituales, y a 2.000 pesetas, a los conocidos.

Junto a la barra de Arturo, en una pequeña pista de baile, se encuentran las dos parejas a las que venía buscando. La expresión de Lalo parece indicar que ya ha tomado *pastillas*. Tiene la típica sonrisa de algunos consumidores de «*éxtasis*». Arturo ronda por el local. Entablo conversación con Lalo y me informa de que han comprado *pastis* a un amigo de Arturo, que ya no está en el *pub*, pero a quien conozco de vista. Por lo que deduzco, han comprado dos y han tomado media cada uno, pero esperan comprar más después. Han tomado también un cuarto de los *tripsis* denominados *bicicletas*. Con ellos se encuentra un amigo, Santiago (de unos veinticinco años), a quien no conozco, y que, por lo que luego observé, también había tomado *pastillas* y había comprado medio gramo de *coca* a Arturo. Charlo con Lalo y con Eva durante un rato, al tiempo que observo cómo Arturo lleva a cabo su «otro» negocio paralelo. De vez en cuando alguien se le acerca y le habla en voz baja. A continuación, Arturo se dirige a la puerta que lleva a los servicios y a un almacén en cuya puerta figura el rótulo «Privado», la traspasa y, unos minutos más tarde, vuelve a salir. Se dirige entonces al cliente, y discretamente le entrega la *papelina*. Éste le entrega el dinero, bien en la mano, con disimulo, bien pasándole el paquete de tabaco en el que van los billetes. El precio son 5.000 pesetas la *papelina* de medio gramo, que es la *postura* mínima que despacha Arturo.

La música que se escucha en el local es variada: distintos estilos musicales se alternan en bloques, desde la *salsa* hasta el *bakalao*. El *pub* no es *bakaladero*. Tanto en ésta como en muchas otras ocasiones anteriores en las que he estado aquí, la clientela más habitual los fines de semana es la típica de la zona: gente de entre veinte y treinta años, sin indicios de ser consumidores de drogas, que entran a tomar una copa y a bailar un rato. Entre semana es diferente: se instala en la pista una mesa de billar y los asiduos son conocidos de Arturo, que van a tomar una cerveza y a jugar una partida y, si se tercia, a *meterse* unas *rayas* de *coca*.

En la zona de los servicios, además del de hombres y el de mujeres, hay otros dos más, uno sólo con un lavabo y el otro sólo con un retrete, donde los consumidores de *cocaína se meten las rayas*. Observo que Lalo y Santi se dirigen en un par de ocasiones hacia allí, sin duda, a *ponerse un tiro*.

El comportamiento del grupo es muy normal. Sin llegar a bailar se mueven al ritmo de la música. Josema y Bea están más serios, mientras que Lalo y Eva muestran una sonrisa más clara. Hablan poco entre ellos. Lalo me dice que tienen pensado ir al *Colleagues*. Yo me ofrezco a ir con ellos y llevarles en mi coche. Se lo comunica al resto del grupo que accede. Me pide que antes pasemos por su casa y por la de Santi. Él quiere recoger algo de *hachís*, y su amigo un *tripi* que piensan compartir.

A la disco (1.30 a.m.)

A la una y media, Lalo, su compañera, Josema, Bea, y yo salimos del local y, tras pasar por casa de Lalo y de Santi, tiramos para el *Colleagues*, donde llegamos a las dos menos cuarto. Antes de entrar, Josema *lía un canuto* y Santi prepara unas *rayas* que todos comparten. Dentro, me dicen (y me consta), está «muy controlado». Una vez dentro, previo pago de 1.500 pesetas cada uno, nos dirigimos hacia la pista de la derecha, al fondo. No está *a reventar* como suele los sábados, pero está bastante lleno. El tipo de gente, sin embargo, no es la que he visto en otras ocasiones: hay menos *bakaladeros*, los *camellos* que conozco no están en sus rincones habituales... hay un ambiente algo más *pastelero*. Incluso la música es más *pastelera*, más suave, melódica y *pringá*. Esto no es sólo una impresión mía: Lalo y Josema me comentan lo mismo. Recuerdo entonces que Arturo me había contado que hacía dos fines de semana habían hecho una redada. Según su relato, había entrado la policía secreta y había sacado a unos cuantos para registrarles fuera. Esto explicaría la ausencia de los *camellos* «oficiales».

Se comen un dragón entre cuatro (3.00 a.m.)

Son las tres. Durante esta hora Santi, tras repartir entre los cuatro un *tripi* modelo *dragón*, que previamente había ido a cortar al coche, desaparece y no lo vuelvo a ver. Cuando pregunto por él, Lalo me responde que «estará por ahí». Parece ser que conoce gente en el *Colleagues*, y que normalmente no forma parte de este grupo. Según transcurre el tiempo, las caras y los discursos van variando: Lalo está cada vez más sonriente, pero sigue produciendo un discurso muy coherente; Eva parece la menos afectada. Josema, pese a tener una expresión más o menos sobria, muestra, en su hablar, que está cada vez más *pedo*; y, por último, Bea, tampoco parece muy *pedo*. Bea busca a una amiga suya para comprar *pastillas*, pero no la encuentra.

Consumo en el aparcamiento (4.00 a.m.)

A las cuatro, mis acompañantes deciden salir del local al coche, porque se quieren *meter unos tiros* y fumarse un *porro*. Salimos y, tras pedir las llaves al aparcacoches, entramos los cinco en el coche. En el asiento delantero, junto a mí, se sienta Eva. En la parte de atrás, Josema se coloca en el medio, apoyado sobre Bea y con las piernas cruzadas por encima de Lalo. Éste, tras preguntarme si quiero (a lo que contesto que en ese momento «no») prepara cuatro *rayas* sobre una cartera. Esnifa la suya, y se la pasa a Bea, quien hace lo propio. Al llegar a Josema, éste torpemente tira lo que queda. Nadie parece enfadarse. Entre risas, Lalo prepara

dos *rayas* más para Josema y para Eva. Después, Josema comienza a *liarse un porro*, tarea que le lleva más de un cuarto de hora, debido, según dice el mismo a que está «*mu*» *moco*». Cuando lo logra, el *canuto rula* de mano en mano.

Adquisición y consumo de «éxtasis» (4.30 a.m.)

A las cuatro y media volvemos a entrar en el *Colleagues*. Lalo intenta de nuevo comprar un par de *pastillas*. Decido acompañarle. Después de dar la vuelta al local, vemos cómo, en la parte de arriba, una chica de aproximadamente dieciocho años parte una *pastilla* y se la da a su acompañante. Lalo les pregunta si saben quién tiene *pastis*, y ella le responde que ellos no, que la acaban de comprar abajo. Cuando le insiste y le pregunta que a quién, ella se muestra recelosa y le responde evasivamente que «por ahí». De vuelta abajo volvemos a ver a otra persona (un chico de unos veintidós años) dando una *pastilla* a un amigo. Lalo le pregunta, y sin vacilar le dice «¡ven!», y le lleva hasta la barra delantera, donde apoyado en la barra hay un joven de unos veinticinco años de aspecto normal, vestido con ropa vaquera. Se lo señala y a él le hace un gesto significativo. Lalo le pregunta si tiene *pastis*, y el chico le responde que cuántas quiere. Lalo le pregunta que de qué tipo son. Le dice que tortugas, redondeadas por arriba y planas por debajo. Lalo le pregunta por el precio, que resulta ser 2.000 pesetas, y le pide dos. Las saca envueltas cada una en papel de plata y se las da con disimulo. Al sacar Lalo la cartera para pagarle, el chico le hace bajar la mano y sacar cuidadosamente el dinero. Le paga y volvemos con el grupo. Lalo coge una de las *pastillas*, la divide en cuatro partes y cada uno se toma una.

Desde las cinco hasta las siete en que cerraron el *Colleagues* estuvieron bailando y sonriendo, aunque la música no terminaba de ser de su agrado, sin apenas conversar. Salieron en una ocasión para que *meterse una raya* de coca, momento en el que tuve ocasión de observar que todos ellos tenían un discurso confuso, en el que se entremezclan comentarios estúpidos con repentinos estallidos de risa.

A la hora del cierre del *Colleagues* plantean la posibilidad de ir a otro sitio, pero Bea tiene que ir a recoger un niño, de cuya guardia se va a ocupar, a las ocho de la mañana. Así que les llevo hasta la casa de Lalo. Durante el trayecto me parece observar cierta actividad sexual en el asiento de atrás.

Fin de año

Madrid, 31 de diciembre, 2.00 a.m. Tras las uvas, la espera de la fiesta

A las dos de la madrugada me reúno con Daniel (veinticuatro años) y dos amigos suyos, Joaquín (veinticuatro años) y Ramón (veinticuatro años), en el lugar en el que habíamos concertado por la tarde. Joaquín va de *smoking*; Ramón viste de *sport* y Daniel lleva traje oscuro y corbata, ropa inusual en él. Los planes para la noche son: primero ir a una discoteca donde Joaquín es propietario de una de las barras (este sitio no les gusta mucho, pero no tienen que pagar las 6.000 pesetas que cuesta la entrada) y finalmente acabar en la *Musical Nave*. Todavía no saben qué harán en el intermedio.

Daniel lleva en el bolsillo una pastilla de «éxtasis», que había comprado para la ocasión al hermano de Joaquín al precio de 1.500 pesetas, y Joaquín lleva otros

dos comprimidos como el de Daniel y uno más de color rosa de la misma procedencia. Al encontrarse comentan lo que llevaban cada uno, se lo enseñan y lo guarda todo Daniel.

Nos montamos en el coche de Ramón, quien conducirá toda la noche. Les pregunto *cómo van de puestos*, y me responden que *llevan el puntito* de haber cenado con vino y cava.

Llegamos al primer sitio previsto, en el que permanecemos unas dos horas. Normalmente el ambiente de este sitio es poco *fiestero*, aunque me dicen que últimamente están poniendo más *bakalao*, cosa que cada vez ocurre más a menudo en todas las discotecas. El lugar está hasta los topes, hay mucho *ambiente*. La mayoría de los presentes van trajeados y no parece que hayan tomado «*éxtasis*», cosa que Daniel y Joaquín me confirman. Mis acompañantes charlan animadamente y beben, pero no bailan, porque la pista está abarrotada. Se encuentran a muchos conocidos que frecuentan este local y a los que saludan. Joaquín me comenta que el «*éxtasis*» tendrá que esperar, porque el sitio no es el indicado y, sobre todo, porque todavía queda mucha noche. Se incorpora al grupo una amiga, Beatriz (veintiún años), con la que habían quedado, y que a partir de entonces pasará con nosotros el resto de la noche. Después de haber tomado tres o cuatro copas, y cansados de este primer sitio, deciden ir a una fiesta privada de unos amigos de Joaquín, donde tampoco tendrán que pagar.

La fiesta se celebraba en un local que habían alquilado los amigos de Joaquín para la ocasión en un rascacielos de la zona de AZCA. Vamos allí los cinco en el coche. Recién entramos noto que la fiesta no es de su agrado. Me dicen que, aunque no tenían muchas esperanzas, soñaban con encontrar ya algo de música y ambiente *fiestero*. Sin embargo, la gente es muy parecida a la del sitio del que veníamos, y la música está muy baja. Dicen que no se aburren, pero desde que llegamos sólo hablan de marcharnos. No tienen apenas amigos entre los asistentes a la fiesta, aunque algunos son conocidos. Después de un par de *copas*, a las cinco de la mañana, Ramón y Daniel deciden tomarse media *pastilla* blanca. Le pregunto a Joaquín por qué no lo hace él también, y me responde que todavía *va bien de alcohol*. Beatriz, ante la misma pregunta, me contesta que ella no toma *pastillas*.

En busca de marcha (4.00 a.m.)

Finalmente decidimos marcharnos a otra parte. Al salir, oímos música *bakalao* procedente de una fiesta desconocida, e intentamos entrar sin pagar, pero no nos lo permiten. Ramón y Daniel me comunican su decepción, ya que *estaban de subidón* y esa fiesta parecía ser la solución a la noche. Proponen ir a un sitio *bakaladero* del centro de Madrid, UR80, al que se supone que pasaremos gratis porque Joaquín, como siempre, es amigo de uno de los relaciones públicas del local. Nos dirigimos allí pero, para su desdicha, el amigo de Joaquín no puede pasar más que a dos personas, porque es fin de año y «todo el mundo ha pagado unos cuantos *talegos*».

Bastante decepcionados, dejamos UR80 para dirigirnos a otro local *bakaladero*, *Filón*. Este sitio es frecuentado sobre todo por homosexuales masculinos, pero también van heterosexuales. Se trata de uno de los sitios más *in* de Madrid, y en el que se consume «*éxtasis*» de modo generalizado. Con una enorme expectación, y sin tener que pagar, entramos a *Filón*, pero el ambiente vuelve a decepcionarnos puesto que no hay demasiada gente y están cerrando.

Un último intento (7.00 a.m.)

Volvemos a coger el coche para dirigirnos a un conocido *after hours bakaladero*, el *Goa*, en el que Joaquín tuvo durante bastante tiempo una barra alquilada, por lo que conoce a todo el mundo. En este nuevo sitio nos encontramos una vez más con que *la fiesta* se ha terminado. No obstante, nos tomamos una *copa* antes de intentarlo en otro sitio. Son las siete de la mañana. Mis acompañantes tienen muchísimas *ganas de marcha*, y se les notan claramente los efectos del alcohol y las *pastillas*. Empiezan a enfadarse. Joaquín y Daniel se echan las culpas mutuamente por el aparente desastre de la noche. Finalmente deciden probar suerte en un último sitio, donde esperan encontrar con toda seguridad *la marcha* y el ambiente que van buscando, la *Musical Nave*.

Cogemos nuevamente el coche y nos trasladamos al *Musical Nave*. Mientras nos desplazamos, la música *bakalao* suena a todo volumen en la radio del coche, y todos siguen el ritmo con las manos y los pies. Al llegar vemos una cola inmensa junto a la entrada. Ellos señalan que es un signo inequívoco de *la marcha* que debe haber dentro. La entrada cuesta 3.000 pesetas, y da derecho a tomar dos *copas*. Nos medio, colamos evitando la terrible cola, y al bajar la escalera que da entrada a la discoteca empezamos a oír la música que tanto esperaban. Me cuentan que distinguen entre *música fiesta* y *bakaladera*, siendo la primera más tranquila y con letra. En esta ocasión prefieren la *bakaladera*, ya que ésta es más dura, más *marshosa*. Nada más entrar nos encontramos a gente conocida. El grupo se amplía, aunque no permanece junto todo el tiempo. Daniel y Ramón se incorporan a la pista y allí, junto con otras personas a las que no conocen de nada, forman el típico grupo característico de las discotecas *bakaladeras*: un conglomerado de personas anónimas, que bailan, comparten las *copas* y el tabaco, se sonríen y abrazan, como si algún felicísimo acontecimiento les uniera a todos. A Daniel le ofrecen *popper*, pero no acepta. Una rubia con la que más tarde establecerá una «momentánea relación afectiva» se le acerca y le pide *pastillas*, pero él le contesta que no tiene. Durante este tiempo Ramón y Daniel vuelven a tomarse media *pastilla* más primero, y otra media después. Cada media hora como mucho, al igual que el resto de la gente, van al servicio a mojarse la cara y la nuca, y a beber agua. Las cosas parecen haberse arreglado, al encontrar por fin lo que querían, así que Joaquín y Daniel se reconcilian con un abrazo muy efusivo.

El público de la *Musical Nave* es el habitual de otras noches. Hay un mayor número de hombres que de mujeres, en una proporción de ocho a dos, con edades comprendidas entre los veinte y los treinta años. Entre las chicas se nota más que es fin de año, por sus vestidos más sofisticados. Los hombres, por el contrario, llevan una indumentaria similar a la de otras noches: camiseta ajustada, vaqueros, botas y pelo corto. Me parece percibir que muchos de los presentes han consumido *pastillas*, entre otros signos, por las amplias y algo flojas sonrisas que resplandecen en muchos rostros, la típica sonrisa de *extasiado*.

Dejamos a Joaquín en casa (12.00 p.m.)

Son las doce de la mañana y van a cerrar la *Musical Nave*. Joaquín y Beatriz han desaparecido. Ramón y Daniel han hecho grupo en el centro de la pista con algunas otras personas y hablan de hacer algo más, dado que esto se acaba, pero su *marcha*, no. Finalmente el grupo se disgrega y nosotros tres decidimos ir al

reencuentro de Joaquín, a quien hemos perdido. Daniel y Ramón creen que se ha ido a su casa. Nos dirigimos allí y, efectivamente, allí está. El no quiere seguir *la marcha*. Sólo ha tomado alcohol esa noche, no se encuentra bien y acaba de *potar* (vomitar). Le dejamos en su casa medio inconsciente y nos marchamos a un local *bakaladero* de las afueras, *Infinity*, en el que trabaja un amigo de Daniel y Ramón.

Fin de fiesta (14.00 p.m.)

Cuando entramos en el *Infinity* nos encontramos a la gente con la que habíamos estado formando grupo en la pista de la *Musical Nave*. Intercambiamos un rápido y poco efusivo saludo con ellos, y nos colocamos en un lugar distinto de la sala. Los vínculos de amistad, que bajo los efectos de las *pastillas* parecían tan fuertes pocas horas antes, habían desaparecido por completo. Daniel me explica que cuando se está muy *de subida* con las *pastillas*, la empatía es máxima, pero *al bajar* los efectos, se vuelve a ser persona normal y reaparece la distancia habitual que separa a todos los desconocidos; desaparece la «gran alegría» y «gran emoción» que produce el «*éxtasis*». Durante tres cuartos de hora Ramón y Daniel se muestran muy animados. Ramón se ha tomado media *pastilla* más. Pasado este tiempo, Daniel empieza a decaer, y los síntomas del *bajón* empiezan a ser patentes en él. Me explica que ha tomado demasiado alcohol, y que sus síntomas se deben a esto. Decidimos volver a Madrid.

Ramón conduce muy despacio, como lo ha hecho toda la noche, a pesar de su estado de euforia. Le pregunto por qué conduce así, y me responde que siempre cuida la seguridad en la conducción por muy *puesto* que esté. Nos deja a cada uno en casa, y la celebración del fin de año se da por terminada. Daniel presenta un aspecto terrible: sus habituales ojeras son ahora mucho más profundas y oscuras, y su postura trasluce el agotamiento, lo mismo que sus reacciones, o la falta de ellas: se muestra impasible ante la realidad exterior, y desinteresado por los estímulos que aparecen. Les deseo una pronta recuperación y nos despedimos.

VII

EL MERCADO DE «ÉXTASIS» EN ESPAÑA. NOTAS INTRODUCTORIAS

INTRODUCCIÓN

En las dos últimas décadas se ha consolidado en nuestro país un amplio y estable mercado de drogas ilegales, basado en tres productos «estrella»: el hachís, la heroína y la cocaína. El comercio de esas drogas es un negocio millonario, uno de los sectores más pujantes de la abultada economía informal de nuestro país. La popularización del «éxtasis» en su forma actual constituye un nuevo sector de ese mercado, basado en una mercancía que satisface una nueva demanda, todavía en rápido crecimiento. En España, como en otros países europeos, el de «éxtasis» es el mercado de drogas más reciente y se asienta en un entorno donde ya están establecidos otros sistemas ilegales de distribución de drogas, con los que mantiene una relación aún no bien conocida. A su vez, todos los mercados nacionales de drogas son ramas de una industria multinacional con un vasto nivel de ingresos y formas peculiares de promocionar sus productos y de «blanquear» sus beneficios (Dorn, Murji y South, 1992).

A diferencia de los otros mercados, el del «éxtasis» no se basa en materias primas producidas en zonas del Tercer Mundo, sino en productos de la industria química occidental; es un producto del Primer Mundo para el Primer Mundo. Sus cadenas transactivas no comienzan, por tanto, en manos de campesinos en Suramérica, en Asia Central u Oriental, o en el norte de África, sino en laboratorios europeos o norteamericanos, en el corazón del mundo desarrollado.

Hasta finales de los años setenta, España era un lugar de tránsito en algunas de las principales rutas internacionales del tráfico de drogas. Por ejemplo, la mayoría de las grandes partidas confiscadas antes de 1978 (como los 7 kilos de heroína aprehendidos en Barajas en 1977 a un viajero tailandés)¹ iban encaminados a la venta y el consumo exterior. Ese papel de «escalón» se ha incrementado durante la última década, sobre todo para la cocaína y el hachís. Desde finales de los setenta, no

¹ Esa aprehensión supuso el 99 por 100 del total de heroína confiscada ese año en España.

obstante, una porción creciente de la droga que entra en España ha ido quedándose aquí para ser consumida localmente. Desconocemos cómo el naciente mercado local se fue vinculando a las grandes tramas internacionales de distribución de drogas. La construcción de ese «narcoducto», o mejor, de ese múltiple tejido capilar, es uno de los aspectos de esta economía, que apenas se ha estudiado en nuestro país, siquiera someramente, más allá de algunos reportajes periodísticos centrados en sus aspectos más llamativos y escandalosos.

La expansión del consumo y distribución de las drogas de diseño que nos conciernen aquí suponen un nuevo episodio del crecimiento y adaptación de ese mercado transnacional a las demandas y las circunstancias demográficas, culturales y monetarias actuales. Por ello, es necesario atender en cualquier estudio tanto al consumo como a la distribución que lo nutre y con la que guarda complejas interrelaciones. Las drogas de síntesis tienen ciertas peculiaridades de cara a su elaboración y comercialización ilícita. Por ejemplo, se trata de drogas

mucho más difíciles de detectar (...). Su enorme potencia facilita el tráfico y la distribución; por ejemplo, un gramo puro de metilfentanil transportado a cualquier parte del mundo puede ser posteriormente «cortado» en centenas de millares de dosis. Los laboratorios pueden montarse y desmontarse sin grandes dificultades, así como ser transportados a cualquier parte de cualquier continente (...). No es nada difícil que químicos «legales» sinteticen clandestinamente estas drogas en los laboratorios comerciales donde trabajan (...) (*Camí, 1989: 21*).

Por otra parte, las materias primas para elaborar tales sustancias son más fáciles de obtener en Occidente que las necesarias para producir cocaína, heroína o hachís y, como decimos, a diferencia de éstas, provienen de la industria química de países industrializados y no del mundo en desarrollo. En su revisión del desafío que para el sistema internacional de control de drogas suponían estas nuevas sustancias, especialmente los derivados anfetamínicos de anillo sustituido, Remberg y sus colaboradores concluían que

hay una gran variedad de opciones en el material de inicio, muchas variaciones en la ruta de síntesis, y una gran variedad estructural del producto final. Además, los márgenes de beneficio son impresionantes. Una vez los laboratorios están instalados, una inversión de poco más de un dólar en agentes químicos, por ejemplo, puede generar un gramo de MDMA, con un valor aproximado en el mercado ilícito de entre 100 y 600 dólares, que, cortado a los niveles del menudeo, produce aún mayores beneficios (*Remberg, Nikirov y Buchbauer, 1994: 2*).

Estos mismos autores, en su análisis de las posibilidades de conversión química de sustancias afines, apuntaban cuán «adaptable» era el sistema clandestino de manufactura de drogas «de diseño» y cómo planteaba decisivos desafíos al sistema dominante de control de precursores (sustancia a sustancia, con listas cerradas, ciertas exenciones, falta de previsiones para el isomerismo, para las preparaciones, etc.) (*ibid.*: 1).

El crecimiento del comercio de esas drogas ofrece, por tanto, nuevas oportunidades al que quizá sea «el área de mayor crecimiento del crimen internacional»

organizado y, sin duda, una de las áreas que más ha estimulado y estimula los esfuerzos legislativos y policiales en Occidente (Dorn, Murji y South, 1992: ix). Los mercados de drogas no pueden estudiarse independientemente de esa legislación y represión, que constituyen factores «ambientales» decisivos en la evolución de su estructura. La organización del mercado está directamente relacionada con el esfuerzo de control, ya que una parte fundamental de los costes añadidos y de las acciones incluidas en los mercados ilegales se dedican a superar, burlar o contrarrestar esa persecución (Reuter, 1989, 1983). Y esto es tan importante para comprender esos mercados que, en buena lógica, *debemos considerarlos como mercados de servicios más que de mercancías o manufacturas*, pues la mayor parte del valor añadido en la «droga» distribuida proviene no de su elaboración, sino de su envío, almacenaje, protección y entrega a través de específicos territorios sociopolíticos.

El control de las drogas de síntesis presenta especiales problemas, legislativos, jurídicos y policiales, llegando incluso a plantear «nuevos espacios jurídicos» en algunos aspectos, como el control de los análogos. Por eso, incluiremos algunas breves referencias a la legislación y jurisprudencia respecto al «éxtasis» en nuestra descripción de este mercado, aunque en un futuro próximo esperamos tratar este tema con mayor atención y detalle.

BREVE HISTORIA DEL MERCADO MUNDIAL DE «ÉXTASIS»

Antecedentes: la prohibición norteamericana

La MDMA y sus derivados se viene fabricando y distribuyendo en Estados Unidos desde finales de los años sesenta. A principios de los setenta, la DEA (Drug Enforcement Agency) lo encontró por primera vez en el comercio ilegal, pero no se penalizó al no considerarse «droga de la calle»². Parece que durante los setenta, el uso clandestino de esa sustancia fue muy limitado y sólo comenzó a popularizarse en contextos psicoterapéuticos y espirituales a finales de esa década (Beck y Rosenbaum, 1990; Eisner, 1989). A mediados de los ochenta, sin embargo, el incremento de su uso, tanto en entornos estudiantiles como en un ambientes nocturnos, sobre todo en Texas³, llevó a la DEA a proponer que se incluyera a la MDMA en la lista más restrictiva del Controlled Substances Act (CSA) basándose en que esa sustancia tenía «un alto potencial de abuso, ningún uso médico aceptado y una aceptada falta de seguridad para su uso en cualquier tratamiento»⁴. Al año siguiente, en julio de 1985, siguiendo esos mismos argumentos, se incluyó unilateralmente, y por el procedimiento de urgencia, esta sustancia en esa lista primera («*Schedule I*») de las sustancias fiscalizadas por la ley de 1970 —la «Controlled Substances Act». Esa lista incluye a las sustancias pretendidamente más peligrosas y que no tienen ningún uso terapéutico aceptado,

² El primer encuentro de la DEA con MDMA del que tengamos noticia se produce en 1972, en forma de una muestra callejera comprada en el área de Chicago (Beck y Rosenbaum, 1990: 304).

³ En Dallas llegó a ser tan popular que diversos bares de alterne la dispensaban a clientes que pagaban por el «éxtasis» con sus tarjetas de crédito.

⁴ Federal Register, 49, 146, 27 de julio de 1984: 30210-11.

como la heroína, la metacualona y también la LSD y «virtualmente todas y cada una de las drogas psicodélicas conocidas» (Beck y Rosenbaum, 1990: 304).

En 1986 las Naciones Unidas, aconsejadas por la OMS, incluyeron también al «éxtasis» y cinco de sus análogos más en la lista I del Tratado sobre Materias Psicoactivas de la Convención de Viena.

Ese mismo año, con el objeto de que tal «criminalización» del MDMA y otras drogas de laboratorio no se viera burlada mediante la fabricación de congéneres químicos, la DEA consiguió que se promulgase la «Controlled Substances Analogs Act», una medida legal específicamente «diseñada» para las drogas de síntesis, que permite perseguir a los fabricantes y distribuidores de sustancias que tienen una estructura análoga a las incluidas explícitamente. Las drogas de síntesis abrían así un nuevo espacio jurídico y represivo que se irá haciendo cada vez más internacional.

Estas medidas provocaron un intenso debate en diversos círculos expertos en Estados Unidos y una gran campaña de prensa respecto al «éxtasis», que ampliaron internacionalmente su conocimiento y popularidad. Un grupo de intelectuales y estudiosos del uso de drogas apelaron la decisión de la DEA en los tribunales de Estados Unidos, y consiguieron una sentencia que obligaba a la agencia federal a reconsiderar su decisión durante un tiempo. A primeros de 1998, sin embargo, la DEA promulgó una norma definitiva («*final rule*») por la que colocaba a la 3,4-metilendioximetanfetamina (MDMA) y a sus congéneres entre las drogas más perseguidas ⁵.

Al ser incluido en la lista de fiscalización más restrictiva, lo que la convertía en droga «dura» desde el punto de vista policial y judicial, el «éxtasis» ya se encontraba a la venta en más de veinte Estados norteamericanos; ya había adquirido el *status* de «*love-drug*» y «*party-drug*», tenía éxito en los campus universitarios y era vendido públicamente en los bares. A partir de entonces se abrió una nueva era del mercado de MDMA y análogos, caracterizado por desarrollarse en un entorno de persecución e ilegalidad ⁶. Resulta de gran interés comparar la situación previa a la legalización con la que existió posteriormente. La expansión del «éxtasis» en Europa ha tenido lugar sobre todo en ese contexto «prohibicionista».

El comercio en Europa: un objeto de consumo masivo

El comercio masivo de «éxtasis» se desarrolla en Europa a partir de 1988. En los años anteriores había ido apareciendo en Ibiza, en Manchester, Londres y otras ciudades inglesas en pequeñas partidas que procedían casi siempre de Estados Unidos. Poco después se introduce en algunas zonas de Alemania y Holanda, sobre todo

⁵ Esta norma, que emana del administrador general de la DEA, clasifica a la MDMA como un «alucinógeno de la lista primera» y concluye, para la Agencia estatal, la apelación a la inclusión de urgencia que se publicó en octubre de 1986. La norma «impondrá los controles reguladores y criminales de la Lista I sobre la manufactura, distribución y posesión de MDMA» (Federal Register, vol. 53, núm. 24, 22 de febrero de 1988).

⁶ La MDMA había sido restringida en el Reino Unido en 1971, pero en un contexto mucho menos criminalizado y alarmista que el que se dará a partir de 1986.

en Amsterdam, que, en unos años, se consolidará como el centro de la distribución de esta droga a nivel europeo.

En Amsterdam aparecerá en un primer momento en los circuitos terapéuticos y esotéricos (como el movimiento *New Age*, los *Baghwan*, etc.). A continuación se extenderá entre los consumidores «de casa» y más tarde a los de «fuera», que constituían la movida nocturna de Amsterdam, especialmente en las «houseparties». Amsterdam adquirió entonces fama de tener la mejor «movida» de «éxtasis» en Europa, y se convirtió en un importante centro de distribución (Korf y Verbraeck, 1993).

En el protagonismo de Amsterdam ha podido influir el que Holanda incluyese la MDMA en las listas de fiscalización algo más tarde que otros países europeos. Hasta 1988 el «éxtasis» no entraría en la lista primera de la «Ley Nacional del Opio». Esto fue debido sobre todo a la presión extranjera que consideraba Holanda como el país de tránsito de la sustancia.

En los primeros años ochenta existía cierto consumo de «éxtasis» en Amsterdam y así lo constataban algunos consumidores que habían tomado sus primeras pastillas en ese período y que fueron contactados en una de las primeras investigaciones sobre el consumo del «éxtasis» en Amsterdam (Korf, Blanken y Nabben, 1991). Más recientemente, Korf y Verbraeck han analizado detalladamente el mercado del «éxtasis» en Amsterdam sobre todo en sus escalones superiores utilizando métodos etnográficos y entrevistas en profundidad a traficantes y distribuidores de «éxtasis» holandeses (1993)⁷. Según estos autores:

Con anterioridad al verano de 1988 existían ya redes de distribución en Amsterdam, pero eran bastante pequeñas y pasaban normalmente por un máximo de dos escalones entre importador y consumidor. Cuatro de nuestros informantes habían probado y distribuido sus primeras pastillas antes del verano de 1988, siendo dos los que conocían su existencia. Sin embargo, ninguno de los seis conocía la existencia del «éxtasis» antes de finales de 1985. Algunos leían artículos sobre la nueva sustancia en la revista inglesa *The Face* (Korf y Verbraeck, 1993: 169).

La evidencia disponible indica que hasta el verano de 1988 este tipo de drogas se consumía poco, aunque se exportaban y traficaban algunos cargamentos de «pastillas». En este período, Amsterdam funcionaba como centro exportador, generalmente de mercancía que provenía de Estados Unidos. Cuando llegaba una partida, generalmente de miles o, a lo sumo, de decenas de miles de unidades, una pequeña porción se guardaba para el mercado local, mientras la mayor parte era exportada clandestinamente a otros países de Europa. Tres de los informantes de Korf y Verbraeck conocieron a principios de 1986 a un americano y a un inglés que habían importado los varios alijos de píldoras de «éxtasis» desde Estados Unidos e intentaban venderlas

⁷ KORF y VERBRAECK entrevistaron a 15 traficantes y vendedores de diversa importancia, desde la manufactura al menudeo. Utilizaremos extensamente los resultados de estos autores como base de la descripción de la escena de Amsterdam y como elemento de contrastación con la situación española.

en fiestas organizadas por ellos mismos, en clubs, «coffeeshops» y a través del contacto con algunas redes de traficantes de otras drogas. Los tres informantes estaban impresionados por la nueva sustancia e intentaban interesar a sus amigos. Pero el «éxtasis» era todavía una droga casi desconocida y en los meses de máxima demanda apenas vendían más de unas decenas de pastillas.

En ese momento, Amsterdam no era el único centro de distribución de «éxtasis» en Europa. Si bien desde Amsterdam se realizaban exportaciones a Ibiza, también se movían por allí pastillas fabricadas en la misma península Ibérica que eran transportadas a esa isla, y también hay indicios de fabricación, distribución y consumo a pequeña escala en otros países europeos como Alemania, Bélgica, etc. (véase tabla 7.1).

Tras el verano de 1988 y la popularización del «acid house» en Inglaterra, se organizaron las primeras «*house parties*» de grandes dimensiones en Amsterdam, donde se vendieron muchas pastillas, al parecer todavía fabricadas en otros países, sobre todo en Norteamérica. Y con gran frecuencia eran jóvenes ingleses, que viajaban al continente para una de esas fiestas multitudinarias, los principales clientes. Uno de los detallistas entrevistados por Korf y Verbraeck recuerda esos primeros eventos y la llamativa presencia del «éxtasis»: «En una de estas fiestas llevaba un nicky con la palabra *ecstasy* y en menos de cinco minutos vendí 20 dosis a los “*kids*” ingleses» (1993: 70).

La mayoría de los usuarios, sin embargo, tuvieron su primera experiencia en los últimos años ochenta, y todavía en 1988 y en 1989, la mayoría de las píldoras se importaban de otros países:

La vida nocturna de Amsterdam conocía por primera vez el «éxtasis» en los inicios de 1989 en forma de cápsulas con un polvo amarillento y de pequeñas pastillas color rosa, ambas producidas en España. También fueron distribuidas en ese momento pastillas blancas con una raya en medio que habían sido fabricadas por la firma alemana Imhausen. Esta firma alemana realizaba una producción a gran escala. En 1989 fueron confiscadas casi un millón de pastillas en un almacén de la calle Singel en Amsterdam. Suponemos que deberían existir más almacenes Imhausen ya que uno de los traficantes de «éxtasis» entrevistado vendió «éxtasis» hasta el verano de 1990 (Korf y Verbraeck, 1993: 171).

Durante los años 1989 y 1990 circularon diferentes imitaciones en forma de cápsulas y comprimidos que no contenían MDMA ni ninguna otra droga de tipo «éxtasis», junto a muestras (como los famosos «stanleys»), que tenían una riqueza bastante alta. Todavía en el verano de 1989, sin embargo, no era fácil obtener auténtico MDMA en la «movida» nocturna de la ciudad. Dos informantes declararon que en ese período andaba por Amsterdam un americano que importaba pequeñas cantidades de polvo de MDMA desde Estados Unidos, troquelando con él pastillas de muy mala calidad. También existían pequeños laboratorios que producían «éxtasis» en forma de polvo, cápsulas y pastillas mal troqueladas para un circuito reducido de consumidores. En ese verano se organizaron grandes «house-parties» en Amsterdam. Si bien se traficaba

mucho en esas fiestas, los primeros traficantes entrevistados declaraban que se trataba sobre todo de anfetaminas y pastillas de poca calidad.

A pesar de esos «humildes» inicios, Amsterdam se convirtió pronto en el centro de distribución de «éxtasis» para el resto de Europa, sobre todo cuando la fabricación se fue concentrando en zonas cercanas a esa ciudad.

1990: Fabricación a gran escala en Europa

Según Korf y Verbraeck, sólo desde 1990 aparecen en el mercado las primeras pastillas procedentes de grandes laboratorios holandeses que producían cientos de miles de unidades cada vez, y sólo en este momento se puede hablar de la compleja escala de distribución que describiremos más adelante y que corresponden a una fase de producción y consumo masivo. Las primeras pastillas profesionalmente troqueladas de las que tenemos noticia eran pequeñas y altas, conocidas en la movida de Amsterdam como «*tenmeties*» (taponos) y unas pastillas grandes de color marrón que eran vendidas como «*salmiakjes*» (regalices). Estas pastillas se consumieron mucho entre 1990 y 1991, hasta que el laboratorio que las sintetizaba fue descubierto y desmantelado en febrero de 1992.

A partir del verano de 1990, obtener pastillas de calidad en el mercado holandés se irá convirtiendo en una tarea cada vez más fácil para los distribuidores y «camellos» con contactos locales. El nuevo mercado se estaba ampliando y consolidando, apoyándose en una manufactura local en expansión, lo que se manifiesta por la producción y distribución no sólo de grandes cantidades de pastillas, sino también de un gran número de variantes. Según datos del Instituto para la Prevención de Alcohol y Droga en Amsterdam (IADA), que comenzó en 1989 a analizar las pastillas existentes en el mercado negro, durante 1991 se pasó de analizar de 4 a 6 a variantes por trimestre a analizar más de 20 variantes. También avala esta tesis, el creciente descubrimiento, en ese período, de laboratorios clandestinos de MDMA en la misma Holanda y en otros países limítrofes, como Alemania y Bélgica (véase tabla 7.1).

En Europa, por lo tanto, en los años 1990 y 1991 se desarrolla la producción masiva de «éxtasis» de calidad suficiente y constante para abastecer a un mercado trasnacional que comienza a consolidarse. Esto confirma nuestro modelo sobre el salto del consumo del «éxtasis» en España a partir de 1991 y sobre todo de 1992.

EL MERCADO DE «ÉXTASIS» EN ESPAÑA: APUNTES HISTÓRICOS

Inicios: 1986-1989

La compra-venta de «éxtasis» en España se aprecia ya en 1987 y 1988. Antes de esos años, circularon algunas cápsulas y comprimidos de aparente valor psicodélico y diversa denominación, como las que en la costa levantina se vendían como «mesalina» y que, analizadas por laboratorios especializados, suelen contener MDA y

otros congéneres o sucedáneos⁸. En algunos lugares cosmopolitas, sobre todo en Ibiza, habían circulado cápsulas y en menor medida comprimidos de MDMA desde años antes. Pero ese trasiego comienza a intensificarse en 1986 y 1987. Las fuerzas policiales son alertadas, pues Ibiza juega un papel importante en el mercado internacional. Así, las primeras confiscaciones de «éxtasis» tienen lugar en Ibiza en 1986, cuando la policía se incautó por casualidad de dos cápsulas encontradas en un coche robado, que, al analizarlas, resultaron contener MDMA.

En agosto de 1987 se producen las primeras detenciones de vendedores o traficantes de esta sustancia, que provocan la primera campaña informativo/publicitaria del «éxtasis». Las informaciones de prensa incluyen casi siempre términos laudatorios que resaltaban el carácter agradable y hasta cómodo de la nueva sustancia y sus efectos positivos, suaves y sin riesgo. Así, Escohotado, en una de las primeras informaciones en la prensa nacional, afirmaba respecto al «éxtasis» que

sus efectos, que duran de tres a seis horas (con dosis entre 80 y 160 miligramos), quizá precedidos por una leve náusea pasajera, tienen parentesco con el de los fármacos llamados psicodélicos o alucinógenos (LSD, psilocina, mescalina, etc.), si bien se distinguen *por ser mucho más suaves y concentrarse en sentimientos básicamente afirmativos, de aceptación y dulzura. No hay un solo caso de «mal viaje» registrado en la literatura científica.*

(El País, 30 de agosto de 1987; *la cursiva es nuestra*)

Las informaciones enfatizan también el carácter sensual, erótico, de la sustancia, aunque no directamente «genital», es decir, consistente con una opinión elevada del usuario y de sus motivos. En el reportaje del día de máxima audiencia del mismo diario antes citado, la corresponsal inserta una viñeta con la historia de Graciela, una hermosa «ama de casa divorciada», quien afirma que el «éxtasis»:

«Me pone más bella».

La primera vez que Graciela... probó el «éxtasis» lo hizo antes de tomar un baño de espuma para conseguir que el efecto la sorprendiera cuando estuviera sumergida en la bañera... «Me sentía divina y me sigo sintiendo divina cuando la tomo. Mi novio me dice incluso que el "éxtasis" me pone más bella. Esta droga te magnifica el mundo», explica la mujer... «No sólo amas profundamente a las personas que están contigo, sino que amas la tierra, el mar, el aire, el sol...» En cuanto a los efectos sexuales de la droga, Graciela aclara que no es afrodisíaca, *«simplemente aporta una sensibilidad exquisita cuando acaricias y te acarician».* Y *ajustándose el bustier (sic), explica divertida: «Cuando besas es como si estuvieras mordiendo un albaricoque. Fresco y dulce.»*

(Emma Roig, El País, domingo, 30 de agosto de 1987; *la cursiva es nuestra*)

Las noticias, encadenadas y apoyadas unas en otras en forma, tenían muchos de los elementos de un **publirreportaje o campaña inconsciente de marketing** del

⁸ Diversos indicios apuntan a que lo que circuló como «mescalinas» en muchos ambientes valencianos contenía a menudo MDA, de origen generalmente norteamericano, y en otras ocasiones derivados anfetamínicos, pero rara vez mescalina propiamente dicha o MDMA.

nuevo producto. Conviene no perder de vista el activo papel de los medios de comunicación en la publicidad y popularización de ésta y otras drogas. En el caso del «éxtasis», conviene comprender que se trata de una sustancia que se presentaba como asociada con la belleza, el sexo, el placer y los ambientes a la moda. Algunos de los usuarios de nuestra muestra decidieron probar la nueva droga tras leer publi-reportajes como éstos (véase capítulo 6).

En febrero de 1988 se celebra en la Audiencia de Palma de Mallorca el primer juicio por tráfico de «éxtasis» en el que son imputados los seis ciudadanos extranjeros (dos belgas y cuatro italianos) detenidos en agosto del año anterior en Ibiza con 120 comprimidos y cápsulas de «éxtasis». Entonces se produce la primera polémica en un juzgado respecto a los efectos tóxicos de la MDMA. La prensa nacional publicaba titulares como: «Un forense descarta que la píldora “del amor” sea una droga nociva, durante el juicio a supuestos traficantes» (*El País*, 24 de febrero de 1988). El tribunal dictaminó en su sentencia que se trataba de una droga «dura» que podía causar «grave daño a la salud». Los problemas definitorios y clasificatorios han seguido complicando los procesos judiciales en relación al «éxtasis» y expandiendo la indefinición y ambigüedad respecto a su carácter y su uso (véase Herrero, 1995, para un buen resumen de las sentencias sobre «éxtasis»).

La mayoría de los importadores en esta época son extranjeros. Manejan partidas pequeñas, casi siempre decenas o cientos de pastillas, y no parecen contar con una infraestructura muy compleja ni con muchos colaboradores. La mayoría son también usuarios.

Período de popularización

El mercado en sentido amplio se inicia, sin embargo, entre 1989 y 1991, un período en el que la oferta era siempre inferior a la demanda; es decir, había una gran receptividad a estos preparados, o en término de un pionero en la importación de «éxtasis» a nuestro país: «Todo lo que se traía se vendía rápidamente» (Riki, nacido en 1968, residente en Madrid).

Desde el principio, la ruta más frecuente de entrada a nuestro país pasaba por Amsterdam, tratándose en principio de productos elaborados en laboratorios norteamericanos, probablemente en California, pero cada vez más de productos europeos. Amsterdam funcionaba como un centro de difusión continental, abasteciendo al emergente mercado italiano y al español. Parece que el Reino Unido seguía otra cadena de distribución independiente. A Amsterdam el material llegaba en polvo y allí era elaborado en forma de pastillas.

Nos consta que hubo algunos importadores independientes que trajeron directamente alijos de pastillas desde California (nunca más de 2.000 ó 3.000 unidades). Uno de los métodos utilizados para introducirlas era en botes de pastillas de fármacos legales, por ejemplo, vitaminas o pastillas para el desarrollo muscular.

Este período, por lo tanto, se caracteriza por la proliferación de importadores y de canales de venta independientes trabajando a pequeña o mediana escala. En

esa primera fase, el mercado funciona por la acción combinada, pero independiente, de decenas de importadores a pequeña escala, con alguno mayor de forma más esporádica. Los exportadores fueron, en su mayoría, holandeses. Los importadores eran tanto jóvenes españoles como extranjeros (generalmente turistas europeos) que trabajaban por su cuenta y a pequeña escala; rara vez rebasaban las 5.000 unidades por viaje, y lo más frecuente es que trajeran unos cientos de pastillas con los que financiaban su veraneo.

El margen de beneficio en este momento era muy alto; las inversiones se duplicaban y triplicaban con facilidad. Tratándose de una sustancia poco conocida y cuyo aspecto variaba casi de partida a partida, era relativamente fácil entonces burlar el control policial. Paulatinamente fue aumentando el tamaño normal de los alijos, que al final de este período llegaron a rebasar los miles y aun decenas de miles de pastillas (hasta 20.000 pastillas en algún caso).

En 1989 aumentan las confiscaciones y detenciones en Ibiza. Uno de los casos más aireados se produjo con la detención allí en agosto de dos ciudadanos holandeses con 6.000 comprimidos que transportaban en un yate. Las pastillas procedían de Holanda y se convirtieron en 24.000 dosis en el discurso periodístico, donde se hablaba de los detenidos como miembros de «una conocida banda internacional de narcotraficantes» (véase *Diario 16*, 24 de agosto de 1989).

Durante estos primeros años, la mayoría de las incautaciones policiales ocurrían en Ibiza, por lo que los procesos resultantes se juzgaban en la Audiencia de Palma de Mallorca, y esos juicios generarían un gran número de noticias.

También en estos años aumenta mucho más el consumo de anfetamina en polvo («speed») en la región valenciana, un comercio sobre el que más tarde se asentará el de «éxtasis». El tráfico de «éxtasis» funciona de forma muy separada de otros comercios como el de «heroína», aunque a veces mantiene vínculos con el de hachís y, en menor escala, el de cocaína.

En abril de 1990 se producen las primeras incautaciones en la Costa del Sol, otra zona, junto con Tenerife e Ibiza, donde algunos turistas y residentes británicos utilizan las nuevas sustancias y las importan para su propio consumo, produciéndose un fenómeno de difusión de las innovaciones, todavía limitado a ciertos sectores de la población local. Ese mes, por ejemplo, la policía se incauta en Marbella de una partida de 850 pastillas que procede de Navarra, y que pone de manifiesto la existencia de pequeños detallistas que utilizan incluso sistemas de envío por correo en paquetes postales junto a medicinas legales. En ese verano se aprecia con claridad la presencia del comercio y consumo de «éxtasis» en varias zonas de la Costa del Sol, Canarias, Madrid y Cataluña; esto es, independientes ya de Ibiza.

En este período se observa también que bajo el rótulo del «éxtasis» se manufacturan, venden y consumen muchas sustancias distintas al MDMA. Por ejemplo, en agosto de 1991 se descubre en Ibiza un alijo de PMMA (para-metoximetanfetamina), del que se habían identificado muestras en años anteriores⁹.

⁹ La PMMA (para-metoximetanfetamina) no es una sustancia específicamente controlada en España, ni en otros muchos países de nuestro entorno, puesto que no ha aparecido con una frecuencia

En 1991 crece considerablemente el comercio al por mayor en Alicante y Valencia, y un aumento paralelo del consumo. Todavía en el otoño de 1991 había comerciantes que se desplazaban a Ibiza a comprar pequeñas partidas que revenden en la península, sobre todo en Madrid, Cataluña y el País Vasco. En una de las aprehensiones policiales de este año, por ejemplo, son detenidos dos jóvenes «trapicheros» cuando se dirigen a Madrid con 150 pastillas de «éxtasis» que habían comprado en Ibiza.

A partir de este año se va percibiendo cómo la Costa del Sol andaluza se consolida como otro lugar de introducción de «éxtasis», directamente desde el Reino Unido o desde Gibraltar. Los importadores suelen ser británicos, y sus clientes, al principio, también tienen esa nacionalidad. Es el caso de C., un ciudadano británico que reside en Marbella desde 1984, sin antecedentes policiales, que regentó un bar que no fue bien y lo que le llevó a interesarse en el comercio de hachís. En 1991 decidió importar «éxtasis» y trajo varios kilos en polvo que introdujo en cápsulas que fue distribuyendo entre sus conocidos, en la mayoría de los casos extranjeros o consumidores locales muy conectados con ambientes cosmopolitas. El consumo «nativo» y autóctono era todavía escaso en Andalucía.

Período de masificación: 1992-presente

El período de máxima expansión de este mercado comenzó hacia 1992 y dura hasta hoy (junio de 1996). Este período se ha venido caracterizando por un aumento notable de las cantidades importadas. Se trata ya de partidas que llegan a superar las 100.000 unidades, que requieren una inversión mayor, así como un mayor conocimiento de la estructura del mercado y del control. En esta fase, los pequeños importadores independientes ven incrementarse sus riesgos, tanto por el aumento del control y el conocimiento de las sustancias por parte de las Fuerzas de Orden Público, como por la competencia (incluida la delación) de los grupos más organizados. La masiva afluencia de extranjeros y de los viajes nacionales e internacionales en general con motivo de la Expo y las Olimpiadas de Barcelona pudo favorecer la consolidación de redes de distribución de estas drogas.

En marzo de 1992 se dismanteló un laboratorio de anfetaminas en un chalet de Mijas (Málaga), que regentaban dos británicos, al parecer químicos con experiencia. Uno de ellos era conocido de la policía británica, que había alertado a la española.

En agosto de 1993, la policía descubrió y dismanteló un laboratorio de drogas sintéticas en Elche. Lo ha montado un hombre de cincuenta años con conocimientos

que requiera su listado. En Estados Unidos, donde tampoco estaba explícitamente incluida en las listas, podía fiscalizarse al incluirse entre las sustancias perseguidas por el Controlled Substance Analogues Enforcement Act de 1986. La PMMA es muy similar a la para-metoxianfetamina (PMA), una sustancia que se ha asociado con numerosas muertes en Estados Unidos y Canadá. Hemos observado su presencia en diversos informes forenses norteamericanos. Por ejemplo, en julio de 1987 se informó que agentes especiales de la sección de la DEA en Atlanta habían descubierto y dismantelado un laboratorio de metanfetamina que operaba cerca de Athens, en Georgia. En el laboratorio se encontraron diversas cantidades de para-metoximetanfetamina (PMMA) y de alguno de sus precursores, incluyendo el p-metoximetanfetamina-2-propanona, necesario para su manufactura [Laboratorio suroriental de la DEA en Miami (Florida); comunicación restringida].

de química. Se dice que puede producir 5.000 pastillas diarias. Nunca se aclara si producía anfetamina o MDMA y si había llegado a distribuir sus productos localmente.

En el verano y otoño de 1993 hubo otra campaña publicitaria de los nuevos productos y consumos, asociados ahora a lo que vino en llamarse «la ruta del bakalao» y con una visión alarmista que asociaba el «éxtasis» con los desplazamientos por carretera entre discotecas y los accidentes de tráfico. Esta campaña, que se prolongará hasta el invierno y alcanzará una notoriedad nacional, probablemente extendió el conocimiento y el interés por las nuevas sustancias entre poblaciones menos informadas por los canales de comunicación más minoritarios y también más interesadas en conductas de riesgo (véase *El Mundo*, 17-30 de julio de 1993).

En 1993 y 1994 se observa un gran incremento de la oferta y de la competencia en los distribuidores que tienen ahora más material del que pueden dar salida. Los precios al por mayor se resienten y bajan, mientras los precios en origen también descienden¹⁰. Los precios en la calle han disminuido y parecen seguir a la baja. Hay oscilaciones locales en los precios, que pueden indicar diferencias en la disponibilidad entre zonas.

En este período comienza a observarse también una creciente concentración de los altos niveles del mercado en manos de unos pocos grupos, más profesionalizados y organizados. Esta concentración se debe, entre otros motivos, al incremento de la presión policial, que parece especialmente notable en lo que concierne al territorio francés. Por el contrario, la estructura del mercado al detalle sigue siendo bastante informal y desorganizada. Hay una multitud de vendedores al detalle, muchos de los cuales consumen y aprovechan el poder pasar algunas pastillas para sufragar sus consumos (véase más adelante). Ésta parece una diferencia notable con el mercado holandés.

En los últimos meses de 1994 y primeros de 1995 se detecta un movimiento muy intenso de «éxtasis» entrando en España, varias confiscaciones de cientos de miles de pastillas a veces en forma de polvo, como los 21 kilos incautados en L'Hospitalet de l'Infant en marzo de 1995 a dos importadores o correos procedentes de Amsterdam.

Esta tendencia de incremento de partidas y amplia disponibilidad casi por todo el territorio nacional se consolidará entre 1995 y 1996, convirtiendo al «éxtasis» en el centro de nuevas pautas de policonsumo antes desconocidas y en la droga de más éxito de los años noventa.

LA MANUFACTURA DE «ÉXTASIS»: FABRICACIÓN DE MDMA Y ANÁLOGAS

Como hemos señalado, casi todo el «éxtasis» distribuido en España parece provenir de Holanda, donde se concentran desde 1990 la mayoría de grandes distribuidores de Europa y no pocos de los laboratorios clandestinos. La mayor facilidad para encon-

¹⁰ En Amsterdam, los precios por unidad oscilaban en esas fechas entre los 7,6 florines las pastillas mejores (de 100 a 150 miligramos de MDMA) y 4,4 las corrientes (conteniendo, según el vendedor, 80 miligramos).

trar instrumental, precursores y productos químicos esenciales, así como químicos expertos y dispuestos, ha favorecido la concentración de la producción en ese país, a lo que también se suma el carácter de «ciudad global» de su capital y su especial legislación y abordaje respecto a las drogas ilícitas. En Holanda, Bélgica y Alemania han venido operando un número considerable de laboratorios, por lo que ninguno parece haber conseguido una cuota excesiva de mercado. Conviene tener en cuenta que, al situarse ahí, los laboratorios clandestinos de estos derivados se encuentran en el corazón industrial del continente, cercanos y subsidiarios de la industria química alemana y de Rotterdam, uno de los puertos más importantes del mundo, lo que facilita su aprovisionamiento y la difusión de sus productos.

Hay indicios de que ha habido también algunos laboratorios de esos derivados en España ¹¹, así como en Alemania y en el Reino Unido, y en otros países europeos (véase tabla 7.1) no es improbable que la manufactura se produzca en el futuro o se esté produciendo ya aquí o en otros países europeos, sobre todo en Europa Oriental. Moscú se perfila cada día más como un centro mundial del tráfico de drogas, que podría sustituir a Amsterdam en muchas de sus funciones actuales, potenciándolas y añadiendo otras nuevas. Además, diversos países del centro de Europa (como Hungría, República Checa o Eslovaquia, Polonia, los Países Bálticos, etc.) podrían acoger a los laboratorios de las drogas sintéticas de mañana. Hay diversos indicios de que en España funcionan o han funcionado también algunos talleres de granulado y troquelado que transforman el polvo de principio activo en comprimidos o cápsulas.

En la tabla 7.1 se aprecia el aumento en el número de laboratorios detectados donde se fabricaba MDMA y, cada vez más hasta 1994, MDEA. El salto en la producción europea se produce en el período 1989-1991, y como hemos apuntado, juega un papel central el corazón industrial más tradicional del continente. Los laboratorios que fabricaban MDA han ido disminuyendo y su producción ha sido mucho más importante en Estados Unidos. La confiscación de laboratorios proporciona indicios de la manufactura, pero que han de sopesarse cuidadosamente. Por ejemplo, en total se han descubierto más laboratorios clandestinos en Norteamérica, pero se trataba, por término medio, de laboratorios mucho más pequeños y caseros que los europeos, lo que se detecta en la confiscación de precursores (véase tabla 7.3).

De otro lado, el número de laboratorios confiscados no es siempre indicativo de una mayor fabricación local en la zona afectada, pues los niveles de producción varían mucho. Pero es evidente que algunos laboratorios producen a una escala mucho mayor de lo que se esperaría de una instalación ilegal. Por ejemplo, en julio de 1993 se descubrió uno de los mayores laboratorios clandestinos de anfetamina encontrados en el Reino Unido. Cerca de una tonelada de ácido fenilacético se confiscó

¹¹ Además de los datos aportados por KORF y VERBRAECK respecto a la provisión del mercado holandés desde Ibiza en los primeros tiempos, la policía española desmanteló un laboratorio de «éxtasis» en Elche en abril de 1994. Ese laboratorio, según la policía, tenía capacidad para fabricar 1.500 comprimidos al mes, y se incautaron 363 comprimidos de esta sustancia; no estamos seguros, sin embargo, de que fuera un laboratorio de síntesis y no de troquelado. En muchas otras zonas corren rumores respecto a la fabricación local de pastillas que no suelen sustanciarse.

Tabla 7.1. Laboratorios ilegales de las principales drogas del tipo «éxtasis» descubiertos en todo el mundo y declarados a la UND 1976-1994

	MDMA				MDA				MDEA				Total	
	1976	1985	1989	1992	1976	1985	1989	1992	1976	1985	1989	1992		1976
	1984	1988	1991	1994	1984	1988	1991	1994	1984	1988	1991	1994		1994
Alemania.....	0	0	5	5	0	0	4	3	0	0	0	0	0	17
Holanda.....	0	0	3	6	0	0	0	2	0	0	0	2	0	13
Reino Unido.....	0	0	3	4	0	0	0	1	0	0	0	0	0	8
Bélgica.....	0	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Francia.....	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
España.....	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Italia.....	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Israel.....	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Austria.....	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Noruega.....	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2
Hungría.....	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Letonia.....	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
EUROPA.....	0	0	17	19	0	0	4	7	0	0	0	3	0	50
Estados Unidos.....	0	6	4	15	21	12	14	5	0	0	1	1	0	79
Canadá.....	0	0	0	0	9	2	1	1	0	0	0	0	0	13
NORTEAMÉRICA	0	6	4	15	30	14	15	6	0	0	0	0	0	90
Total global.....	0	6	21	34	30	14	19	13	0	0	2	4	0	143

Fuente: UNDCP, ARQ, *Manufacture of Narcotic Drugs and Psychotropic Substances under International Control*, 1994, Tablas 47-50b.

en el lugar cerca de Maidstone (Kent), así como otra tonelada de formato de amonio en un almacén cercano.

De otro lado, algunos laboratorios clandestinos consiguen operar durante décadas, incluso en entornos donde el control policial es intenso y sus medios sofisticados. Así, tras una confiscación en Los Ángeles de 4,4 kilos de polvo y unas 1.000 pastillas conteniendo metanfetamina y otros derivados anfetamínicos, que fueron analizadas por expertos en balística, permitió descubrir que las marcas de prensa eran idénticas a las de otras muestras encontradas en el mercado negro en 1973, es decir, doce años antes¹².

Métodos de síntesis¹⁷

Existen diversos métodos conocidos para la síntesis clandestina de MDA, MDMA, MDEA y compuestos afines y es relativamente fácil para químicos expertos encontrar nuevas nuevas alternativas¹³.

El más común de los utilizados por los laboratorios europeos se basa en el tratamiento de una cetona, la 3,4-MDF-2P¹⁴, también conocida como piperonil-metil-cetona o, técnicamente, 1-(3,4-metilenedioxifenil)-2-propanona, con amoniaco o metilamina en condiciones reductoras. La MDF-2P es un compuesto utilizado industrialmente cuya venta ha sido crecientemente regulada¹⁵. Al hacerse menos asequible esa cetona, los fabricantes clandestinos han buscado métodos para la síntesis propia de MDF-2P, o han explorado rutas alternativas utilizando otros precursores. Por ejemplo, recientemente se ha detectado que diversos químicos estaban usando el safrol como un material de inicio para la síntesis de MDMA, tratándolo con ácido bromhídrico¹⁶, y también el isosafrol, del que se han realizado importantes confiscaciones (ver tabla 7.2). El safrol es un compuesto vegetal que se obtiene del sasafrás¹⁷.

Los principales precursores de la MDMA y sus análogos utilizados hasta ahora, por tanto, son el piperonal, el MDF-2P, el safrol y el isosafrol. El mayor incremento en la confiscación de esos precursores se ha dado en Europa, donde, como hemos dicho, han ido instalándose los mayores y más activos laboratorios en los años noventa.

¹² Laboratorio regional de West Covina del Sheriff del condado de Los Ángeles, enero de 1984; comunicación restringida.

¹³ En la producción de anfetamina y metanfetamina también se ha procedido usualmente tratando otras cetonas con una amina en condiciones reductoras. Para la anfetamina y la metanfetamina se partía de la F-2-P (1-fenil-2-propanona; o «P-2-P» en inglés). También se ha procedido a fabricar productos del tipo de las anfetaminas a partir de la hidrogenólisis de las 1-fenil-1-hidroxi-2-propanaminas, incluyendo efedrina, pseudoefedrina, norefedrinas y fenilpropanolamina.

¹⁴ En inglés, MDP-2-P.

¹⁵ En Estados Unidos por el decreto CDTA de 1989.

¹⁶ CLARK, C. R.; NOGGLE, F. T., y DERUTER, J., *GC-MS Analysis of Products, Intermediates and By-products in the Synthesis of MDA from Isosafrole*, Department of Pharmacal Sciences, School of Pharmacy Auburn University, 1994; comunicación restringida.

¹⁷ El sasafrás es un árbol lauráceo americano de madera aromática, cuyas partes leñosas se han usado en infusión contra las dolencias nefríticas y como sudorífico.

Tabla 7.2. Confiscaciones globales de precursores para la fabricación de derivados anfetamínicos del tipo «éxtasis» (MDA, MDMA, MDEA, etc.). En kilo y litros

	1989	1990	1991	1992	1993
Piperonal.....	0	0	12,4	4,2	4,6
Safrol.....	3	0	75	6	67
Isosafrol.....	3	0	12	—	5.474
MF-2P.....	2	0	1	200	17
TOTAL.....	8	0	100,4	210,2	5.563

Fuente: INCB, Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances (E/INCB/1994/4: 90).

Tabla 7.3. Desglose por continentes de las incautaciones policiales de los cuatro precursores para la fabricación de derivados anfetamínicos del tipo «éxtasis» (MDA, MDMA, MDEA, etc.). En kilos ¹⁸

	1989	1990	1991	1992	1993
África.....	0	0	0	0	0
América.....	0	0	12	6	4
Asia.....	0	0	0	0	0
Europa.....	8	0	88	204	5.553
TOTAL.....	8	0	100	210	5.557

Fuente: INCB, Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances (E/INCB/1994/4: 91).

Pero los precursores conocidos hasta la fecha son sólo una porción de las opciones abiertas en la fabricación clandestina de estas sustancias, pues se puede pasar de unos precursores a otros mediante unas pocas y generalmente simples reacciones y los productos finales también se consiguen normalmente mediante una serie de opciones y rutas no muy complicadas (Remberg, Nikirov y Buchbauer, 1994: 12).

Los procesos de síntesis conocidos más comunes son de tres grandes tipos:

1. Utilizando piperonil-metil-cetona como precursor y metilamina para su reducción por el procedimiento de Schiff. El piperonal es, como hemos dicho, un conocido precursor para este tipo de sustancias.
2. A partir de isosafrol. La síntesis se basa en la preparación de MDF-2P a partir del isosafrol. A continuación se alcaliza ese compuesto con una ketoimina, mediante metilamina y borohidrito sódico hasta producir MDMA.
3. Utilizando safrol y ácido bromhídrico para producir bromosafrol, que se hace

¹⁸ Faltan las pequeñas cantidades incautadas en Oceanía, casi siempre en Australia.

reaccionar con metilamina para generar MDMA¹⁹. Recientemente se ha encontrado que diversos químicos estaban usando esta vía para producir «éxtasis»²⁰.

Obtención de materias primas

El mayor problema a la hora de obtener las materias primas es el de obtener los precursores adecuados²¹. En los últimos años, el control de las sustancias químicas industriales necesarias para la manufactura de droga se ha convertido en una de las estrategias fundamentales del control internacional de la producción de drogas ilegales. Por ello, se han propuesto y promulgado una serie de reglas para frenar el paso de sustancias químicas disponibles comercialmente a los laboratorios clandestinos. La DEA estadounidense propuso una serie de normas en 1989 que exigirían de las compañías que usasen los productos listados el llevar registros de todas sus transacciones que superasen una cierta cantidad. Las restricciones conciernen a las sustancias consideradas como precursoras o más específicas para la preparación de alguna droga ilegal, y los compuestos esenciales, productos químicos de amplio uso que se usan como catalizadores o disolventes o en cualquier otra forma que complemente los procesos de producción de drogas.

De los propuestos que se han venido controlando más intensamente, doce son precursores de drogas ilegales (por ejemplo, la efedrina y sus sales, precursores de las anfetaminas, la ergotamina y sus sales, precursores del LSD) y ocho son sustancias esenciales, como el anhídrido acético, el ácido hidriódico, el tolueno, etc.

Para limitar la manufactura de anfetaminas y derivados anfetamínicos, se ha controlado la venta y distribución de una gran variedad de precursores sintéticos, incluyendo a la efedrina y a varias cetonas²². Recuérdese que hay bastantes productos que contienen efedrina y que se venden sin receta en farmacias de varios países, incluyendo Estados Unidos²³. A veces se detectan compras de tales productos en masivas cantidades y se utilizan en la síntesis clandestina de anfetamina y catinona o algunos de sus derivados²⁴.

Las diferencias de lo que se considera una cantidad «sospechosa» y por tanto de obligatoria declaración es un reflejo interesante de las diferencias entre los procesos

¹⁹ HANSSON, R. C., *Clandestine Laboratories Production of 3,4-metilenedioximetanfetamina (MDMA)*, *Analog*, vol. 9, núm. 3, noviembre de 1987.

²⁰ CLARK, C. R.; NOGGLE, F. T., y DERUITER, J., 1994, *GC-MS Analysis of Products, Intermediates and By-products in the Synthesis of MDA from Isosafrole*, Department of Pharmacal Sciences, School of Pharmacy Auburn University; comunicación restringida.

²¹ Se conocen como «precursores» en el sistema de control de drogas a ciertos productos químicos específicos que son materia prima específica de las principales drogas ilegales, tanto aquellas semi-sintéticas o de origen vegetal (heroína, cocaína) como las más directamente sintéticas (anfetaminas y sus derivados, opioides, metacualona, etc. Véase capítulo 1).

²² NOGGLE, F. T., *et al.*, January, 1995; comunicación restringida.

²³ En el verano de 1996, por ejemplo, produjo bastante revuelo la presencia, en círculos juveniles españoles, del llamado «éxtasis verde», unas pastillas que se vendían en herbolarios holandeses y que contenían como principios psicoactivos efedrina y cafeína, además de benzoato sódico como excipiente.

²⁴ DEA, Office of Diversion Control, septiembre 1994; comunicación restringida.

de fabricación, las dosis activas y, en general, en los diferentes procesos farmacológicos implicados. Para la ergotamina y sus sales sería de declaración obligatoria toda transacción superior a 20 gramos. Para el 3,4-metilenedioxifenil-e-propanona, serían 20 kilos y 1.591 kilos para el tolueno ²⁵.

Pero, como dijimos antes, la popularización del «éxtasis» está reflejando las profundas limitaciones de este modo de control de la producción clandestina de drogas de síntesis, entre otros motivos por las muchas posibilidades abiertas por la química actual a la obtención de productos equivalentes tanto en los productos de partida como en las rutas de síntesis. En el caso de los derivados anfetamínicos, hay muchos productos naturales que pueden usarse como precursores. El detallado análisis de las posibilidades de la conversión química y la disponibilidad comercial abiertas a la manufactura clandestina de derivados anfetamínicos llevado a cabo recientemente por Remberg (1995) revelaba que hay un gran número de productos muy concentrados (como aceites esenciales, concentrados aromáticos, etc.), y las sustancias sintéticas respectivas, que son vendidos en todo el mundo y resultan muy apropiados para la conversión en análogos anfetamínicos de anillo sustituido. De hecho, en su repaso de las opciones abiertas a esa industria clandestina, Remberg concluía que si el número de fuentes naturales disponibles para la fabricación de derivados anfetamínicos estimulantes es alta, es, sin embargo, incoparablemente mayor en lo que concierne a la síntesis de derivados anfetamínicos de anillo sustituido, donde hay un «amplio repertorio de materias primas naturales» (1995: 8).

Estrategias para la obtención de precursores

La obtención de precursores plantea dificultades una vez existe prevención administrativa o incluso explícito control policial respecto a ellos. Por ejemplo, en Holanda, el piperonil-metil-cetona es suministrado por empresas químicas al por mayor y para poder adquirirlo es necesario declarar el uso al que se va a destinar y las empresas vendedoras deben comunicar sus ventas al CRI (Servicio Policial Antidroga). Eso hace que la obtención de este producto en suficientes cantidades para abastecer un laboratorio importante suponga problemas logísticos a los fabricantes clandestinos. Korf y Verbraeck (1993) describen las formas más frecuentes de obtención de ese precursor que han constatado entre los fabricantes holandeses de MDMA sobre los que pudieron obtener información:

1. *Aquirirlo en el mercado nacional.* Para conseguirlo de las distribuidoras necesitaban una empresa legal por la que se pueda obtener el certificado de uso final. Este producto se usa en la industria de pinturas y productos de limpieza, pero no tiene tantas aplicaciones legales que se permita su distribución anónima. Por tanto, es necesario tener o montar una «tapadera» o empresa legal que permita el «desvío» de cientos de litros de esa sustancia con regularidad.

2. *En el mercado internacional legal,* donde también es necesario el certificado de uso final. Al existir antecedentes problemáticos con el mercado holandés por haber

²⁵ HANSON, David, «Rules Aim at Halting Diversion of Chemicals to Make Illicit Drugs», *Chemical and Engineering News*, 27 de febrero de 1989, pp. 17-18.

sido utilizado para la fabricación de anfetaminas, resulta más difícil conseguir piperonil-metil-cetona a través de distribuidoras internacionales directamente. Por eso se usan otros puntos de adquisición en otros países, desde donde se envía al laboratorio en Europa.

3. *En el mercado negro.* El precio del piperonil-metil-cetona en el mercado negro es muy superior al precio en el mercado legal. Un litro en el mercado legal costaba en 1992 cerca de 25.000 pesetas (300 DM), mientras que el precio en el mercado negro alcanzaba entre cinco y diez veces ese precio: 125.500 y 250.000 pesetas (1.500/3.000 DM).

Además del piperonil-metil-cetona, para la producción de «éxtasis» se necesitan otros materiales que se pueden obtener sin certificado de uso final, como la metilamina o el amoniaco. Éstos son productos más fáciles de obtener de forma legal, aunque los productores más organizados los compran en diferentes fábricas y en cantidades pequeñas, para no provocar sospechas.

Es obvio que la información y la experiencia técnica, científica y comercial cobra un gran valor en esta creciente industria, a diferencia de lo que ocurre con las drogas ilegales de origen vegetal, donde los procesos son más sencillos y los reactivos mucho más comunes (por ejemplo, ácido acético o sulfúrico). En el campo de las drogas de síntesis, los químicos expertos pueden aplicar técnicas más sofisticadas y rutas de síntesis más largas y complicadas, por lo que pueden eludir mejor los controles y sospechas respecto al uso de precursores (Remberg, Nikirov y Buchbauer, 1994: 15).

La obtención de instrumental especializado para el laboratorio plantea también problemas específicos, que redundan en costes mayores. Es decir, pueden resolverse, pero pagando más caros ciertos instrumentos. Los utensilios de laboratorio (enfriar, calentar) se encuentran fácilmente. Un aparato esencial para la producción del «éxtasis» es el «autoclave», donde los materiales bajo una alta presión pueden ser añadidos a otra mezcla. Este aparato puede costar decenas de miles de florines, es decir, varios millones de pesetas.

En este sentido el conocimiento y la capacidad técnicas (el «*know how*») son también, como en otros procesos industriales, recursos de esencial valor económico. Algunas reacciones que son baratas y sencillas para químicos expertos, resultan difíciles y hasta peligrosas cuando se ocupan de ellas operarios sin formación ni entrenamiento; éste es el caso, por ejemplo, de la ozonación, y de otros procesos que facilitan la manufactura (véase Remberg, 1994).

Organización de la manufactura de «éxtasis»

Aunque se fabrican pequeñas cantidades de MDMA y análogos con rudimentarios equipos caseros, para poner en marcha un laboratorio que pueda producir varios kilogramos de MDMA a la semana se necesita una inversión de decenas de millones de pesetas. Es necesario contar con materias primas —como vemos cada vez más difíciles de obtener de modo legal—, así como un instrumental especializado. Por eso los grandes laboratorios se ven obligados a tener un «financiero» o socio capitalista, que proporciona los fondos para adquirir los instrumentos y la materia prima, así

como un químico que elabore el MDMA. Esos dos papeles centrales, el de «financiero» y el de «químico», son papeles o funciones primarias del mercado que pueden ser desempeñados por individuos o por grupos. También se dan casos en los que el químico es también el financiero (Korf y Verbraeck, 1993).

Una vez se han solventado los problemas logísticos de instrumental y materias primas, es menester disponer de un espacio adecuado para iniciar el laboratorio. Con la producción de «éxtasis» se libera un olor penetrante, muy fuerte —un fabricante holandés lo llamaba «orina de gato» (Korf y Verbraeck, 1993)—, y para evitar ser detectados, los laboratorios suelen cambiar de sitio después de un cierto tiempo, en ocasiones después de cada fabricación. Hay laboratorios que incluso han llegado a instalarse en camiones o caravanas móviles, para evitar ser denunciados por sus vecinos o detectados por la policía.

Como en otros mercados de drogas ilegales, el almacenaje de la mercancía hasta su distribución final representa un importante problema logístico cuya solución se encarga en ocasiones a especialistas. En el caso del «éxtasis», el almacenaje puede hacerse en el mismo local utilizado para su fabricación, que, en cualquier caso, conviene desplazar con frecuencia. Hay ocasiones en que el grupo o «empresa» involucrada contrata a un socio que se ocupa de gestionar el uso de locales, aunque no trabaja a tiempo completo para el equipo (Korf y Verbraeck, 1993).

Granulado y troquelado

Una vez sintetizada la MDMA o sus análogos, hay que mezclar la sustancia y prepararla para convertirla en comprimidos o cápsulas. Para ello, hay que diluir el producto activo en otros componentes de soporte, granularlo uniformemente y comprimirlo o encapsularlo. La MDMA (o sus sales) no se puede comprimir con facilidad. Sólo se facilita la tarea cuando se produce una mezcla uniforme con excipientes. Los farmacéuticos denominan esta operación «granular». Granulaje y troquelado constituyen un oficio que sólo se domina con entrenamiento y práctica²⁶. La maquinaria para producir comprimidos y cápsulas de calidad es cara. Una máquina nueva cuesta varios millones de pesetas, aunque se puede conseguir usada de algunas fábricas holandesas o alemanas de material farmacéutico o a través de las revistas que venden maquinaria de segunda mano. No es necesario obtener permisos para adquirirla, pero sí registrarla en la Cámara de Comercio e Industria y declarar cuál va a ser su uso. Para evitar problemas, uno de los informantes de Korf y Verbraeck en Amsterdam les contó cómo optó por adquirir una de estas máquinas de contrabando desde Europa del Este, donde hay todo un sector químico obsoleto que está siendo desmontado rápidamente y que se vende incluso como chatarra.

Las máquinas para hacer pastillas suelen venderse con matrices que permiten conseguir diferentes formas. Es común que los productores de «éxtasis» busquen copiar pastillas que hayan adquirido buena fama en el mercado, así como fabricar

²⁶ La mayoría de las pastillas de *éxtasis* que se encuentran «en la calle» (véase capítulo 8) suelen presentarse bien granuladas y troqueladas, aunque sin la presión y consistencia que caracteriza a las píldoras o comprimidos de la industria farmacéutica legal.

nuevos modelos que inciten la demanda y añadan cierta marca o marchamo a sus especialidades. De todas las drogas ilegales hoy consumidas ampliamente, sólo el LSD presenta una variedad tan grande de colores, grabados y formas como las pastillas del tipo «éxtasis». Desde 1994 hemos visto aparecer en Europa varios cientos de tipos distintos de pastillas (véase capítulo 8). Para conseguir tal variedad, los fabricantes cambian regularmente las matrices y acuden a personas especializadas para que les fabriquen matrices nuevas. Diversos autores, como Ruggiero y South, han apuntado en esta búsqueda de distinción comercial, etiquetaje y denominación «de origen» es una prueba de la creciente mercantilización competitiva en la industria de las drogas ilegales, que ayuda «a que los usuarios identifiquen su producto favorito». Esta forma de «marketing», por tanto, no difiere de otras formas de crear «estilo» o «identidad» a partir de la elección en el consumo, y ofrece «variedad» «menos a partir del cambio en la composición química que en la identidad comercial» (1995: 3). Por eso no es raro, como confirma el trabajo de Korf y sus colaboradores que, incluso en los laboratorios que troquelan en sus máquinas con matrices determinadas, una parte de su producción se venda a personas que poseen diferentes máquinas compresoras, que cambian el color y la forma, a pesar de que el producto básico sea el mismo.

A pesar de la gran variedad de productos que aparecen en el mercado al detalle y el desmantelamiento aquí y allá de laboratorios más o menos caseros, parece que los grandes laboratorios holandeses y europeos en general han jugado un papel central en el mercado de «éxtasis» de los años noventa. Estos laboratorios suelen fabricar la misma pastilla con el mismo aspecto. Existen laboratorios que para cada 10.000 pastillas cambian un poco la forma y el color, y también podemos encontrar laboratorios que venden MDMA o alguno de sus análogos por kilos a clientes que tienen su propia maquinaria para comprimir o encapsular.

LA ESTRUCTURA DEL MERCADO: NIVELES DE DISTRIBUCIÓN

El modelo más común del mercado de «éxtasis» concibe sus diversos escalones formando una estructura piramidal, con un número pequeño de financieros y fabricantes en la cúspide y la masa creciente de consumidores en la base (Korf y Verbraeck, 1993; de Koning, 1992). En los escalones medios se sitúa un variable número de intermediarios, aumentando en número y en visibilidad según se acercan al nivel de menudeo y la compra de unidades. En esa estructura genérica no se diferencia de los otros mercados de drogas (Reuter y Kleinman, 1986; Adler, 1985; Moore, 1977); las variaciones se producen, no obstante, en la composición de esos «escalones» y su relación mutua. En su análisis del mercado holandés de «éxtasis», sobre todo en sus niveles medios y altos, Korf y Verbraeck (1993: 165-192) describen su estructura como formada por seis niveles principales, según el número de pastillas que usualmente manejan los distribuidores en cada escalón. Como aparece en la tabla 7.4, esos niveles comienzan con los mayores fabricantes e intermediarios, que llegan a manejar más de un millón de unidades.

Éste es un modelo hipotético que incluye todos los niveles conocidos de forma simplificada. Hay frecuentes combinaciones entre los diversos niveles, por lo que

el comportamiento observado por parte de los actores reales del mercado puede en ocasiones divergir del que se les presupone en el modelo. Las relaciones entre los escalones no son unilineales; un nivel determinado comercia con diferentes niveles. Por ejemplo, no es extraño que un distribuidor que trabaja normalmente con miles o incluso decenas de miles de pastillas acepte en algún momento adquirir unas cuantas decenas o incluso unidades para sí o sus amigos o conocidos más cercanos.

Tabla 7.4. Niveles del mercado de «éxtasis» según la cantidad de unidades manejadas usualmente (1992-1995)

<i>Niveles por número de pastillas manejadas</i>	<i>Producción</i>	<i>Tipo de organización</i>	<i>Distribución en Holanda</i>	<i>Exportación</i>
1. Un millón o más	Grandes laboratorios	Grupo organizado	Distribuidores propios	Organización
2. Cientos de miles			Distribuidores del propio grupo	Grupos locales o mixtos con capital extranjero
3. Decenas de miles	Pequeños laboratorios	Socios locales o « <i>joint ventures</i> »	Mayoristas	Grupos locales o internacionales
4. Miles	Laboratorios caseros	Pequeños grupos o individuos	Mayoristas y minoristas	Socios y personas que trabajan por su cuenta
5. Cientos		Grupos o individuos	Minoristas y consumidores	Proveedores independientes
6. Unidades			Minoristas y consumidores	Proveedores independientes

Fuente: Adaptado de Korf y Verbraeck, 1993: 180.

También hay ascensos y descensos en la «jerarquía», de modo que un minorista que ha venido distribuyendo varios cientos de pastillas durante una temporada, puede acceder, de forma única o transitoria, a partidas de miles o decenas de miles, o emprenda negocios con socios («*joint ventures*») que le proporcionen una disponibilidad semejante.

La presentación del mercado como compuesto de niveles estáticos puede hacer pensar en un sistema más estable de lo que encontramos en la realidad. Recuérdese que, aunque varios mercados de drogas ilegales han alcanzado una gran estabilidad en las últimas décadas, carecen de muchos de los elementos e infraestructuras de las operaciones comerciales legítimas. Y tampoco suelen presentar una estructura tan organizada y monopólica u oligopólica como las que nos suelen presentar el cine

o la prensa. Debemos más bien pensar en una estructura menos jerarquizada de lo que se piensa —lo que Reuter define en tono de riguroso humor como «crimen desorganizado» (1983)— y que no sigue el modelo «mafioso» y familista que normalmente se identifica con el tráfico de drogas y otros mercados delictivos.

En relación al «éxtasis», el mercado ha ido variando en su número de niveles en los últimos años. De hecho, sólo cuando aparecen en el mercado las primeras pastillas procedentes de grandes laboratorios, capaces de producir cientos de miles de dosis en cada operación, se puede hablar de los seis niveles de distribución de la tabla 7.4. Anteriormente se trataba de un sistema más sencillo y azaroso, con muchos «empresarios» aventureros que jugaban en ocasiones casi todos los papeles al tiempo, desde financieros a correos y hasta detallistas.

De otro lado, este mercado tiene un carácter transnacional; los niveles mayores pueden estar situados en un país determinado (Holanda o Gran Bretaña, por ejemplo), pero sus miembros cooperan y comercian con socios e intermediarios que distribuyen en otros países, incluido España. Los propios equipos o grupos de importadores están a menudo compuestos por socios de distintas nacionalidades, capaces de poner en contacto mayoristas, minoristas y consumidores en diversos países.

Debemos, por tanto, concebir el del «éxtasis» como un mercado regional y europeo, en el que los cambios legislativos o ejecutivos en un país pueden afectar el comercio en todo el continente²⁷. Cualquier Estado, por tanto, puede verse afectado por las variaciones locales que han ocurrido en otro, y, en este sentido, puede hablarse de que se ha consolidado un «mercado común» del «éxtasis» verdaderamente transnacional.

La pirámide truncada: el sector español

Como hemos descrito antes, el mercado español del «éxtasis» ha ido desarrollándose en fases semejantes a las ya señaladas para el consumo. En los últimos años se aprecia un claro aumento del número de niveles, pero han faltado aquí hasta ahora los escalones máximos que forman el vértice de la pirámide holandesa, incluida la síntesis de cientos de kilos y la distribución masiva de comprimidos. El español es, por lo tanto, un mercado que funciona todavía a un nivel más bajo de distribución que otros mercados europeos, o mejor, que otras secciones del mercado transnacional del «éxtasis». Por otro lado, se trata de un mercado subsidiario del holandés y, en menor medida, del británico, puesto que es de esos dos mercados de donde se derivan, en los últimos años, los principales suministros. Esto podría cambiar deprisa si los laboratorios o los centros de distribución se trasladasen a otros países. De otro lado, el mercado español del «éxtasis» parece un mercado emergente y como tal parece ser percibido por los fabricantes e inversores internacionales.

En principio, una característica del mercado español es su flexibilidad o, si se quiere, falta de estabilidad. Los niveles que encontramos aquí han cambiado cons-

²⁷ Algo así puede haber ocurrido en la abundancia de MDEA en toda Europa en combinación o sustitución de la MDMA durante los años 1992, 1993 y 1994, y que parece deberse a que tal sustancia no se incluyó en las listas holandesas de fiscalización hasta julio de 1993.

tantemente en los últimos años y los actores han funcionado a niveles diversos del mercado. Es decir, entre importador y consumidor a veces sólo hay un intermediario que importa, transporta, almacena y menudea la mercancía. Una situación semejante, signo de un mercado no muy consolidado, era muy frecuente en Holanda entre 1986 y 1989. Entonces, de modo semejante a lo que ocurría en España, el mercado de «éxtasis» contaba con un máximo de dos escalas entre el importador y el consumidor. A partir de entonces la estructura se complica y surgen más niveles medios de distribución. Curiosamente, en Holanda, los niveles medios en la distribución de «éxtasis» nacían para distribuir las pastillas importadas desde Estados Unidos, España y Alemania. El éxito posterior de los pequeños y grandes laboratorios en los propios Países Bajos contribuirá a que aparezcan los intermediarios y organizadores de mayor nivel.

Importación

A diferencia de lo observado en Holanda y en el Reino Unido, en España no parece haberse llegado al nivel del millón de pastillas, o sea, de los cientos de kilos de sustancia distribuida. Se ha avanzado mucho, no obstante, en el número de partidas de los niveles dos y tres importadas en los dos últimos años. Cada vez son más los importadores y grupos de importadores que traen cientos y decenas de miles de unidades.

Nos consta, además de por las confiscaciones policiales, por las propias declaraciones de informantes cualificados y las observaciones del trabajo de campo que las cantidades importadas por cada agente en los niveles más altos del mercado han aumentado muy notablemente desde primeros de 1993. Antes, parece que hubo varios intentos de ciertos exportadores holandeses por establecerse en España, pero el intento fue abandonado a causa de la escasa rentabilidad que entonces ofrecía el comercio en nuestro país, así como porque los vendedores a los escalones inferiores trabajaban a débito, algo a lo que los holandeses no estaban dispuestos.

A partir de 1993 las cantidades importadas han aumentado notablemente. Ahora no se trata ya sólo de importadores o contrabandistas extranjeros sino de grupos de socios («*joint ventures*») en los que ciertos importadores locales han establecido acuerdos fijos con exportadores holandeses. Tenemos cierta información de uno de esos grupos que, con base en Madrid, introdujo, a finales de 1993 y primeros de 1994, unas 180.000 unidades, en dos partidas mensuales de 20.000 unidades cada una. Esos meses, debido a las fiestas navideñas son, junto al verano, los períodos de máxima venta. Tenemos noticias más vagas de otro grupo que funcionaba en Madrid por esa época a un nivel semejante. Madrid funcionaba como centro de distribución de Andalucía, País Vasco y parte de Levante.

Posiblemente hubiera algún grupo más de ese nivel que trabajase independientemente, quizá importando desde Amsterdam o incluso elaborando o troquelando en España los comprimidos.

Todavía, sin embargo, el principal nivel de importación en España es el de las decenas de miles. Esa apreciación, obtenida de nuestro trabajo de campo en Madrid,

Valencia, Alicante y Andalucía, coincide con lo que apreciamos en el estudio de las confiscaciones policiales.

Alguno de nuestros informantes, que conocen de primera mano el mercado holandés, hablaba de cómo había aumentado el número de mayoristas que vendían sus productos en la capital holandesa. Nos contaba cómo en 1989 se decía que sólo había dos laboratorios. Los importadores en 1990 y 1991 eran en su mayoría jóvenes, de clase media, que participaban en la industria del entretenimiento y la música (camareros, disc-jockeys...), quienes, de modo individual o en pequeños grupos, traían «éxtasis» a España, casi nunca en cantidades menores de 5.000 unidades.

En ocasiones el importador no adquiere la mercancía en forma de comprimidos o cápsulas, sino en polvo que ha de pensar o encapsular una vez en su destino. El instrumental para la elaboración de pastillas a partir de polvo varía en su calidad y costo. Hace falta una prensa que puede costar entre decenas de miles y millones de pesetas y que no siempre es asequible. No obstante, la mercancía en polvo puede «cortarse», diluirse o adulterarse, aumentando así las dosis obtenidas y, por tanto, los beneficios.

Cientos y decenas de miles de unidades

Los grupos que trabajan a este nivel son los que hoy conocemos peor. Korf y sus colaboradores nos hablan de tres distribuidores a este nivel que compraban como mínimo 100.000 pastillas en cada operación y cada vez utilizaban procedimientos diferentes. Dos de ellos adquirían las partidas directamente del proveedor principal, mientras que el tercero lo hacía a través de un intermediario, a pesar de que conocía también al proveedor.

En Holanda existen intermediarios en casi todos los niveles elevados que pasan la partida en su totalidad. Algo parecido se observa también en el tráfico de cannabis, pero allí se usaban intermediarios porque los mismos compradores no tienen acceso a los organizadores del contrabando o a los centros principales de importación (Korf y Verbraeck, 1993). Esos importadores permiten a los grandes proveedores, e incluso a los fabricantes, relacionarse con un número menor de contactos y correr, así, menos riesgos. En España tenemos indicios de la existencia de un pequeño grupo de intermediarios de ese tipo, trabajando tanto al nivel de los cientos como de las decenas de miles de unidades. Se trata generalmente de «profesionales» de este negocio, que acumulan «cash», para usar sus propios términos, y no alardean de sus ganancias.

En nuestro trabajo de campo en España hemos llegado a tener información sobre correos que trajeron partidas de «éxtasis» para otros vendedores, quienes a su vez distribuían porciones de esas partidas entre sus contactos. Tanto los importadores locales como los correos de alto nivel son muy difíciles de conocer en el mercado español, pues son los intermediarios de alto nivel que corren mayor riesgo. Como veremos más adelante, la mayoría de los traficantes de «éxtasis» detenidos en nuestro país corresponden a ese nivel de correos o intermediarios, junto con los detallistas.

Vendedores a miles

Este nivel de distribución parece haber sido muy común en nuestro país, y hemos podido detectar la presencia de distribuidores a este nivel en todas las zonas estudiadas donde el consumo se ha consolidado, por ejemplo en Balcares, Madrid, Valencia, Alicante, Sevilla, Granada y la Costa del Sol. Desde ahí se aprovisionaban otros niveles más bajos, sobre todo los de los cientos de unidades, para abastecer otras regiones o provincias.

También, esporádicamente, se aprecia la distribución a este nivel en las «fiestas» multitudinarias que se han ido produciendo en diversos puntos de la geografía española, desde Huelva a Barcelona.

Por ejemplo, un mayorista de «miles» que actúa en Sevilla, y sobre el que hemos recogido cierta información, se desplaza a Madrid y a la Costa del Sol para adquirir sus partidas de algunos contactos fijos. En la Navidad de 1994 viajó a Madrid, donde adquirió 5.000 comprimidos, 2.500 blancos y 2.500 rosas, que fue distribuyendo en Sevilla en lotes de 100 a 200 unidades durante las semanas siguientes. Las blancas tuvieron gran aceptación y pronto las vendió todas. Las rosas, por el contrario, no gustaron y le quedaron 500 pastillas sin vender, lo que supuso una reducción de sus beneficios. Tras diversos trucos para quitar el color a las pastillas rosa, desistió. Las compró a 800 pesetas y las vendía entre 1.300 y las 1.600 pesetas. Los beneficios podían haber rondado los 3.500.000 pesetas en un par de meses; pero desquitando las partidas no cobradas o cobradas a medias y las pérdidas por las no vendidas, ha conseguido unos 2.500.000 pesetas de beneficio neto.

Un caso: Ana, «que mueve miles»

Lo que nos cuentan algunos vendedores y usuarios que, tras largos años viviendo «la noche», conocen el mercado del «éxtasis» y a algunos de sus protagonistas, coincide con lo que se induce de nuestro trabajo de campo observacional, así como de las diversas fuentes disponibles, sobre todo de los datos sobre confiscaciones policiales. Un importador o un grupo de importadores necesitan intermediarios locales, que en otros mercados, como el de heroína, se han llamado «puntos», y que a veces son socios del importador e incluso participan en la importación. Estos importadores traen, por ejemplo, entre 15.000 y 20.000 comprimidos (de 4 a 7 kilos de peso) desde Holanda por carretera o por tren y, en alguna ocasión, en un yate o barco privado. El «punto», a su vez, distribuye esa cantidad entre cuatro o cinco distribuidores locales que manejan entre 3.000 y 5.000 unidades, quienes a su vez conocen a otros intermediarios a quienes van pasando la mercancía en partidas de 100 a 500 unidades. Estos últimos pueden distribuirla ellos mismos en ciertos entornos como «fiestas», discotecas o bares, o tener «machacas» que las «trapicheen», esto es, las distribuyan en unidades. Ésta es una forma relativamente frecuente de trabajar en los dos últimos años en las zonas de alto consumo de la costa mediterránea.

Algunos de esos «puntos» tienen locales abiertos al público y eso les permite mantener una serie de contactos con muchos clientes que pueden actuar, a su vez,

de menudeadores. Esos negocios no son necesariamente «tapaderas», sino negocios en activo, reales e incluso con beneficios. Se trata de bares, discotecas, restaurantes, locales nocturnos como «pubs» y «discotecas» y hasta peluquerías y talleres, cuyos ingresos se ven complementados por el mercado de «éxtasis» (como en otros casos, el de cocaína o hachís).

Ana, de treinta y un años y con un negocio en una ciudad de la costa mediterránea, ha distribuido «éxtasis» junto a su compañero en ese nivel intermedio de los miles de pastillas. Su discurso, del que no nos permitió grabar ciertas explicaciones, refleja algunas de esas realidades del mercado.

Me han comentado que este verano han llegado 16.000 estrellas...

Han llegado más de 16.000 estrellas.

¿Eso lo trae un tío solo?

Normalmente sí; lo trae uno solo.

¿Viene de Holanda?

Normalmente, de Holanda. Cuando son buenas, de Holanda; y lo trae un tío. Este tío viene y busca las personas que verdaderamente lo mueven. Entonces, este tío, si tiene mucha cantidad, no puede ir directamente a los chavales de la calle, que son los que lo venden. A ti el que te lo vende es el chaval jovencito que tú te encuentras en las fiestas. A ti no te lo vende el que lo trae, ahí uno a uno. Ése tiene que contactar con el que te lo mueve todo, que casi siempre, la mayoría de las veces, viene ya con el punto ya... baja ya con las pastillas, con el punto cogió aquí, con la persona que se lo va a distribuir. Después, esa persona tiene otras tres o cuatro personas de confianza. Entonces, esa persona se los da a esas tres o cuatro personas de confianza. Esas tres o cuatro personas de confianza cada uno tiene de diez a quince vendedores.

¿Repartidos por la costa?

Repartidos por la costa. Empezando desde, ¿qué te digo yo?, Valencia, Denia,... Dentro de esa gente..., muchas veces no es en la costa sólo. Dentro de esa gente sale hacia afuera. Sale hacia Málaga, porque ahora mismo en Valencia hay, son los mismos y por lo visto son de aquí. Sale a Málaga, sale a Santander, sale a Madrid, sale a Sevilla y sale a muchos la'os. Muchas veces sale de aquí, pero la gente que lo mueve son gente joven: gente de *la fiesta*, chavalitos jóvenes, porque no tiene salida como la coca... Es una droga que tienes que ir a lo fia'o porque la gente que lo mueven son gente joven y la gente joven pues normalmente no tiene *pelas*.

Esa gente joven que pasa las pastillas, ¿son currantes o tienen *pelas*?

Algunos sí y otros no. Hay de todo. Hay de todo. Hay algunos que son muy listos y se han dado cuenta de que es una manera de hacer *pelas*, porque yo los conozco incluso que están haciendo el dinero pa' pagarse sus estudios. Hasta que los conozco que lo hace para sacarse lo suyo gratis. O sea, que hay de todo pero, ya te digo, pa' encontrarte uno que se pague sus estudios o uno que a lo mejor saque las *pelas* pa' montarse su negocio o su forma de vida, su forma de salir adelante...

¿Quién está ganando más dinero?

Ahí gana dinero mucha gente. Mucha gente, y además, te digo una cosa, te digo una cosa: que el que más dinero gana verdaderamente es el chaval que vende en las calles. Ése es el que más gana porque ellos las suelen comprar a 1.600, 1.600, 1.500 y las suelen vender a unas 3.000 *pelas*. En comparación con todos los intermediarios que hay hasta que llega al que verdaderamente las ha traído.

Si tú miras el porcentaje que gana un intermediario, el que gana otro, el porcentaje que gana otro y en comparación con el que gana el niño que está en la calle, el del niño que está en la calle es el que más gana. Es el más arriesga'o y el que más gana. También están arriesga'os tos porque eso es una cadena. Si este te falla, le ha falla'o éste, éste le ha falla'o éste y éste le ha falla'o éste: eso es una cadena.

(Ana, nacida en 1963)

La pirámide: percepción de sus operarios

La pirámide truncada a la que nos referimos antes, con tres o cuatro escalones básicos entre los distribuidores de decenas de miles hasta los que venden unidades, la hemos encontrado en varias redes de distribuidores sobre las que hemos recogido información en nuestro trabajo de campo. Nuestras ideas se han visto confirmadas también independientemente por los datos que proporciona la actividad policial que persigue este comercio y, especialmente, por los datos sobre confiscaciones y detenciones policiales (véase más adelante). Veamos primero cómo se experimenta y se interpreta esta estructura de redes por algunos de los operarios de esas redes.

Inma, por ejemplo, una usuaria que al ser entrevistada llevaba algo más de un año consumiendo y que ha vendido en ocasiones para sufragar su consumo, refleja bien el conocimiento del mercado que poseen aquellos detallistas que tienen suficientes contactos como para llegar a contactar con puntos de la red que distribuyen miles de pastillas.

¿Cómo crees que funciona el mercado del «éxtasis» en España?...

Yo creo que hay mucha gente que vive de eso, ¿no? Aquí han llega'o hace poco 16.000 pastillas del tío este holandés. Dieciséis o más. Yo no sé por qué, me he quedado con el número dieciséis. Lo mismo son más, que son un poco menos. Pero, de miles de pastillas sí son, vamos. Sé que el tío trajo. Sé que lo compraron entre cuatro o cinco, que compraron el monopolio... ¿cómo se dice?

... la exclusiva...

Sí. La exclusiva, la exclusiva en cuanto a pelas. Entonces se reunieron entre cuatro o cinco. Esos cuatro o cinco lo compraron. Esos cuatro o cinco tenían cinco o seis niñatos como yo vendiéndolas. ¿Pa' qué? Pa' que a esos niñatos le salgan gratis na' más las que ellos toman, porque ganar, no ganan dinero. Yo por ejemplo, que soy la última distribuidora, la camella más baja de todas (risas), no gano un duro. La que gana, el que gana, es el que tiene todas las pastillas.

(...)

¿A ti quién te las ha vendido?

El del medio. Y no me las ha vendido, me las ha deja'o fiá's.

¿A cuánto te las ha vendido?

A 1.500.

¿A cuánto las ha comprado él...?, ¿a 500?

Eso ya no lo sé yo porque eso es muy raro que te lo digan. Lo mismo, es que depende de las cantidades que tú manejes también. Esta persona que me las ha da'o a mí es una de las cinco que ha comprado la exclusiva. Entonces ésa tiene como siete o ocho vendiendo, entre las cuales estoy yo, ¿no? Otra tiene

otros siete o ocho. O sea que, prácticamente, todo el mundo vende pastillas, estrellas ¿no? Yo a mí, por ejemplo, me las deja a 1.500 porque yo... *Yo lo que quiero es que me salgan gratis las mías y si me puedo ganar algo pa' comprarme un pantalón vaquero o algo de eso, pues mira, me lo compro y ya está, ¿no?* Pero que hay gente que gana dinero, sí que hay gente que gana dinero. Yo, por ejemplo, ahora, a mí esta persona me las deja fiá's y yo le digo, porque tú le puedes pedir la cantidad que quieras, yo le digo: «Dame 100», y me da 100; «dame 500», y me da 500. Si le pido cien, me las deja a 1.500. Si le pido 500 o 600 del tirón y le doy el dinero del tirón, me las puede dejar a mil pelas, ¿sabes? Yo creo que ellos ya tienen calcula'o lo que van a ganar... Y de ahí, o bajan o suben. Entonces, depende de la cantidad que tú compres, como tú las distribuyas y to' eso, pues baja o sube el precio. Pero la persona que nos está distribuyendo a éstos cuatro o cinco, ya sabe lo que va a ganar de antemano. Ya ha hecho sus cuentas pa' saber lo que va a ganar. Yo y el otro que vendemos pocas, por ejemplo, él... Otra persona ganará más que yo, porque maneja más que yo. Así muchos niveles. Esa persona, por ejemplo, otro que sea distribuidor como yo, que no sea proveedor como la chavala esa que nos provee a nosotros, pues él a lo mejor tiene un punto, un contacto en Benidorm que dice: vale, pues yo te compro ahora... El, por ejemplo dice: «Pepe», que es distribuidor de un proveedor, «Pepe, yo quiero 500. ¿A cuánto me las dejas?». «A 1.000 *pelas*». «Vale.» Ahora voy a un punto que tengo en Benidorm y le digo: «Mira Pepe, tengo 500, te las dejo a 1.500». Y se las compra. Entonces ya pues ganas dinero y no tienes que trapichear. No estás expuesta a que to' el mundo te conozca con... Es un dinero que tú ganas ahí fijo. No que si estás vendiendo una, otra, otra, te fian, no te fian, regalas, no regalas, dejas a menos precio, dejas otra a más precio y eso, no sabes tú... No tienes calculao lo que vas a ganar. Hay unas personas que son muy listas para eso, ¿no? Sirven para eso. Yo ya te digo, yo para que me salgan gratis mis marchas y pa' si me compro algo de ropa; pero que tampoco me sale pa' eso...

... Otro que viene conmigo, que yo no sabía que tenía, pues ha compra'o 500 y se las ha vendido a uno de Murcia. Entonces a él se las ha dejao a menos y él las ha vendi'o por más en Murcia porque allí no hay y las pueden vender más caras que aquí. Entonces, ahí gana dinero to' el mundo. Ésos son los que hacen negocio; no yo... Aquí es que hay muchas. Aquí hay *mogollón*. Te vas... Yo, por ejemplo ahora me iría a San Sebastián, que a mí me han dicho que allí las venden a 7.000 *pelas*. Me iría allí, me llevaba 300 y ¿cuánto sacaría yo? Un millón y medio por lo menos. Sacas *mogollón de pelas*. Se lo estoy diciendo a él, que me lleve. «Venga, vámonos», que no sé qué, que lo que saquemos a medias, no sé qué... y él no quiere. No quiere ahora llegar allí porque es familia suya la gente de allí de San Sebastián y eso...

(...)

¿Lo harías?

¡Claro que lo haría! Pues claro. Se lo he dicho. Ya, vamos, que me lleve.

¿No te da miedo?

¿Qué te puede pasar? Nada, que te registren en el coche o algo de eso. Tienes que dar mucho cante, o tiene que ser un chivatazo o algo de eso. Porque la gente que los pillan con los coches... Son chivatazos. Tú no te vas a poner a hacer un control y a registrar a to' el mundo que pasa por la carretera, el coche entero. Tú puedes tener las pastillas guardá's en cualquier sitio, vamos. Que vas a desmontar el coche ahora, pa' sacar las pastillas. Eso son chivatazos, creo yo, vamos. Seguro.

(Inma, nacida en 1970)

Mayoristas a cientos

Inma ilustra alguno de los elementos comunes al nivel de los detallistas que distribuyen a cientos. Éste es el nivel intermedio más fácil de conocer mediante el trabajo de campo en entornos de consumo. En el mercado español es muy típico adquirir partidas de 500 pastillas, una cifra relativamente cómoda para el capital financiero y relacional de los distribuidores no especializados. Esa cantidad supone hoy una especie de barrera para los detallistas que, a partir de ahí, han de contar con más recursos y más contactos.

Un caso: Susana, vendedora a cientos

Susana, a sus veintitrés años, es una consumidora, importadora y menudeadora de «éxtasis», que se mueve en el nivel de los centenares de unidades, alcanzando a veces el nivel muy común en España de las 500 «pastillas». A ese nivel compra bastante caro en Amsterdam y ha de vender bastante caro a los consumidores españoles²⁸. Espera por tanto situaciones óptimas, de gran demanda, como las «fiestas» multitudinarias, sobre todo cuando ya están avanzadas y los asistentes necesitan «mantenerse».

Esa fiesta larga son cinco días. ¿Se vende en esas fiestas?

... Se vende bastante. Lo que pasa es que no ha habido fiestas grandes. Pero yo en el B. B., el día de P. [julio, 1994] vendí como unas 100 y eso que me perdí, que la gente no me encontraba. Como aquello era tan grande, de noche... De día fue cuando más vendí, de día... saqué, sólo por la mañana, 50. Sólo por la mañana y a cinco. Ahora no, ahora hay mucha gente a la que se la dejo por cuatro porque bueno, tengo prisa. Me da igual sacar menos.

¡Qué pasada!

Bueno... no me da igual, me resigno. No me da igual porque sigo pensando que ir a Amsterdam y jugarme el tipo por 1.000 *pelas* no me parece justo, pero bueno.

¿Cuánto te han costado a ti en Amsterdam?

Dos mil... más el viaje.

Las tienes entonces que vender a cinco.

Las tienes que vender a cinco. Son 2.000 de costo.

¿Por qué son tan caras?

Porque yo no compro muchas. Yo compro 500. Si yo comprase kilogramos de polvo, me costaría tira'o.

(Susana, nacida en 1971)

Susana ha realizado cinco «viajes» a Amsterdam, trayendo siempre unos cientos de pastillas. En este caso sólo hay un escalón entre la importación y el consumidor. La importadora es correo, intermediaria y detallista a la vez. El nivel de beneficio

²⁸ En esta ocasión Susana compró cápsulas. Y las cápsulas suelen alcanzar un precio superior al de las pastillas, pues tienen fama de ser más puras.

pudo haber alcanzado las 3.000 pesetas por unidad, si ella hubiera realizado todas las operaciones, pero hay que descontar las frecuentes donaciones y los préstamos no cobrados que hacen disminuir la ganancia. El precio, que sorprende al investigador, es tan elevado por tratarse de cápsulas. En este viaje a Amsterdam que relata, Susana pudo obtener cerca de un millón de pesetas de beneficio neto, aunque los imprevistos redujeron los réditos finales en la mayoría de los casos. Susana sabe que ya podría adquirir sus partidas en España, pero cree que la calidad de la mercancía, de la que también es usuaria, es mayor en Holanda, y los vendedores, menos peligrosos. Además, piensa que, eliminando intermediarios, aumenta los beneficios y elimina riesgos.

¿Hay mucha gente yendo a Holanda a comprar?

No; ahora ya el «éxtasis» yo creo que está en España. Yo qué sé... Está en todos sitios. Yo voy a Holanda, bueno... porque bueno... Allí es donde conozco a gente de confianza, ¿no? Conocí a la chica ésta... A la química y todo eso. Entonces... Pues eso, que no quiero que me den el palo. Tampoco quiero vender porquerías. Porque tampoco voy... voy cuando a veces tengo un poco de dinero ahorrado y ya digo, bueno... Ya no resisto la tentación. Voy a ir y me voy a pasar una temporada tomando algo bueno. Pero, como no soy millonaria y no me puedo permitir el lujo de ir y comprármelos y volver y tomármelos e invitar a mis amigos... lo que hago es que voy, compro, pago el viaje y luego pues, hago mis cuentas. Miro mis riesgos. Digo: «Vale, tengo que amortizar mi viaje, recuperar lo que me ha costado y, por supuesto, pagar por mi libertad.» Lo que no estoy dispuesta es a jugármelo todo por... por 1.000 *pelas* trabajo en una tienda, de verdad. Y me quito de preocupaciones. En parte lo hago más que nada para poderlos tomar yo, no para hacerme millonaria. *Jamás te haces millonaria con esas cosas. Siempre te lo gastas.*

¿Qué hiciste la primera vez? ¿Fue muy difícil contactar con gente y todo eso?

No... Al contrario, me vino todo como muy fácil, ¿no? Fue todo muy raro. Fue como... yo de repente estaba, pues eso... Tenía un amigo que tenía cápsulas. Cuando la gente me entraba y cuando yo quería le iba a comprar. Me ganaba 500 *pelas* en el pase...Y de repente conocí a una tía que compraba directamente cápsulas en grandes cantidades, ¿no? La conocí de una forma muy rara. La conocí en I. así sonriendo y ella me reconoció en P. Y hablamos y de repente se lió todo eso. Y nada... y en un mes ya sabía un montón del «éxtasis». Ya había conocido a la química ésa... Era todo como muy... como muy fuerte para mí. No lo sé. Es como que yo lo fuese buscando. Es como que me llegó. En ningún momento pensé: ¡Oh, voy a hacerlo! Voy a hacer mi fortuna y a comprarme mi casa y a forjarme mi vida haciendo «bussines» con drogas. Me llegó y lo seguí. Durante una temporada lo seguí, ¿no? Más locamente, menos locamente (...).

¿Cuántas veces has ido a Holanda?

[Se ríe] Una, dos, tres, cuatro... Cinco veces.

¿Has tenido problemas alguna vez?

No. Tú piensa que todo depende en no dar el cante y en estar segura de ti misma. Aunque... no vayas tan nerviosa que tu cara lo delate. Sobre todo, ser uno más. Ser uno más.

¿No te ha pasado nada en la frontera?

Nunca con «éxtasis». Con otras cosas. Pero nunca con «éxtasis». Con «éxtasis» no.

La gente que tú has conocido que pasa «éxtasis» ¿pasa otras cosas?

Mira... La chica ésta que es con la que yo contacto. Ella fue la que... Yo, yo hago lo que ella hace exactamente. Es decir, sólo vender «éxtasis». Sólo vender lo que creo. Pero la mayoría de la gente no, vende de todo. Pero yo sólo vendo en lo que creo. Y si me sale mal y por casualidad no encuentro las cápsulas y voy y tengo que comprar otra cosa para no perder el viaje, siempre intento no tenerlo yo. ¿Entiendes? No sé... Creo que no tendría valor suficiente para darle a alguien algo que no sé lo que es.

¿Cuánto es lo máximo que te has traído?

Quinientos.

¿Dónde los has pasa'o?

Yo es que hubo una temporada en que estaba muy loca y los pasaba en botes de crema. Pero sólo lo he hecho dos veces. No lo he vuelto a hacer en mi vida.

(Susana, nacida en 1971)

Algunos grupos que distribuyen a los niveles más altos del mercado tienen a menudo «catadores» que se encargan de tomar las diversas cápsulas y comprimidos para sentir en sí mismos la calidad del producto. Es relativamente frecuente que cuando un nuevo tipo de «troquelado» sale del laboratorio se distribuyan algunos ejemplares entre ciertos clientes sin pedir dinero por ello. Es decir, se dan a probar para conocer la respuesta de los consumidores (Korf y Verbraeck, 1993).

Los distribuidores españoles también se encuentran en esa necesidad de conocer el efecto directo de las pastillas. Susana nos contaba cómo ella misma hacía de «catador», usando su cuerpo como instrumento en la determinación del «éxtasis» que adquiriría en Holanda:

¿Cómo valoras la calidad del «éxtasis» a la hora de comprarlo? ¿Tú tienes algún criterio para valorarlo? Por ejemplo, entre olor a anís o a hospital... ¿Me entiendes?

No. Hay mucha gente que hace eso. Les chupa. Les huele. Pero no, yo paso. Yo reconozco... que para probar un «éxtasis» hay que comérselo. Si no, no lo sabes. Yo creo que una persona mordiéndolo un poquito, oliéndolo, chupándolo... Yo no puedo, desde luego. Lo siento, me gustaría, pero no puedo. Entonces para mí la solución es tomártelo. No mezclarlo con nada. Tomarlo con agua. Yo, en un momento dado... Mira, no es bueno. Este año me he dado cuenta de que no es bueno incluso hasta tomarlo en situaciones en las que tú puedas ya sentirte demasiado excitada por el acontecimiento. Es decir, si lo quieres para saber si es bueno o no, ¿no?, incluso si te lo tomas en casa lo puedes saber. Sólo tienes que controlar lo de la subida, ¿no? Hay una cosa que siempre me fijo y es con los «éxtasis» desde siempre me he visto... Me miro al espejo y me veo la cara más relajada. Los músculos más relajados. La mirada más tierna. Me veo más guapa entre todo el colocón. Y noto a la gente mucho más guapa. Sin embargo, hay otros con los que me veo todo esto negro, muy oscuro, por debajo del ojo. Y eso es eso, o que tienen *speed* por un tubo... Y los que se me va la visión tienen *tripi* pero fijo. Con un «éxtasis» no se te tiene que ir la visión nunca. Incluso con un «éxtasis» tú puedes comer y dormir. Incluso puedes dormir porque estás cansado, levantarte y hasta puede que te dé un poco de subidón y todo, fíjate. Con esos «éxtasis» que tú no puedes dormir, que no puedes comer, eso para mí no son «éxtasis».

¿En Holanda, qué haces? ¿Los pruebas tú allí, antes de comprarlos?

Por supuesto. Por supuesto. Y además los suelo probar en un apartamento. Es la única forma de saberlo. Una vez compré unos y... y ese día, entre que había tomado otras muchas cosas, había estado de fiesta dos días, que nos fuimos al bar de un amigo y estuvimos bebiendo chupitos. Entre que era la despedida y estábamos todos superagusto y que la gente era super agradable... Yo pensé que eran buenísimos. Y que yo me sentía superbien. Los compré y cuando los probé dos semanas más tarde eran superflojos. Sí, hacían un intento de subida pero no daban. Eran muy flojos. Entonces, no sé... También tienes que tener cuida'o. Se cambia el esta'o, ¿entiendes? Cambia totalmente. Tú bebes y ya no vas de «éxtasis». Ya vas borracha. Si te tomas un café también lo alteras. Y te metes una raya de *speed* y lo cambias y una raya de coca también. Entonces... Tienes que saber qué es lo que quieres. Si quieres *speed*, compras *speed*. Si quieres coca, compra coca, y si quieres un «éxtasis», compra «éxtasis». Pero hoy en día la gente no sabe qué es lo que busca, ni lo que toma. Toma de todo.

(Susana, nacida en 1971)

Las palabras de Susana ilustran bien la actitud de muchos consumidores respecto a su capacidad de determinar, a partir de su experiencia, el contenido de las pastillas que ingieren. Estas creencias, muy extendidas, resultan con frecuencia de dudosa validez.

Venta al detalle: características del menudeo de «éxtasis»

El menudeo es el más visible de los sectores del mercado de «éxtasis» y sobre el que hemos acumulado un número mayor de observaciones y datos. La venta al por menor de esa droga presenta en España una serie de diferencias con la de las otras drogas ilegales. Repasemos algunos de las más importantes, para presentar después algunos casos concretos que ilustran esas características de forma detallada.

1. *Proliferación de detallistas no profesionales* que «trapichean» unas cuantas decenas de pastillas de forma inconstante.

Sorprende la gran cantidad de actores que participan, de forma más o menos reiterada, en el menudeo de «pastillas». Son muchos los que «pasan» un número reducido de «éxtasis», por ejemplo entre 50 y 100 pastillas, que venden en un fin de semana. De los otros mercados de drogas ilegales, sólo el del hachís ha contado en algunos momentos con una proliferación semejante de «trapicheros» o vendedores al detalle en proporción al número de usuarios.

2. *Visión relativamente benigna de este comercio* y de su propio papel por parte de los menudeadores.

La proliferación de detallistas obedece, entre otros motivos, a que esta tarea se percibe como algo fácil, relativamente rentable y menos peligrosa y dañina que el menudeo de otras drogas. Los vendedores de pequeñas cantidades de «éxtasis» no se ven a sí mismos como «camellos», lo que concuerda con la percepción de esta droga como «blanda», festiva e inocua.

3. *Bajo nivel de negocio* por parte de muchos detallistas. El número de pastillas distribuido por cada detallista suele ser bajo. Un vendedor puede vender entre 40 y 50 pastillas en una o varias noches de fin de semana en una discoteca. Si se trata de una *rave* puede vender fácilmente el doble o más y llegar a obtener un provecho de 500 a 1.000 pesetas por pastilla²⁹.

No parece haber aún redes permanentes, ni un control exhaustivo de los detallistas. No abundan aún los grandes «camellos» de pastillas, que sean el centro de amplias redes de consumo y que sorprendan por su perseverancia, como ocurre en el mercado de heroína. Algunos detallistas se aprovisionan localmente y otros viajan a otras ciudades y regresan con cantidades medianas, generalmente entre 50 y 100 pastillas.

4. *Los menudeadores son generalmente jóvenes*, e incluso menores de edad. A diferencia de otros mercados de drogas, sobre todo de hachís y heroína, no suelen pertenecer a entornos o redes delincuenciales ni mantener contactos con ellos. Son también vendedores de drogas menos «criminalizados» que los que participan en otros sectores del comercio de drogas ilegales. Tienen menos antecedentes penales y menos graves; no están tan acostumbrados a usar la amenaza y la violencia (o a padecerla) y, en general, están menos vinculados con y tienen menos experiencia de entornos delincuenciales. De hecho, algunos de los casos en que los distribuidores de los últimos escalones de «éxtasis» corren mayores riesgos es cuando se ponen en contacto o colaboran o tratan de llegar a acuerdos o a «bisnis» con distribuidores más curtidos, experimentados y «conocidos» por la policía, por ejemplo, con vendedores o «camellos» de heroína.

5. *Casi todos los detallistas son también consumidores*. En algunos casos el motivo fundamental por el que se iniciaron en la compra-venta es social y no financiero, para aumentar su prestigio e influencia entre amigos o para subvenir a necesidades grupales, formando redes recíprocas semejantes a las «trading charities» o las «mutual societies» de las que hablan Dorn y sus colaboradores (1992: 3-15). Muchos vendedores al detalle se inician en esas actividades al intentar proveerse de estas sustancias para su propio consumo y el de sus amigos. Algunos perseveran en esa actividad, bien al mismo nivel o escalando y comprometiéndose más. Los contactos y el crédito establecido tanto con proveedores como con clientes son un recurso esencial para medrar en el mercado.

6. Se trata de un sistema de venta al detalle que *ha funcionado «a crédito»*. A menudo los mayoristas han «prestado» o fiado pastillas a los escalones inferiores. La juventud de muchos de los «trapicheros» o menudeadores y su falta de recursos para adelantar el precio de las pastillas ha llevado a muchos intermediarios a trabajar de prestado con una frecuencia mucho mayor a la que se da en el mercado de cocaína, de hachís y, desde luego, en el de heroína.

7. *Menudeo en equipo*. Con frecuencia, la distribución al detalle se realiza en grupo, con varios jóvenes participando en diversos papeles y actividades cooperativas. Unos llevan a los vendedores hasta el que tiene las pastillas, otros protegen a éste, otro conoce al intermediario que proporciona las pastillas, etc. La participación en

²⁹ Datos para la segunda mitad de 1995. Los precios han seguido bajando en 1996 y, con ellos, los beneficios.

un grupo es a menudo un elemento central del trapicheo, que con frecuencia toma un carácter y una motivación más social que comercial.

A veces esa cooperación tiene un motivo comercial. De forma semejante a los «machacas» de heroína, hay colaboradores en el «trapicheo» que proporcionan compradores o que informan a éstos del lugar donde se produce la venta, o que actúan de intermediarios, llevando el dinero y trayendo la «mercancía». A cambio ellos obtienen alguna «pastilla» para su uso, o algo de dinero. En muchos casos, la base de la cooperación es social, participar en una actividad que otorga un sentido de comunidad, de pertenencia.

En otras ocasiones, vender en grupo es una forma de protegerse de los diversos riesgos que acechan a los «trapicheros», evitando así «palos», esto es, el robo de la mercancía o del dinero, o de ambas cosas.

8. Por unidad, es en los últimos escalones del mercado donde se obtienen los mayores beneficios. En el período de nuestro trabajo de campo, desde el verano de 1994 al de 1995, los detallistas obtenían una ganancia de entre 800 y 1.500 pesetas por «comprimido». Pero el riesgo de ser conocido es también mayor, y las transacciones involucran pequeñas cantidades. A primeros de 1995, Rosa, de diecisiete años, que menudeaba junto a su novio, pagaba entre 800 y 1.000 pesetas por pastilla, que ella vendía entre 2.000 y 3.000 pesetas.

9. Hay todavía considerables variaciones locales en el comercio de «éxtasis» entre unas zonas y otras. Por ejemplo, todavía a finales de 1995 los precios en Sevilla o Granada solían ser más altos que los de Madrid o Valencia para el mismo tipo de comprimidos o cápsulas. También hemos visto cómo apreciaba el número de fraudes o imitaciones de pastillas que no contienen MDMA ni ninguno de sus análogos según nos íbamos alejando de los centros principales de distribución (véase capítulo 8).

En algunas zonas, el menudeo de «éxtasis» se engarza en tradiciones ya establecidas en el sistema local de intercambios. Por ejemplo, en algunas áreas costeras de Cádiz se está produciendo con las pastillas un fenómeno semejante al que se produjo hace años con la heroína: que se intercambia por hachís. Diversos individuos que viajan a esa zona a «pillar chocolate» lo truecan por las «pastillas» que llevan allí con ese propósito.

Algunos de estos aspectos están cambiando y pueden no darse ya en un período cercano. En algunas ciudades se aprecia ya, por ejemplo, una mayor profesionalización de los mercaderes de pastillas y una mayor participación de individuos con antecedentes delictivos y un mayor interés comercial.

Veamos a continuación dos ejemplos de vendedores de «éxtasis» al detalle, que ilustran algunas de las características enunciadas antes. También pueden consultarse las escenas de compra y venta descritas en el capítulo 6.

Primer caso: Blanca (1976), el menudeo inconsciente

Algunos adolescentes participan en el menudeo de «éxtasis» sin darle mucha importancia, incluso de forma algo inconsciente, como es el caso de Blanca que,

con dieciocho años, se inició en el «trapicheo» de forma atolondrada en una fiesta en la Nochevieja de 1994. No era la primera vez que «trapichea» drogas, puesto que había vendido algo de *bachís* y de *speed*, pero era la primera vez que «manejaba» pastillas, de las que es consumidora regular desde los dieciséis años.

¿Cuánto dinero te dan a la semana?

¿A la semana o los fines de semana? A la semana 300 o a lo mejor 400 pesetas. [Se ríe.] Un viernes, a lo mejor me da mil o mil quinientas. Poquillo.

¿Cómo te costean la rave?

Es que... yo qué sé... ¿sabes lo que pasa? Que siempre que salgo sin un duro, ¿no?, y es cuando termino mejor. Termino con dinero y todo en mi casa. No sé por qué será.

[...]

¿Tú has trapicheado alguna vez para costearte las pastillas?

Sí, el invierno pasa'o. En Navidades, pero unas pastillas nada más, y porque quería saber lo que era eso, ¿sabes? Entonces digo: «ya está», compré unas cuantas.

¿Cuántas compraste?

Unas 15 o así. Y, claro, hicimos una fiesta en el T. C., debajo, todos nosotros. Y no veas, to el mundo sabía que yo tenía pastillas y to' el mundo me compraba. Y yo de aquí pa' allá, de aquí pa' allá. Y yo, claro, llegó un momento en que la gente me pedía y yo no tenía más. Y yo: ¡Dios mío!, es que puedes ganar lo que te dé la gana, vaya, no sé, millones. Me metía la mano en el bolsillo y todo lleno de monedas. Se me perdía la mano ahí. Y luego, en el otro, lleno de billetes. Y yo: ¡Dios mío, qué pasón!

¿Cuánto te ganaste?

Pues la verdad es que perdí dinero, pero no perdí, ¿sabes lo que te quiero decir?, que podía haber ganado mucho más. Pero sabes, los amigos: «¡Hostias!, dame una o déjamela más barata.» Que pude ganar mucho más. Tenía como unas 35.000 pesetas y gané unas 5.000 o así.

¿A quién se lo compraste?

Pues, ni idea, porque estábamos en El Cortijo y de repente I. fue a comprar a un tío que había venido de Madrid. [...] Y fue el B. y le di el dinero y me las compró. Y compramos los cerditos rosas, que salieron hasta en el telediario las pastillas ésas. En el telediario, no sé qué, las pastillas de moda, los cerditos rosas, que han pillado no sé cuántas.

¿Ésas se dice que llevan heroína?

Lo más seguro. Porque ese día, esa noche, yo estaba así, que no podía levantarme. Y con un abrigo de piel, y levantarme de ahí y muerta de frío. No poder levantarme. To' el mundo *flipando* y yo ahí.

¿Cuántas te tomaste esa noche?

Tres o cuatro.

(Blanca, nacida en 1976)

Blanca ilustra bien ese fenómeno bastante común en este mercado de drogas y en otros (como en el de cocaína) del distribuidor que, además de consumir, vende entre sus amigos. Su pérdida de control sobre el «negocio» es también ilustrativa de los riesgos en que incurren los detallistas que consumen pastillas mientras las distribuyen. Compró usando un dinero prestado y obtuvo un provecho pequeño. En ocasiones podría llegar a perder dinero y a tener problemas para devolver lo fiado. Esas «ronchas» o deudas de los menudeadores a los mayoristas son uno de

los motivos más comunes de agresión y violencia en el mundo de la *rave* y el «éxtasis». Hasta ahora, por tanto, y a diferencia del alcohol, la violencia asociada a las «pastillas» tiene que ver más con su distribución que con su consumo y sus efectos.

Segundo caso: Marga (1970), «trapichera» vocacional

Otra vendedora al detalle, Marga (de veinticuatro años) muestra algunas de las características del menudeo de una forma también muy directa. Marga es consciente de que carece de algunos de los recursos y aptitudes básicas para convertir el menudeo de estas drogas en un negocio rentable, pero no son los motivos comerciales los principales en su participación en esa actividad que encuentra divertida, excitante y socialmente gratificante y en la que no percibe excesiva responsabilidad ni riesgo.

¿Te cuesta mucho trabajo venderlas?

No cuesta trabajo venderlas, ¡eh! Ya te digo: yo la primera vez con miedo las vendí, porque creía que no las iba a vender. Ya había toma'o yo antes y digo: «Yo voy a empezar a tener pérdidas, las vendo a lo que sea y me da igual.» Pero ya esta segunda vez he vendido algunas a 3.000 *pelas* y sé que se pueden vender a 3.000 *pelas*. Así que ya no me bajo del burro. Quieres a tres *talegos*, tres *talegos*. Si no, pues nada. Nada. No las vendo. Si no te las vendo a ti, ya se las venderé a cualquiera. Que yo salgo una noche de *marcha* y las llevo en el bolsillo y conozco a tal persona, que me dice: «¡Ah!, no sé qué». Pues digo: «Mira, yo tengo; tres *talegos*.» Y no es una persona que vaya a los *rave* a lo mejor. Las personas que van a los *rave* están puestas de to'. Saben quién las tiene más baratas y a quién se las pueden sacar y.... Quién consume, las consume baratas, desde luego. Así que yo a lo mejor, me gusta venderlo a una persona que no ha tomado nunca, que quiere tomar, o a la mujer esta que te digo que es prostituta que me las compra a 2.500, por ejemplo, y ella las vende a tres. Me saco 100 duros porque es amiga mía. Y ya está...

¿Tú no las ofreces?

¡Digo! Alguna gente que yo sé que son discretas y que no. Digo: «Mira, tengo pastillas, si tú te enteras de algo...» Ayer, por ejemplo, que vendí una por tres *talegos*. Pues era una gente de T., que no son de los *raves*, son gays, ¿no?, que van al B. y to' esto. Vinieron con unos amigos míos de aquí de M. y pues yo le dije, digo, los vi a ellos que no eran de *la fiesta* típicos y le dije: «¡Oye, que si ésta gente quiere pastillas y eso yo tengo!» Y efectivamente me dijeron: «Mira, queremos una de momento. A lo mejor luego te compramos más.» Y yo ya luego me vine. Si me hubiera queda'o más tiempo, seguro que vendo más a tres *talegos*. Se las vendo a ellos.

¿Cuánto es lo máximo que has llegado a vender en una noche?

Quince o por ahí. Veinte. Según, porque las suelto por muchos sitios, ¿sabes?, no sólo en *la fiesta*. Se las suelto a gente de fuera también. A un chaval que conozco por ahí, a una chavalita que conozco por ahí que no van a *la fiesta*. Como que me gusta más vendérselas a esa gente, ¿sabes? porque son gente que te paga el dinero. No, en *la fiesta* son mucha gente conocía, to gente que de alguna manera o de otra te han da'o a ti y dame tú. Dame algo, y no le vas a hacer el feo de dejárselas a 3.000 *pelas* porque es que, lo primero no te la compran y lo segundo van a decir: no veas la tía ésta que petarda a lo que me lo deja a mí, cuando yo... Por eso no me gusta vender así por *la fiesta*. Entonces me llevo, pero siempre

sin ánimos de vender muchas. Con mis mismos amigos de aquí. Pues, a lo mejor vamos a algún sitio, pues ya ellos me lo compran a mí, antes de comprárselo a otro. Entonces por menos de 2.500 no se consiguen, eh.

¿Eso es lo mínimo?

A 2.000, que yo también he vendido algunas a 2.000. Pero, vamos, que 2.500 ya es mínimo, vamos. Si es que te ganas 100 duros con una pastilla, ¿eso que mierda es? Tienes entonces que vender tres pastillas pa' poder tomarte tú una. To's esos cálculos, to' el tiempo... Vendo una, ahora éste me ha fia'o, ahora este no sé qué. Claro, y como tú te pases de pastillas, te tomas una pastilla, se te olvida to' y te olvidas de las cosas y luego empiezas a tomar, a invitar. Que luego hay otro que te invita a coca, pues ya lo tienes que dar tú pastilla. Te metes en el jaleo y se te va la olla, tía, que es lo chungo.

¿No te da paranoia estar metida en toda esa historia?

¿Por qué? Me encanta el trapicheo y to' el mundo de trapicheo. Yo no soy buena trapichea'ora, ¿sabes?

¿Por qué?

Porque, ¡ah!, soy muy ingenua y me engañan muy fácil. Me mienten. Pero me gusta ver a la gente cómo trapichea y los negocios que hace y cómo se busca la vida. Me encanta la gente que se busca la vida.

¿Cuánta gente puede haber en B. trapicheando como tú?

¿En B.? En B. hay gente. To's los macarras esos que iban al T., que van a *la fiesta*. Todos éstos tienen pastillas y todos las mismas que yo.

O sea, que este verano el holandés ha invadido...

Totalmente. Yo no sé qué otras más ha habido. Bueno, las lentejas blancas ésas y las lunas, unas que yo no las he proba'o... Las cápsulas, que yo no las he proba'o tampoco porque valen caras, eh.

(Marga, nacida en 1970)

Detallistas de «éxtasis»: bago «trapis», pero no soy «camello»

Como hemos dicho, los vendedores de «pirulas» no suelen percibirse a sí mismos en términos tan negativos como perciben a los vendedores de otras sustancias psicoactivas que se asocian de forma más estrecha en el imaginario popular con «la droga», y sobre todo, con los vendedores de heroína. Los vendedores de pastillas no se ven a sí mismos como «camellos». Coinciden en esto con otros minoristas de «éxtasis» ingleses y holandeses.

Los «trapicheros» o «trapicheadores» de pastillas son relativamente bien vistos en el entorno de *la fiesta*. Son un importante recurso en ciertos ambientes y tienen cierto prestigio entre sus amigos y conocidos. En muchos casos, los distribuidores al detalle de *pirulas* venden para su propio autoconsumo.

Los beneficios pueden ser importantes, pero generalmente se van en objetos apetecibles en el mundo juvenil. Conocemos casos de trapicheros que se compran ropa con los beneficios de su comercio, o motos... Y, con mucha frecuencia, financian su propio consumo de pastillas.

Una gran parte de los trapicheros no tienen la sensación de «vender» drogas. Presionados para que expliquen su comportamiento puede que respondan que no

venden, sino que «pasan» a los amigos. Coinciden en eso con los distribuidores de «éxtasis» en otros países. Por ejemplo, Dorn, Murji y South, en su análisis del caso de Abby, el «dealer» («camello») de «éxtasis» (1992: 6-10), nos describen un rechazo parecido de este sujeto a ser considerado un «camello»:

Quando le preguntamos acerca de cómo llegó a convertirse en «camello» («dealer»/«dealing»), la reacción inmediata de Abby fue la de rechazar ese término: «No me gusta esa palabra. Representa el estereotipo de alguien que hace dinero de la desgracia de los demás. El «éxtasis», por lo menos al principio, no era así. Cuando el «acid house» empezó localmente, las cosas cambiaron...»

(Dorn et al., 1992: 7)

OTROS DATOS: INCAUTACIONES Y DETENCIONES POLICIALES

Las detenciones y aprehensiones policiales son una fuente importante de información para estudiar el mercado de «éxtasis». Primero, porque la estructura de los mercados de drogas ilegales se configura en directa respuesta a la acción represora o controladora de su existencia, y segundo, porque son sin duda los agentes que se ocupan de aplicar ese sistema de control y represión (desde policías locales a jueces) los que entran en contacto con la «muestra» más amplia y variada de fabricantes, importadores y vendedores de todas las profesiones que trabajan en este campo. En este sentido, baste recordar, como apuntan Dorn, South y Murji (1992) que el de las drogas es un tema políticamente poderoso que ha generado muchos de los recientes esfuerzos de cooperación bilateral entre policías de distintos países, y uno de los que más ha contribuido y contribuye a la modernización de las policías europeas.

Conviene no olvidar, sin embargo, los sesgos propios de esta fuente de datos. Las variaciones en las detenciones pueden deberse a factores externos al comercio y consumo de las drogas intervenidas y depender, sin embargo, de un mayor celo, capacidad o colaboración policial, o de una mayor presión política o jurídica para que se actúe en contra de ciertos distribuidores, o simplemente, de la mayor torpeza de algunos de los involucrados en el tráfico ilícito. Podría especularse que los detenidos no representan a todos los traficantes, sino sólo a los más descuidados o más torpes..., etc. Estos problemas, sin embargo, son inevitables en el análisis de unas «conductas y poblaciones ocultas» (Gamella, 1997b), especialmente de un fenómeno penalmente sancionado como el que nos ocupa.

Hemos recogido y analizado un amplio conjunto de detenciones de presuntos vendedores y traficantes de «éxtasis» realizadas por los diversos servicios policiales españoles desde 1987 a 1995. Los resultados de ese análisis complementan nuestros datos sobre la estructura de este nuevo mercado de drogas. Hemos agrupado a los detenidos de acuerdo con los niveles de mercancía delineados anteriormente³⁰. En primer lugar, como se aprecia en la tabla 7.5 se confirma la presencia de holandeses

³⁰ Los que superan las 100.000 unidades son tan pocos, que los hemos agrupado junto a los que manejaban decenas de miles de unidades.

Tabla 7.5. Detenidos en relación al tráfico de «éxtasis» en España por nacionalidad y nivel de unidades incautadas, 1987-1995 (N: 180)

<i>Nacionalidad</i>	<i>Unidades y decenas de unidades</i>	<i>Cientos de unidades</i>	<i>Miles de unidades</i>	<i>Decenas y cientos de miles de unidades</i>	<i>Total (N)</i>	<i>% total (filas)</i>
Españoles.....	35	16	17	57	125	69,4
Británicos.....	12	2	2	0	16	8,9
Holandeses.....	2	0	2	6	10	5,6
Italianos.....	2	5	1	1	9	5,0
Franceses.....	0	1	2	0	3	1,7
Belgas.....	1	2	0	0	3	1,7
Uruguayos.....	0	0	2	1	3	1,7
Cubanos.....	0	0	0	1	1	0,6
Croatas.....	0	0	0	1	1	0,6
Argentinos.....	0	0	0	1	1	0,6
Alcmanes.....	0	1	1	0	2	1,1
Americanos.....	0	0	2	0	2	1,1
Suizos.....	0	0	2	0	2	1,1
Venezolanos.....	0	1	0	0	1	0,6
Suecos.....	1	0	0	0	1	0,6
TOTAL: N.....	53	28	31	68	180	100,0
% TOTAL (col.)....	29,4	15,6	17,2	37,8	100,0	

Fuente: Elaboración propia a partir de análisis de noticias sobre 81 incautaciones y detenciones policiales aparecidas en la prensa nacional y provincial.

en los niveles más altos del mercado, trabajando casi siempre en grupos o «empresas» internacionales, en cooperación con residentes. Se confirma también la importancia de los ciudadanos británicos en el consumo y distribución del «éxtasis» en nuestro país, pero manejando cantidades menores y trabajando de forma mucho más «desorganizada» o independiente y mucho más cercana a los consumidores locales a los que han podido servir de modelo. Podría decirse, en sentido figurado, que los holandeses han contribuido de forma fundamental a la organización de la distribución y los británicos al «marketing». Un tercer sector a considerar es el de los ciudadanos italianos, que también mantienen importantes contactos con consumidores y distribuidores españoles, sobre todo en zonas de veraneo como Ibiza. En Italia se ha extendido también notablemente este comercio/consumo, pero tenemos menos datos fidedignos respecto a la escena italiana.

Por edades, los detenidos por la policía confirman algunos de los argumentos sobre los diversos niveles del mercado que presentamos anteriormente. En primer lugar, la amplitud del fenómeno del menudeo de «éxtasis», en el que participan muchos jóvenes de forma ligera sin concederle tanta importancia como a la venta de otras sustancias.

Tabla 7.6. Detenidos en relación al tráfico de «éxtasis» en España por edad y nivel de unidades incautadas (1987-1995) (N: 170)

<i>Edad</i>	<i>Unidades y decenas de unidades</i>	<i>Cientos de unidades</i>	<i>Miles de unidades</i>	<i>Decenas y cientos de miles de unidades</i>	<i>% total (filas)</i>
< 18 años.....	9,7	28,6	0,0	0,0	8,2
18-25 años.....	58,1	28,6	25,0	25,0	42,4
26-35 años.....	25,8	14,3	25,0	53,6	28,2
36-50 años.....	3,2	28,6	41,7	14,3	16,5
51-69 años.....	3,2	0,0	8,3	7,1	4,7
% TOTAL (col.).....	36,5	16,5	14,1	32,9	100,0

Fuente: Elaboración propia a partir de análisis de noticias sobre 81 incautaciones y detenciones policiales aparecidas en la prensa nacional y provincial³¹.

La edad de los detenidos con unidades o decenas de unidades corresponde bastante bien tanto con nuestra percepción del menudeo de «pastillas» como fenómeno joven, y también con nuestra descripción de los usuarios realizada en capítulos anteriores.

En los escalones intermedios, de cientos a miles de pastillas, se dan menos detenciones policiales. Parece como si éstos fueran los niveles más difíciles de acceder por parte de la policía en relación al número de participantes. En el nivel de los cientos se aprecia una alta participación de jóvenes menores de veinticinco años, incluso de adolescentes. En el nivel de los miles de unidades, sin embargo, la necesidad de capital financiero y relacional parece requerir una mayor edad y experiencia, lo que se confirma en los datos obtenidos de las detenciones policiales. En ese nivel predominan los mayores de veintiséis años (tres de cada cuatro).

Llama la atención la presencia de algunos detenidos mayores de cincuenta años en posesión de unas cuantas unidades de «éxtasis», probablemente para su propio uso o el de sus allegados. Ese dato podría confirmar el argumento de que esta nueva droga ha sido utilizada, al menos de forma experimental, por diversos grupos de edad.

Adquisición: La visión de los compradores

Es importante también comprender cómo acceden los compradores a una mercancía ilegal, cómo y por qué aceptan ciertos precios (y no otros), y por qué los episodios de violencia y desorden son mucho más raros de lo que se esperaría en

³¹ Hemos excluido las 55 detenciones practicadas en Andorra en junio de 1995 en relación a una partida de más de 15.000 comprimidos (34 andorranos y 28 españoles), pues no está del todo claro el papel de los detenidos en la distribución de «éxtasis» y, dado su número, hubiera sesgado el análisis de forma injustificada. En algunos casos no hemos encontrado noticias en las que conste la edad de los detenidos, aunque sí el sexo o la nacionalidad.

transacciones que no cuentan con el respaldo del poder estatal, como ocurre en los mercados legales (véase Moore, 1978; Reuter, 1983).

Una característica de la adquisición de «pastillas» que la diferencia notablemente de otros mercados de drogas deriva del hecho de que en todos los niveles de distribución, incluyéndose el más bajo, se regalan algunas pastillas o partes de ellas a los amigos y conocidos. En nuestra muestra de usuarios, la mitad declaraba que había recibido invitaciones o donaciones con frecuencia (véase tabla 7.7).

Tabla 7.7. Porcentaje de usuarios que han recibido donaciones o invitaciones «éxtasis» (N: 418)

<i>¿Te han invitado a tomar «éxtasis»?</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>	<i>Total</i>
Alguna vez.....	38,3	31,8	21,0
Muchas veces.....	51,1	52,0	34,0
Nunca.....	3,5	5,8	3,8
No responde.....	7,0	10,5	6,9

Sólo cuatro de cada 100 usuarios no han sido invitados nunca. Estos datos reafirman la visión del «éxtasis» como una droga social y compartida. Hay alguna diferencia en lo que manifiestan hombres y mujeres a este respecto en las invitaciones «iniciáticas», pero no en las más frecuentes.

Ese carácter interpersonal o grupal del uso de «éxtasis» se refleja en ciertas pautas de adquisición que resultan muy frecuentes en este mercado, como la de comprar varias pastillas no sólo para sí, sino para otros amigos y conocidos. Samuel, un usuario con amplia experiencia en el uso y comercio de drogas, reconocía que el «éxtasis», en comparación con otras, «es una droga que se regala mucho»:

¿Cómo adquieres normalmente el «éxtasis»?

Me lo han regalá'o la mayor parte de las veces y hay veces que se lo hemos compra'o a gente en discotecas...

Y se lo has compra'o siempre a alguien que conocías, ¿no?

No; hay veces en que... el que conociera yo o el que conociera el que viniera conmigo; es decir, las veces que he compra'o, que hemos compra'o en el F., normalmente se ha encargao de la compra mi otro vecino, que conoce a la gente.

¿Y crees que se ha regala'o bastante, como efecto, como modo de captación?; tú me has habla'o de que te han regala'o...

Como modo de captación, no, pero sí que es una droga que se ha regala'o bastante, que se comparte; es decir, es un gesto muy frecuente en las discotecas bacalaeras el ponerle una pastilla en la boca a otra persona [acerca dos dedos a mi boca imitando el gesto], no a alguien que no conoces, pero vamos...

¿Se compra en grupo o individualmente?

Sí, yo creo que es más frecuente comprarlo entre varios.

Más que a otras drogas, por ejemplo...

Sí. Seguro, porque la heroína siempre...

Pero, ¿más que la coca?

Más que la coca... La coca se consume mucho en grupo, pero yo creo que se compra mucho individualmente; es decir, que alguien, normalmente no se compra

entre varios una papalina, que suele llevar medio gramo o un cuarto de gramo, sino lo que hace es que alguien compra un cuarto, lo compra él y, luego, sí se comparte, ¿no? Pero creo que el «éxtasis» la gente se junta para comprar entre varios

(Samuel, nacido en 1966, residente en Madrid)

Percepciones de los usuarios respecto al consumo

Sonia, una usuaria y vendedora de veintidós años, que tomó «éxtasis» por primera vez en 1991, describe su visión de los cambios sufridos por el mercado y el consumo de «éxtasis». Se perciben en sus palabras no sólo datos más o menos contrastables, sino también una nostalgia sobre una «escena» o «mundo social» que seguramente nunca existió, pero que sirve de referencia a muchos usuarios de éstas y otras sustancias.

¿Qué sabes del uso del «éxtasis» en los últimos años? ¿Cómo has visto la evolución desde que tú empezaste hasta ahora, los diferentes sitios? ¿Qué diferencias has notado?

Muy rápida. Ha sido muy rápido todo. Era lo que te comentaba antes. De repente, en el noventa y uno de... la gente salía. Te entraban italianos. Te entraban franceses. Te entraba gente de Valencia. Pero sí, te vendían a cuatro. Lo mínimo eran los amigos, 3.500 ¿no?, en la calle. Y la calidad era mucho mejor. *Y de repente, llegar en el noventa y dos y todo el mundo tenía. Y todo el mundo tenía de todo. Y ya te las ofrecían en la calle a 1.500. Tenían nombres. Todo el mundo tomaba. Todo el mundo con las filás. Bailando más o menos igual. Muy en plan rave. Pero comercial, comercial. Entonces ha sido como... No me ha dado tiempo a saborearlo. Ha habido gente que lo ha conocido mejor que yo y yo lo he pillado casi en el final y he visto todo el cambio. Y me fastidia, ¿no? Me hubiese gustado haberlo conocido antes.*

¿De dónde crees tú que ha entrado en nuestro país? ¿Cómo?

¿Cómo? Yo creo que ha entrado por Ibiza.

¿A través de los guiris?

A través de todo. En Ibiza hay de todo. En Ibiza hay un tipo de gente muy encantadora. En lo que es Ibiza ciudad. Gente que lleva yendo allí desde hace años, que conoce la Ibiza de antes, pero que en el fondo tiene un poco de enganche con la isla. A lo mejor se ha comprado una casa por ahí, por las montañas. Es gente que no va por las discotecas. No van al Pacha'. No van al Space. ¿Por qué? Porque Ibiza ha cambiado. Se ha hecho comercial. En Ibiza, hacerse comercial ha ayudado a que todo lo que había en Ibiza se comercializase. Ahora el sitio «in» es Palma de Mallorca. Entonces, la gente que vive de la imagen, va a Palma de Mallorca. Pero hay mucho loqueta que iba a Ibiza a esparramar, porque los ibicencos es una gente muy encantadora. Saben que comen del verano y te respetan. Les dejan... Te dejan que hagas lo que quieras mientras tú respetes. Entonces, el tipo de gente que va es gente que sabe, que tiene dinero, que respeta. Por lo que sea, o bien porque lo ha tenido siempre o bien porque se lo ha trabajado y le gusta moverse en ese tipo de gente. Es más, más cultura. Más gente de mundo. Entonces ya, a esa gente tú ya no la ves de *marcha*. Yo cuando llegué a Ibiza ya era comercial. Si yo hubiese vivido Ibiza antes... Bueno, no me importaría volver a nacer y pillar esa época, la verdad. Porque, yo que sé, se notaba, se respiraba libertad por todos sitios. Se veía a la gente como... A finales de los sesenta, los

setenta. La mayoría de la gente *jipi* se iba allí. He oído historias de veteranos de estos *jipi* que iban a Ibiza. Gente holandesa. Gente americana que cuando iban con las motos a Ibiza hacían las redadas por fumar porros. Al principio, ¿no? Claro, eso me da pena porque he visto también cómo se ha hecho comercial.

¿Tú crees que ésa fue la gente que empezó a tomarlo?

Creo que sí, que hubo un poquito de todo. Toda esa gente que había más... de más... con una mentalidad más abierta, más al mundo. Hay mucha gente que nace en el mismo sitio y no se preocupa ni de preguntarse si hay más sitios a los que puede ir o de los que pueda aprender. Pero *hay otro tipo de gente que por lo que sea sí nace goloso, ¿no? Y esa gente es la que mueve todo de un sitio a otro.*

(Sonia, nacida en 1969, residente en Málaga. La cursiva es nuestra)

Hay bastante desconocimiento de los niveles altos del mercado entre los detallistas. Los consumidores, los operarios del menudeo, incluso los importadores que se mueven en los niveles bajos del mercado, no conocen a veces más que trozos limitados de ese puzzle que supone hoy el mercado de «éxtasis». No conocen si de verdad se troquea en España, ni el contenido real de lo que venden. Juana (1970) que ha vendido en varias ocasiones partidas de cientos de unidades (entre 200 y 500), muestra bien esa confusión e ignorancia respecto al contenido de las pastillas.

Me han estado contando que las estrellas, por ejemplo, vienen en una masa y ya de esa masa las sacas.

Sí; las prensas.

Las prensas y las sacas del molde, ¿no?

En realidad...; he oído muchas cosas pero ya no sé qué creer.

Como la gente no sabe lo que está tomando cada uno da su opinión y entonces... En realidad, a lo mejor lo que están tomando, es una cosa distinta...

Desgraciadamente... Yo me parece que lo que yo vendo es lo que yo creo. Eso es lo que más me interesa saber.

A ti, ¿qué te dijeron que era?

Em-di-em-ei (MDMA en inglés).

Cortado con...

Con anfetaminas. Tiene que tener... Según ellos... tiene que tener. Lo mejor es que tuviese un 80 y un 20 por 100. Un 80 de lo que es el polvo y un 20 de anfetaminas. Luego ya en un caso de 60 y 40 tampoco estaba muy mal, siempre y cuando no esté tocado con otra cosa. Tiene que ser anfetamina. En caso de que sea *speed* o LSD o cualquier porquería de esas me contaba que ya no era MDMA, era MDA.

¿Ellos te lo analizaron a ti?

No, pero cuando seguí y empecé a comprar con el otro señor, fue cuando ya lo conocí en su casa.

Cuándo... ¿Quién?

La chica ésta... Mi amiga. Cuando mi amiga empezó a comprar al otro chico, no...

¿Ésa es de la que me contaste?

Sí, la que yo conocí. Esa chica... La tía que, hoy por hoy, hace las cápsulas que compro yo estaba analizando esa cápsula...

¿Para la tía que tú me contaste que tiene un teléfono e informa?

Sí, esa tía que hoy por hoy las hace. A la que yo se la he comprado este año. Hace dos años yo la conocí en casa de S. y ella tenía ese contacto que se llamaba F. y fue la que miró la cápsula de S. La que yo estaba comprando en aquel momento por esa persona... Me parecen más fiables. Son menos fuertes que las otras. Son diferentes que las otras. No es decir que las otras sean malas. Viene el avión o qué pasaba, pero son... Son buenas.

(Juana, nacida en 1970)

Venta al detalle y consumo

Los distribuidores y los consumidores perciben un gran salto en el consumo desde 1992, así como una creciente mercantilización de estas drogas que fueron algo «comunal» que se compartía festivamente. Por ejemplo, Susana, de veintitrés años, la detallista de la que hablamos antes, piensa que el uso de «éxtasis» se está extendiendo rápidamente en las zonas que ella frecuenta y conoce:

¿Cuánto se puede estar consumiendo aquí?

Mucho...

Me refiero a la costa entera...

¿La costa entera?... Mucho. La gente ni se imagina. Date cuenta que los tíos hoy en día se comen 10, 15, 20. Y eso empieza pues... Desde Barcelona hasta Gibraltar y ya tienes que pasar, pues, por Salou... En Salou no hay mucho, pero ahora me imagino que habrá más. Cuando yo fui hace dos años, hace tres años, dos... Dos años no había mucho. No era tan comercial como aquí, como en otros sitios. Como en Ibiza, por ejemplo. No era tan fácil ir por la calle y cualquiera no, no te preguntaba por un «éxtasis». Cualquiera por hachís o algo así. Pero tienes Valencia por medio. Tienes otros muchos sitios. Alicante... Aquí mismo...

¿Tú crees que aquí se consume más o menos que en Valencia?

Igual hasta más. Valencia lo mismo está ya hasta más mascadillo.

(Susana, nacida en 1971)

Venta «a fiado»

Como hemos dicho, la venta al por mayor a crédito permite la participación de detallistas más jóvenes que en el caso de otras drogas. Estrella, una distribuidora de nivel alto (ha llegado a manejar miles de pastillas) cuya historia hemos leído anteriormente, nos contaba su visión de ese proceso de venta «a crédito»:

... el mercado de las pastillas tiene un funcionamiento distinto al de la farlopa en el sentido de que, por ejemplo, las pastillas las venden en las fiestas muchos camellos jovencitos y eso no ocurre con la farlopa, ¿me entiendes...?

¿Eso tú sabes por qué es? Porque normalmente el «éxtasis» se fía. El «éxtasis» se fía. La coca no se fía. La coca, tú compras 10 gramos y tú tienes que pagar en «cash» por adelantado los 10 gramos que compres. En cambio tú los «éxtasis», vas a alguien que conoces y le pides 100 «éxtasis» y los 100 «éxtasis» te los deja fía'os. Tú tienes unos días pa' pagarlos. Entonces, ¿qué pasa?: que es más asequible

a gente que no tiene un duro, porque no tiene un duro, pero dice: bueno, conozco a éste que me fía, me los deja, los vendo y luego saco las *pelas*. La coca, no. Entonces, yo creo que es por eso.

(*Estrella, nacida en 1964*)

La «fiesta» como lugar de distribución

Hay una relación entre los *raves* o «fiestas» multitudinarias y el menudeo y consumo de «éxtasis», aunque no todos lo que acuden a esos eventos consumen estas drogas, ni el consumo se limita a los que gustan de tales encuentros músico-festivos. Las «fiestas», en cualquier caso, son lugares importantes para el menudeo de «pastillas» y hemos tratado de comprender las relaciones habituales entre su organización y desarrollo y tal comercio. Susana, que ha vendido «éxtasis» al detalle en muchas de esas «fiestas», comentaba su experiencia

¿Cuánto puedes llegar a vender en una rave como la de A. [septiembre 1994]?

No. Hablando de mí, no. Pero mira... No hablemos de mí, porque mi caso es un caso aparte...

¿... alguien que esté trapicheando?

Yo tengo colegas que venden. Pues eso que... sacan 300 o si tienen gente vendiendo para ellos sacan hasta 500 diarios.

Esos 500 los reparten entre los niños, que son los que los van vendiendo...

Los niños van a preguntarte para que se los dejes fia'os. Es decir, que aquí no hay nadie... La gente muchas veces se piensa que vas a la puerta del colegio a sacar a los niños y a llevarlos a ...Y es que no, la María está demasiado ocupada viendo el culebrón y el otro está demasiado ocupado bebiéndose el whisky después del trabajo y no se dan cuenta de que su niño está por ahí, ¿eh?, y que como su padre no le da dinero, porque los vicios que él está teniendo su padre no se los puede mantener, ¿eh? Entonces, sí... Entonces tiene que coger pastillas fiadas y entonces va y dice: «Oye, ¿tienes y tal? ¿Me dejas fiadas?» Y el otro pues, oye, antes de correr el riesgo, prefiere ganar 300 menos y que el otro corra el riesgo. Pero que aquí no se engaña a nadie. ¿Entiendes? Que aquí la mayoría de la gente... Yo lo he visto. Al principio me asustaba y decía... Odiaba las drogas y decía: desde luego, la gente cómo puede ser, dárselas a los críos. Cuando empecé a trabajar en esto me di cuenta que aquí no se engaña a nadie, que la gente te entra: «Oye, ¿quién tiene *tripis*?» Que antes de que yo supiese lo que era un *tripi*, yo trabajaba de relaciones públicas y la gente me preguntaba que quién tenía *tripis*. Yo no tenía ni idea de lo que era un *tripi* y me estaba preguntando gente que era más pequeña que yo. Falta de información. La gente toma la información en sitios erróneos. Que... en el fondo todo lo que es prohibido atrae a la gente. Todo lo que te dicen no, te atrae.

¿Qué edad tienen esos niños que están trapicheando?

Ahora ya, hasta catorce... y quince o dieciséis.

¿Qué tipo de niños son? ¿Tú crees que son hijos de trabajadores o niños de *pelas*?

La mayoría buscavidas... Se saben buscar la vida de una forma o de otra, ¿no?... Ahora el trabajo está más difícil. Entonces casi todo el mundo intenta tirar

de aquí o de allí... Se hacen sus bisnillos. Si no tienes trabajo y vendes un poco de hachís, pues igual te sacas 4.000 pesetillas por noche. Luego hay otra gente que lo hace, pues para lo que comentábamos, para pagarse la *rave*. Los niños lo hacen para pagarse la *fiesta*, comprarse la ropa de marca, que a lo mejor sus padres pasan de comprársela. Pero yo pienso que la gran mayoría son clase media. Normal, gente normal. Sí. Hay algún lunático, hijo de papa', que se ha metido. Pero éstos son los menos.

(Susana, nacida en 1971)

Otro aspecto a considerar es la participación de los organizadores o de otros profesionales relacionados con las «fiestas» en el comercio de «éxtasis». Se trata de un tema muy manido, que todo el mundo comenta, pero que no resulta fácil de probar. En el discurso y la percepción de los usuarios, ése es un elemento central. Marga (1970), una usuaria andaluza que menudea regularmente pastillas, asidua a las «fiestas», presenta una visión muy común de la asociación entre «fiestas» y el negocio de las «pastillas».

¿Tú crees que lo que mueve la *rave* son la pastillas?

También veo que la *rave* es un poco de montaje. Un montaje que organiza alguna gente pa' vender pastillas también, ¿no? Venga, que yo tengo ahora mil pastillas aquí y que quiero soltarlas. Me reúno con esta gente, que saben de música, reúno a cuatro disc-jockeys, y monto una *rave* en C., y ya está. Monto una *rave*, ahora cobro a dos *talegos* la entrada. No sé. Luces computerizadas, espectáculo de mierda todo, que to' es mentira siempre. Cobran dos *talegos* que es muy caro, sin ninguna consumición, y luego, pagas dos *talegos* y sí, hay música y to' el *rollo*, pero... Una persona por ejemplo, que no haya ido nunca que dice: ¡Ah, hay una *rave*! Luces de esto, pa' acá, pa' allá, pa' allá, ¿no? Y ahora pagué dos *talegos* pa entrar y no veo nada, na más que gente bailando y gente a su *rollo*. Además, poco contacto entre la gente. Tú dime: ¿no le gusta más ir a esos sitios? Tiene que empezar a consumir. Es obligatorio, vamos, ir y consumir. Hay también gente que bebe, pero yo creo que la gran mayoría consume, eh.

¿Tú crees entonces que la gente que monta la *fiesta* vende pastillas?

Yo no lo sé, ¿tú lo sabes? Yo no lo sé, vamos, pero es que no veo que ganen dinero con la *fiesta*, ¿qué dinero van a ganar? Las barras vacías, entrada a dos *talegos* a lo mejor, gente que se cuele tía, ¡que yo hace que no pago en una *rave*! No ganan dinero. Entonces esto debería de haber muerto ya, ¿qué es lo que hace que se mantenga? Pues la venta de pastillas y las ganas de la gente por salir, creo yo. Tú dime: yo organizo una *rave* grande, alquilo un sitio que me cuesta medio *kilo* alquilarlo por dos días...

Depende. Porque una *rave* como la de P. sí que puede dejar dinero. Sin embargo, no pasa lo mismo con una *rave* organizada en Los P...

«Los P.», por ejemplo aquí en «El R.», sin ir más lejos en el «R.-R.» cuando estaba. Pues eso, eso yo vi que era un negocio, ¡eh, tía! Yo no sé si las primeras *raves* también, ya na' más con el dinero que se te va en alquilar un sitio, ¿no? Y luego paga los D-J, y luego paga las coca-colas, los refrescos, todo lo que tengas tienes que pagarlo, ¿no?, tú. Si luego la gente apenas bebe, porque yo siempre que he ido «al B.»..., ¡y es el B. tía! El B., que no costaba nada entrar, no costaba na'. Yo no sé si lo tenían alquilado, eso lo dejaron, yo no sé cómo iba eso. El Banana, que no valía na' entrar y que luego te ibas a la gasolinera al la'o, te traías las copas y podías entrar perfectamente con tu litro de cerveza allí. En la

barra, 400 *pelas* una cerveza, pues dime tú quién es el pringa'o que se compra allí, se gasta 400 pesetas en una Heineken, y no se trae un litro de la gasolinera. Qué dinero, yo no veo que ganen dinero, vamos.

A mí me ha dado esa impresión en el M., porque allí tú vas por las noches y es muy poca la gente que consume...

¿No se consume?

Sólo se consumen fantas de naranja y debe ser difícil mantener un pub así en el P. D. de M. ...

Algo tiene que haber, tía. Eso no se mueve así. Lo que es de mover dinero, desde luego no ganan dinero, vamos. Yo creo que no.

(Marga, nacida en 1970)

LOS PRECIOS DEL «ÉXTASIS»

La formación de los precios es uno de los elementos centrales del estudio del comportamiento microeconómico. Las leyes fundamentales del mercado son especialmente visibles en ese proceso, por lo que su estudio y modelado constituye uno de los ejes de nuestro conocimiento de la conducta económica de individuos y grupos en una economía monetaria. En los mercados ilegales de drogas se dan algunas condiciones que generan una competencia «imperfecta» en la oferta y una mayor inelasticidad en la demanda que en otros objetos de consumo. Pero ninguno de esos factores hipotéticos (la desproporcional respuesta de los usuarios al alza de los precios, por ejemplo) nos es bien conocido. El de los precios de las drogas, sus variaciones y su aceptación por la competencia y los compradores es uno de los aspectos centrales a estudiar en estos mercados. Este estudio no es fácil, pues carecemos de datos contrastados respecto a casi todas las etapas y niveles del proceso y, más aún, respecto a su evolución temporal. En nuestro repaso de la literatura y nuestro trabajo de campo hemos ido acumulando todos los datos disponibles sobre los precios de este nuevo producto que supone el «éxtasis». Presentamos aquí algunas de las conclusiones más fundadas que sobresalen de ese análisis.

La evolución de los precios

El orden de nuestro conocimiento de los precios del «éxtasis» sigue el mismo esquema que hemos ido utilizando anteriormente: empezamos a tener noticias de la MDMA y sus análogos como objetos de amplio consumo en publicaciones norteamericanas de los ochenta; en la Europa de finales de la década se produce un gran salto en el uso y las referencias a ese producto, sobre todo en los Países Bajos y el Reino Unido, y en los noventa las referencias conciernen a más y más ciudades y países.

Así, contamos con datos respecto a Nueva York, cuando en febrero de 1986 se analizan un conjunto de aprehensiones entre las que destaca para nosotros una muestra de unos 3 gramos de polvo blanco que se adquirió por correo desde Boulder (Colorado), pagando por ella 300 dólares y que contenía hidroclorato de MDMA

puro en un 95 por 100. Es decir, el comprador estaba adquiriendo un gramo de MDMA casi puro a un precio de 100 dólares, y podía, pues, obtener muestras de unos 100 miligramos de MDMA muy puro a 10 dólares³².

Es probable que esta forma de distribución fuera más frecuente en los años anteriores, cuando todavía no se había incluido la MDMA en la lista de sustancias prohibidas.

Holanda

Los primeros traficantes holandeses, que compraban «éxtasis» en 1986 a ciudadanos ingleses y americanos, cuentan que esos importadores tenían una idea clara de lo que tenía que costar la mercancía en cada nivel de distribución y, a pesar del crecimiento de los niveles de distribución, parece que en 1992 todavía se pagaban precios bastante semejantes a aquéllos. El precio medio de venta al público rondaba entonces los 35 florines (2.625 pesetas aproximadamente) y es el mismo que impusieron los ciudadanos ingleses y americanos que comenzaron a traficar con esta sustancia. En los niveles más bajos (sin venta al público) se pueden vender pastillas con diferencias en el precio de 5 florines siempre que se hayan comprado en los niveles 100 ó 1.000.

En los años siguientes se van consolidando los precios, que parecen tener cierta estabilidad en el período de consolidación del mercado en los Países Bajos. En la tabla 7.8 presentamos un resumen de los precios por niveles del mercado en Holanda en ese período crucial.

Tabla 7.8. Precios de las pastillas en Holanda por niveles de mercado, 1991-1992

<i>Nivel de distribución</i>	<i>Precio (florines)</i>	<i>Equivalente (pesetas)</i>
Nivel 100.000's pastillas	7-10	500-750
Nivel 10.000's pastillas	10-14	750-1.000
Nivel 1.000's pastillas	14-17	1.000-1.275
Nivel 100's pastillas	17,5-22,5	1.350-1.685
Nivel 10's pastillas	35-40	2.625-3.000
Pastillas sueltas	35-75	2.625-5.500

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Korf y Verbraeck, 1993: capítulo 8.

Como puede verse, los mayores beneficios por unidad se sitúan en los escalones medios y bajos del mercado, comprando en el nivel 100 y vendiendo pequeñas cantidades y comprando en el nivel 1.000 y vendiendo hacia el nivel 100. Informantes que trabajan en este último nivel compran partidas de 1.000 pastillas a un precio de 2,50/7,50 florines la unidad. En los niveles superiores a estos dos, los márgenes

³² Laboratorio de la DEA en Nueva York, febrero de 1986, comunicación restringida.

de ganancias son mucho menores, aunque se trate de cantidades mayores de pastillas y dinero (Korf y Verbraeck, 1993: 183). Esto concuerda bien con lo que nos contaban algunos de los operarios españoles.

En los precios suele haber cierta versatilidad, dependiendo de la relación entre los actores que participan en la transacción, así como la forma de pago. Según los autores antes citados:

Los amigos suelen pagar 27,50 florines, los conocidos 35 florines y los clientes que vienen de fuera de Amsterdam pagan unos 40 florines por término medio³³. El nivel más bajo es el que ha mantenido más estabilidad en los precios. Había una presión colectiva sobre los menudeadores, de forma que alguien que vendiera demasiado barato podía verse presionado por otros vendedores (Korf y Verbraeck, 1993: 182).

Reino Unido

Sobre los precios en Inglaterra no tenemos datos tan fiables ni exactos como para los Países Bajos. Las referencias encontradas aquí y allá en la literatura, o en nuestras entrevistas a turistas y usuarios que han viajado al Reino Unido, confirman sin embargo la idea de que los precios han decrecido en el período de extensión del «éxtasis».

Así, en 1988, cuando comienza a popularizarse la MDMA en Londres, Manchester y otras grandes ciudades inglesas asociado a la música «acid house». Se vende a precios que van de las 15 a las 30 libras esterlinas por comprimido; es decir, entre 3.000 y 6.000 pesetas la unidad (Redhead, 1993: 9). En 1992 podían comprarse «pastillas» por 14 y hasta 10 libras esterlinas (2.800 a 2.000 pesetas), y en 1996 se pueden comprar «pastillas» por 8 y hasta 5 libras (1.600 a 1.000 pesetas).

España

Aquí, los precios del «éxtasis» han bajado también notablemente en los últimos años, en paralelo a la extensión de su consumo y al aumento de las confiscaciones.

Entre 1986 y 1989, los precios mostraron una primera caída, en paralelo al carácter de la mercancía, que pasó de ser un producto «exótico» a uno de demanda reducida pero adaptado ya al «menú» local del consumo de drogas. Si hacia 1988 se llegaba a pagar entre 7.000 a 9.000 pesetas por un «éxtasis» en la calle, entre 1989 y 1991 los precios al detalle oscilaban en Madrid entre 3.000 y 5.000 pesetas por unidad. Cuando se compraban en lotes de 1.000 pastillas, la unidad no bajaba de las 1.500 pesetas. Había una considerable variación local en los precios, que solían ser más baratos en Ibiza, lo que apunta a esa isla como centro de distribución para gran parte de España todavía en esa época. En unidades para el consumo, en Ibiza se

³³ La variación del precio puede que sea mayor si tenemos en cuenta que en todos los niveles de distribución, incluyéndose el más bajo, se dan pastillas o partes de ellas gratis a los amigos.

vendían en 1988 por unas 3.000 a 4.000 pesetas, mientras en Madrid podían pagarse de 6.000 a 8.000 pesetas dependiendo de la calidad estimada del producto y la confianza con los vendedores.

En 1990 los precios habían descendido alrededor de las 5.000 pesetas. En 1992 los precios en la calle siguieron cayendo. Se apreciaba un aumento de la oferta y de la competencia. A mediados de 1994 encontramos en nuestro trabajo de campo que las «pirulas» podían adquirirse hasta por 2.500 el comprimido, aunque su precio más común era de 3.000 pesetas. Las cápsulas seguían siendo más caras y se llegaba a pagar hasta 5.000 pesetas por una. A lo largo de 1995 aún seguirán bajando y se pueden adquirir comprimidos por 2.000 pesetas la unidad e incluso más baratos. En 1996, los precios han llegado a situarse a 1.500 pesetas, e incluso por debajo de las 1.000 pesetas en algunos casos.

Los precios aumentan al alejarnos de los centros importadores como Ibiza, Madrid, Barcelona o Valencia. En Sevilla, por ejemplo, las mismas pastillas que en Madrid costaban 2.000 pesetas se pagaban a 2.500 o incluso a 3.000 pesetas. También se apreciaba una gran oscilación temporal de unos momentos a otros en la misma zona de consumo. Jaime, un trapichero madrileño de veintiún años, nos decía: «Hay malos días que nadie tiene y te cuesta más buscar. Hay otros que por 5.000 pesetas pagadas a tocateja sacas tres pastillas.»

Y, por último, conviene atender a la variación que han mostrado los precios en relación a la variedad de comprimidos y cápsulas que se ofrecen como «éxtasis» y que en muchos casos han perdido ya el nombre genérico y se las conoce por su denominación específica («soviéticas», «delfines», «charros», etc.). Por aquellas variedades que se consideran mejores se ha podido llegar a pagar un 50 y hasta un 100 por 100 más en el mercado al detalle. En el capítulo siguiente exploramos este aspecto de la variación de las pastillas y sus contenidos. Recordemos que también se daban en Holanda esas variaciones de precios asociadas a las «marcas» de mayor prestigio entre los consumidores.

En cualquier caso, la caída de los precios al por menor en un entorno de creciente demanda indica un aumento de la disponibilidad del «éxtasis». Los vendedores perciben con claridad la caída de los precios. Susana, de veintitrés años, por ejemplo, ha sido testigo de esa caída de precios en los últimos cuatro años.

Las primeras que compraste, ¿a cuánto valían?

Empecé ya conociendo a gente que compraba cantidades. Entonces, a mí me salía siempre mucho más barato. Pero sí, las he conseguido..., lo más caro que las he conseguido así ha sido a 3.500. He pagado una cápsula aquí a cinco [se ríe] y era una porquería, [ríe] pero bueno, no me importa pagar. Yo... yo entiendo que hay gente que come de eso y ya está. Tampoco me gusta que me engañen; pero que no soy la típica persona que va: «venga, déjame lo más barato», y tal. El precio que tú me digas y luego yo ya veré si lo quiero o no.

¿Cómo han variado los precios en el mercado?

Mucho. Desde... de lo que te comentaba, en Madrid las cápsulas a 5.000 y en Ibiza a 4.000, y ahora en Ibiza igual puedes encontrar por 1.500, y aquí también. Conociendo gente las encuentras. En la calle 3.500, 3.500: precio estándar. La

mayoría de la gente ya a tres. Ya si conoces a gente, mucho más barato. Pero eso de a cuatro y cinco ya no se ve.

¿Por qué ha variado el precio?

Porque ahora hay un mercado más grande. Hay muchos más, hay más gente comprando. Gente menos informada. Que le venden, que le da igual; sólo mira el precio, no le importa la calidad.

(Susana, nacida en 1971)

Las palabras de Susana reflejan también una experiencia muy común entre los usuarios que perciben que ha habido también importantes oscilaciones en la calidad de las pastillas, o sea, en la pureza y contenido de MDMA. Este proceso es referido por informantes que conocen el mercado y la elaboración del producto, quienes indican que tras las primeras fases de promoción de una nueva variedad de pastillas (con frecuencia de color, forma o dibujo peculiar) hay una disminución en su pureza y contenido de MDMA. El fenómeno también es referido por casi todos los usuarios veteranos, y en parte es efecto de cierta «nostalgia» o cierto error de memoria que también ocurre con otras drogas.

Con todo, las «pastillas» y el «speed» son un sustituto muy económico de la cocaína, hoy la droga ilícita más cara de las que se utilizan comúnmente en España, tras el notorio descenso de los precios de la heroína. Como «drogas para bailar» al son de la música repetitiva, percusiva y sintética, o como drogas para «alternar» y pasar a un estado emocional y mental acorde con los períodos de ocio muy valorados y de los que se quiere sacar el máximo partido, constituyen un interesante objeto de consumo que cubre muy eficazmente una necesidad ampliamente sentida por numerosos jóvenes españoles.

VIII

EL CONTENIDO DE LAS «PASTILLAS». PERFIL QUÍMICO DEL «ÉXTASIS»

EL CONTENIDO DE LAS «PASTILLAS» EN ESPAÑA

Como hemos dicho, el «éxtasis» se presenta casi siempre en forma de comprimidos y, en menor medida, de cápsulas. Pero, ¿qué es lo que realmente se vende y se compra bajo forma o marca de *éxtasis*? ¿Qué es lo que ingieren los usuarios cuando «se comen» esas pastillas? Hemos tratado de responder a estas preguntas con rigor, pues una gran parte de las cuestiones que plantean estos nuevos usos de drogas dependen de esa respuesta. De un lado, los efectos que produce el «éxtasis» y con los que se especula y debate constantemente vienen determinados primariamente por su composición. Lo mismo puede decirse de los potenciales riesgos derivados de la toxicidad de los compuestos utilizados.

Hemos revisado los resultados de todas las muestras analizadas de las que hemos podido encontrar datos, tanto en nuestro país como en otros donde se ha producido un importante consumo de «éxtasis». En España hemos analizado datos de todos los estudios y análisis realizados por cuatro laboratorios en los últimos cuatro años, construyendo tres muestras amplias y detalladas que corresponden a diferentes eslabones del mercado, desde la importación al menudeo, en diversas regiones españolas. Sus resultados ofrecen una visión bastante completa y consistente del perfil del «éxtasis» en España, así como de su reciente evolución.

Repasemos ordenadamente los datos con los que contamos, primero sobre nuestro país y luego sobre otros países europeos. Empezaremos por los escalones más altos del mercado y los laboratorios que ofrecen datos más antiguos sobre estas sustancias.

Muestras analizadas

Ministerio de Sanidad, Barcelona

Varios miembros del Laboratorio de la Delegación en Cataluña del Servicio de Restricción de Estupeficientes del Ministerio de Sanidad y Consumo presentaron

hace unos años los resultados de una revisión que realizaron sobre los dictámenes emitidos en relación a 870 incautaciones de anfetaminas o derivados analizadas entre 1985 y 1992 (Bengoechea, Batlle y Batlle, 1993). Su repaso constataba un notorio incremento de las cantidades decomisadas en los siete años estudiados, lo que parece indicar (de acuerdo con los autores) un aumento del consumo, aunque hay cierta indefinición respecto a este punto, pues en otro lugar atribuyen el incremento en las aprehensiones a un «aumento de los efectivos policiales y su eficacia, junto con un cambio cualitativo en la política antidroga» que «ha hecho aflorar mayores cantidades de anfetamina de tráfico ilícito» (1993: 4). En lo que concierne a las incautaciones que contenían MDA y análogos, el aumento de las aprehensiones es todavía más notable que en el caso de las anfetaminas. La evolución de las «unidades de dosificación» que llegaron a su laboratorio para ser analizadas en esos años se resume en la siguiente tabla:

Tabla 8.1. Evolución de las dosis de MDMA y análogas analizadas entre 1985 y 1992 por el Laboratorio de la Delegación del Ministerio de Sanidad y Consumo en Barcelona (N: 2.668)

Año	MDA	MDMA	MDEA	Totales
1985.....	16	0	0	16
1986.....	1	0	0	1
1987.....	5	0	0	5
1988.....	3	0	0	3
1989.....	4	0	0	4
1990.....	7	53	0	60
1991.....	17	564	0	581
1992.....	314	1.151	533	1.998

Fuente: Bengoechea, Batlle y Batlle (1993: tabla 6).

La primera observación que sugieren los datos concierne a la presencia ya en 1985 de pequeñas cantidades de MDA en el mercado local, lo que resulta congruente con nuestros datos sobre el consumo de «cápsulas» y «mescalinas» en Levante por esa época.

El bajo nivel de aprehensiones en los años siguientes también apoya nuestro modelo de un periodo de lenta expansión y popularización hasta 1992, cuando se observa un salto en las unidades analizadas. Considerando que se trata del análisis de las incautaciones ordenadas por jueces en la delegación catalana, ese incremento es un índice parcial, pero coherente con el modelo de expansión temporal presentado en el capítulo 3.

En las partidas analizadas, la MDMA y sus análogos suelen presentarse en forma de comprimidos, con pesos comprendidos entre 250 y 600 mg, con un diámetro entre 8 y 13 mm. A continuación estudiamos pormenorizadamente el análisis de los comprimidos que este laboratorio detectó más frecuentemente.

En otro lugar, ese mismo laboratorio del Ministerio de Sanidad y Consumo en Barcelona ha proporcionado información sobre los tipos más frecuentes de comprimidos de «éxtasis» analizados en 1992, 1993 y 1994¹. Se trata de 17 tipos en 1992-1993 y de otros tantos en 1994, que contenían los principios activos que aparecen en la tabla 8.2.

Tabla 8.2. Contenido de los 34 tipos de comprimidos de «éxtasis» analizados por el Laboratorio del Ministerio de Sanidad y Consumo. Barcelona, 1992-1994

<i>Sustancia</i>	1992-93	1994
MDMA	6	4
MDA	1	0
MDEA	9	12
Cafeína, anfetamina y flunitrazepam.....	1	0
Propoxifeno y flunitrazepam	0	1
TOTAL	17	17

De esos principios activos hemos analizado por separado sus pesos (en mg), así como su riqueza y contenido de principio activo, por los diversos períodos en que se agrupaban, como para el total (1992 y 1993, así como 1994). Los resultados aparecen en la tabla 8.3.

El «éxtasis», según estos análisis, se presenta en forma de comprimidos de unos 300 mg, de entre 8 y 10 mg de ancho y 3 a 4 mg de alto. Algunos ejemplares resultan excepcionalmente grandes en comparación, alcanzando los 500 y 600 mg, aunque con frecuencia se trata entonces de productos que no contienen MDMA o sustancia análoga.

El principio activo que contenían con más frecuencia fue la MDEA, seguida de la MDMA. Otros compuestos relacionados incluían la MDA, así como anfetaminas, 4-metoxyanfetamina, fenproporex y MDP2P.

La riqueza media de los comprimidos más comunes en el entorno catalán parece haber aumentado ligeramente en 1994 respecto a los valores de 1992 y 1993, manteniéndose sin embargo en torno al 33 por 100 de media.

El contenido de principio activo en miligramos era mayor para las unidades que contenían MDA (las menos), seguido de MDEA y menor de las otras en el caso de la MDMA. Las diferencias entre estas dos últimas sustancias, sin embargo, no era importante. Se trata en cualquier caso de dosis relativamente bajas, que se mueven en el entorno de los 70 a los 105 mg, con algunos pocos casos en los que el contenido es varias veces menor o mayor.

Los diluyentes o excipientes más frecuentes eran la lactosa y la celulosa, que no tienen una acción psicofarmacológica perceptible. Los comprimidos de MDMA

¹ Publicado en: *Microgram*, 1993, núm. 26(7), p. 147; 1994, núm. 27(7), p. 204.

Tabla 8.3. Descripción de los contenidos de MDMA y análogos en los tipos de «éxtasis» analizados por el Laboratorio del Ministerio de Sanidad y Consumo. Barcelona, 1992-1994

	Número de casos	Peso comprimido (mg)	Riqueza (%)	MDMA contenido (mg)	MDEA contenido (mg)	MDA contenido (mg)
Medias 1992-1993	17	302,8	32,0	81,7	89,3	113,3
Medianas 1992-1993.....	17	300,0	29,7	68,4	83,9	113,3
Des. est. 1992-1993	—	90,9	12,1	39,8	15,3	—
Medias 1994.....	17	342,4	34,4	80,0	105,4	—
Medianas 1994.....	17	280,0	36,9	81,3	103,6	—
Des. est. 1994.....	—	164,1	11,9	17,1	6,5	—
Medias 1992-1994	34	322,6	33,2	81,0	98,5	113,3
Medianas 1992-1994.....	34	295,5	34,9	79,6	100,4	113,3
Desv. est. 1992-1994	—	131,0	10,4	28,3	13,1	—

Fuente: Laboratorio de la Delegación en Cataluña del Servicio de Restricción de Estupefacientes del Ministerio de Sanidad y Consumo ²

y análogos contienen muy pocos adulterantes en comparación con los comprimidos de anfetamina o la anfetamina en polvo. A diferencia de los compuestos de anfetamina, que en un 90 por 100 de los casos contienen cafeína, los comprimidos de MDMA y análogos contienen ese estimulante en una proporción menor del 10 por 100; sólo en un 13 por 100 de los casos se encontraron anfetaminas en los «éxtasis» analizados.

De otro lado, en pocas ocasiones se encuentran en las mismas pastillas MDA y derivados junto a fármacos legales elaborados por la industria farmacéutica. Lo mismo reportaban Bengoechea y sus colaboradores para todas las muestras de anfetaminas y derivados (Bengoechea, Batlle y Batlle, 1993: 4).

Muestra de análisis realizados por laboratorios policiales

Hemos podido disponer también de los resultados de los análisis realizados por el Laboratorio Químico de la Comisaría General de Policía científica a muestras de 36 incautaciones de «speed» o «éxtasis» y que fueron identificadas como derivados de las anfetaminas ³. De ellas, 26 contenían comprimidos o cápsulas e iban a ser comercializadas como «éxtasis». Los análisis se realizaron entre enero de 1994 y

² *Ibidem.*

³ Para el análisis se utilizaron las técnicas siguientes: Cromatografía de Gases, Espectrofotometría de Infrarrojos por Transformada de Fourier, Espectrofotometría de Masas y Cromatografía Líquida de Alta Resolución. Con esta última técnica se llevó a cabo la cuantificación. Con una de las muestras fue preciso utilizar la técnica de Resonancia Magnética Nuclear para su identificación, «ya que su comportamiento analítico era similar pero no coincidía con ningún compuesto anfetamínico hasta ahora conocido por este laboratorio» (Dirección General de la Policía, mayo de 1995; comunicación restringida).

marzo de 1995 (las incautaciones se habían producido unas semanas antes en cada caso) y provenían de una variedad de servicios policiales de 10 provincias diferentes ⁴.

Esos 26 decomisos sobre los que tenemos información detallada corresponden a incautaciones de más de 270.000 comprimidos y cápsulas, por lo que suponen un alto porcentaje de las aprehensiones policiales de ese período en toda España y nos dan una idea de ese sector de la oferta que fue interceptado por las fuerzas policiales.

Las 10 partidas restantes totalizaban cerca de 5 kg de sustancias pulverulentas y que se vendían como «speed». Del análisis de muestras aleatorias de esas partidas resultó que todas contenían sulfato de anfetamina en proporciones muy variables (de 1 a 91,8 por 100), con una riqueza media del 32,8 por 100. En nueve de los 10 casos también se encontró cafeína, con una riqueza media de esta sustancia del 48,9 por 100. Usualmente, el contenido de cafeína era inversamente proporcional al de anfetamina; las partidas con un contenido menor de anfetamina solían contener porcentajes mucho más altos de cafeína, y viceversa.

Tabla 8.4. Principios psicoactivos encontrados en las incautaciones de comprimidos y cápsulas de «éxtasis» analizadas por laboratorios policiales. España, 1994-1995 (N: 26)

<i>Sustancia</i>	<i>Número de partidas</i>	<i>% total</i>	<i>Riqueza media (%)</i>	<i>Contenido medio (mg)</i>
MDA	2	7,7	45,6	113,0
MDMA.....	7	26,9	40,8	99,0
MDEA.....	10	38,3	33,3	95,8
MBDB.....	1	3,8	53,0	151,6
Metanfetamina	3	11,5	15,3	n. c.
Anfetamina y cafeína.....	2	7,7	5,2/7,6	14,4/26,1
Anfetamina	1	3,8	14,5	30,5
TOTAL.....	26	100,0	—	284,9

Fuente: Dirección General de la Policía, mayo de 1995.

En dos ocasiones, los comprimidos que contenían como principal principio activo MDEA contenían también pequeñas cantidades (menos de 10 mg) de cafeína.

Una de las partidas analizadas, que procedía de Valladolid y de la que se analizaron cuatro ejemplares de comprimidos de unos 332 mg, con una riqueza de MDA muy elevada (71 por 100). Cada comprimido, por lo tanto, contenía unos 231 mg de esa sustancia, una dosis excepcionalmente alta.

Se trataba casi siempre de comprimidos (en tres casos se trató de cápsulas) de diversos colores (blanco, rosa, rojo, rosa pálido, beige...) con formas diversas y un

⁴ Albacete, Alicante (Elda), Barcelona, Bilbao, Castellón, Madrid, Murcia (Cartagena), Valencia (capital y Alzira), Valladolid y Zaragoza.

tamaño entre 8 y 10 mm de diámetro y 3 a 4 mm de altura (convexidad y textura variable); algunas lisas y otras con anagramas diversos, como los del muñeco «Fido dido», los aros olímpicos, la hoz y el martillo, etcétera.

Los excipientes más comunes eran la lactosa (52 por 100) y el almidón (35 por 100 de los casos). Algunos comprimidos o cápsulas contenían sacarosa, maltosa o fosfato tricálcico.

La MDEA aparecía en el mayor número de partidas, seguida de MDMA y, en tercer lugar, de MDA. Recientemente se había detectado y analizado una partida de MBDB [N-metil-1-(3,4-metilenedioxifenil)-2-butamina], otro derivado anfetamínico de sustitución de efectos semejantes a los de la MDMA. Por unidades, sin embargo, las mayores cantidades aprehendidas corresponden a MDMA, seguidas de MDEA y, muy por debajo, de MDA.

Debe hacerse una salvedad, sin embargo, respecto a la mayor de todas las partidas analizadas, que incluía 155.000 comprimidos incautados en diciembre de 1993 en La Roda, un pueblo de Albacete. Se trataba de pastillas rosas que pretendidamente contenían «éxtasis» y que habían importado de Amsterdam un italiano, un argentino y cuatro españoles que pensaban comercializarlas en las discotecas de lo que se dio en llamar «la ruta del bakalao». El valor en el mercado ilegal al detalle se cifró entonces en unos 1.000 millones de pesetas. Los análisis de la policía revelaron que las pastillas no contenían MDMA ni ninguno de sus análogos, sino cafeína y anfetamina en dosis relativamente pequeñas (26 mg y 14 mg, respectivamente).

La anfetamina suele presentarse en forma de sulfato. En una de las partidas, los comprimidos que contenían cafeína y sulfato de anfetamina contenían también 2-propanona, 1-fenil-oxima en forma de sulfato.

Otras muestras analizadas

En diversas publicaciones forenses hemos encontrado referencias variadas a muestras de «éxtasis» (de comprimidos y cápsulas que se distribuían como tal). Por ejemplo, en 1993, el Instituto Nacional de Toxicología informaba de una mezcla extraña encontrada en dos confiscaciones realizadas en una detención. En la primera confiscación se analizaron seis comprimidos redondos, sin marcas, de 10 mm de diámetro y 2 mm de grosor, que contenían un 50 por 100 de cafeína, además de un 3 por 100 de anfetamina y un 0,5 por 100 de flunitracepam. En la segunda se analizaron tres comprimidos blancos y redondos, con un corazón inscrito en el anverso y de 8 mm de diámetro y 3 mm de grosor, conteniendo una semejante proporción de sustancias psicoactivas⁵.

Se trata, por lo tanto, de pastillas que contenían sobre todo cafeína en dosis activas, con una pizca de anfetamina y una benzodicepina también en dosis activa. Los efectos combinados de esas sustancias podrían aproximarse (tomadas en suficiente cantidad) a esas descripciones que confunden a muchos observadores y experimen-

⁵ *Microgram*, abril 1993, núm. 26(4), p. 55.

tadores, al mezclar efectos estimulantes seguidos o precedidos de una meseta de relajación y tranquilidad. No se trataría en este caso de que estuviéramos ante un nuevo tipo de droga, sino ante una conocida combinación de sustancias no tan novedosas.

Muestra del mercado al detalle

En nuestro trabajo de campo etnográfico hemos recogido 89 muestras de «éxtasis» en 46 lugares de venta y consumo de las zonas donde llevamos a cabo nuestra investigación. Tratamos de recoger los tipos de pastillas y cápsulas que más se consumían en el período de estudio en las zonas donde éste se llevó a cabo. También recogimos 12 muestras de otras drogas vendidas y consumidas también en esos contextos, tales como «éxtasis» «líquido», «secantes» de LSD y polvo de anfetamina («speed»). Estas muestras fueron analizadas por el laboratorio especializado del Instituto Nacional de Toxicología del Ministerio de Justicia e Interior, utilizando técnicas de cromatografía de gases y espectrometría de masas (GC-MS), así como cromatografía de líquidos por fase reversa (HPLC)⁶.

Hemos recogido ejemplares en 11 provincias distintas (Madrid, Sevilla, Huelva, Granada, Málaga, Cádiz, Valencia, Alicante, Ibiza y Murcia) de las cinco Comunidades Autónomas en que hemos realizado trabajo de campo. Se trata de la muestra más cercana al usuario de la que tenemos noticia y que consideramos una porción de las sustancias que realmente se consumen. Han sido recogidas en entornos donde se compra y se consumen «pastillas»⁷. Se trata de una muestra extendida en el tiempo y en el espacio, que incluye comprimidos y cápsulas distintas, tanto por aspecto, color, forma, tamaño e inscripciones, como por el nombre que les otorgan los vendedores y usuarios. Y también por el lugar, contexto y época del año.

Hemos tratado de recoger el mayor número posible de variedades entre muchos grupos y espacios diversos a lo largo del período considerado, desde agosto de 1994 a septiembre de 1995.

Creemos que se trata de una muestra muy variada de lo que se distribuye y se consume en el entorno habitual del menudeo y el consumo de «éxtasis», en discotecas, pubs, fiestas, etc., así como en entornos privados donde la mayoría de los usuarios adquiere y consume estas sustancias.

Variedad de presentaciones

Un somero análisis de los ejemplares recogidos confirma que el «éxtasis» consumido hoy en España y que se ofrece casi siempre en forma de comprimidos y, en menor medida, en forma de cápsulas digeribles, presenta una gran diversidad

⁶ Éstos son los métodos estándar utilizados por la mayoría de los laboratorios que analizan este tipo de drogas. Ver a este respecto las recomendaciones del Drugs Intelligence Laboratory del Forensic Science Service, Aldermaston, Reading, U. K. (*Drug Abuse Trends*, 1994, núm. 106, p. 14).

⁷ No es una muestra aleatoria; no sabríamos cómo tal muestra podría encontrarse en este caso.

de tamaños, formas, colores y grabados recibiendo a su vez una gran variedad de nombres.

En la muestra del Laboratorio del Ministerio de Sanidad en Barcelona se analizaban 34 tipos de pastillas diferentes. En del mercado al detalle, las 89 cápsulas y pastillas pertenecen a 54 tipos básicos, que recibían entre sus usuarios y proveedores nombres como: *fidodidos, tapones, tanques, delfines, pájaros, cacharros, adanes, elefantes, blancas, ovaladas, lentejas, tortugas*, etc., y que se distinguen unas de otras por el tamaño, la forma, el color y la textura, así como por los signos que a menudo llevan grabados en su superficie y que sirven como una especie de marchio o etiqueta y hasta una garantía de calidad. Así, algunos comprimidos llevan grabados los aros olímpicos (las «olímpicas» que se vendieron, sobre todo, en Barcelona en 1994), otras un delfín, o el garabato «Fido dido», o una hoz y un martillo (las «soviéticas»), o un delfín (los «delfines»).

Colores

Las pastillas tienen una gran diversidad de colores (en algunos lugares les llaman «pastillas de colores»), entre los que predomina el blanco (un 65 por 100), ya liso, moteado, manchado, moteado de puntos negros o pardos, o con un tono hueso, crema o gris; también hay bastantes pastillas de color rosa más o menos intenso y puro, verdes, crema, marrón oscuro o marrón hueso, rojo burdeos, etc.

En cada entorno, las pastillas más abundantes y disponibles cambian frecuentemente. Así encontramos pastillas de forma ovalada, redondeada, plana, etc..., que reciben nombres tales, que se llega a perder, en el discurso de los usuarios, la denominación genérica. Se habla así no ya de «éxtasis» y ni siquiera de «pastillas», sino de «ovaladas blancas», «tapones», «palomas», «tréboles», «soviéticas», etcétera.

Además, la jerga asociada a estos usos también es innovadora y cambia deprisa, lo que desconcierta a muchos de los que se acercan a este entorno, sobre todo a los adultos. Por ejemplo, en un colegio de Madrid en el que realizábamos uno de nuestros sondeos, una profesora se dirigió a nosotros para preguntarnos si las palomas eran una droga. Había oído a uno de sus alumnos comentar que ahora tomaba «palomas» y no sabía cómo interpretarlo en absoluto.

En determinados contextos el «éxtasis» no existe; los usuarios no usan ese término, y denominan lo que consumen como «pastillas», «pastis» o, incluso, «palomas», «tortugas», etc. Generalmente ésa es una diferencia importante en cuanto a la percepción de esta «droga» en diversos grupos de edad, que se manifiesta ya en la terminología empleada. Los más jóvenes, sobre todo los adolescentes, tienden a hablar más de «pastillas» o «pastis» o «pirulas», y los mayores, de «éxtasis».

Se supone que la identidad exterior implica una identidad de su contenido. Y algunos consumidores que llegan a desarrollar una cierta lealtad a la «marca» preferida, especialmente entre los más jóvenes.

A pesar de sus variaciones, los usuarios consideran a las pastillas una sola y misma droga, y sus percepciones no siempre se corresponden con el contenido estudiado.

Por ejemplo, hemos oído a muchos usuarios repetir que muchas pastillas llevan «caballo» (heroína) por el efecto «tan relajante» que producen. Esta afirmación la hacían incluso heroinómanos con una dilatada experiencia en el consumo de opiáceos, que nos hablaban del «vómito seco y placentero» que les había producido las pastillas. Tal creencia, sin embargo, no se ha confirmado en ningún caso de los que conocemos; no hemos encontrado ninguna pastilla de «éxtasis» que contenga heroína.

Es también tópico escuchar loas a las bondades de las cápsulas en comparación con las tabletas o comprimidos. Por las cápsulas se piden y se pagan precios más altos.

Variedad de contenidos

La variedad exterior viene acompañada de una intensa variedad en los contenidos. Hay una gran diferencia en el contenido de unas pastillas y otras. Incluso pastillas de aspecto semejante difieren a menudo en sus componentes o en la proporción o cantidad de éstos.

Tabla 8.5. Principio activo principal que contienen las muestras de «éxtasis» en el mercado al detalle. España, 1994-1995 (N: 89)

<i>Principio psicoactivo principal</i>	<i>Número de casos</i>	<i>% todas las muestras</i>	<i>Pureza media (%)</i>	<i>Contenido medio (mg)</i>
MDMA.....	32	36,0	29,8	75,4
MDEA.....	26	29,2	27,5	79,9
MDA.....	8	9,0	17,0	59,0
MBDB.....	4	4,5	43,9	137,7
MDMA + anfetamina.....	1	1,1	36,0	51,5/51,5
Anfetamina + cafeína.....	6	6,7	—	24,3/10
Cafeína + metanfetamina.....	1	1,1	—	47,7/20,5
Anfetamina.....	1	1,1	27,0	76,4
Metanfetamina.....	1	1,1	8,0	25,4
Otros (ver tabla 8.7).....	9	10,1	—	—
TOTAL (peso muestras).....	89	100,0	—	286,2

Como se aprecia en la tabla 8.5, casi el 80 por 100 de las pastillas y cápsulas de «éxtasis» que se consumen hoy en nuestro país contienen uno de los cuatro derivados anfetamínicos de anillo sustituido emparentados químicamente. Se trata de MDA, MDMA y MDEA. Recientemente se ha popularizado una cuarta, la MBDB.

En relación a esos cuatro productos, cuyos efectos y riesgos generan el mayor interés y debate, aportamos en la tabla 8.6 datos que describen las tendencias centrales y la dispersión respecto a ella de las cantidades de tales sustancias encontradas en los comprimidos y cápsulas de esta muestra.

Tabla 8.6. Contenido en miligramos de MDMA y análogos encontrados en las muestras de «éxtasis» del mercado al detalle en España, 1994-1995 (N: 89) ⁸

	Número de casos	Media de los contenidos (mg)	Mediana de los contenidos (mg)	Des. est. (mg)	Contenido mínimo (mg)	Contenido máximo (mg)
MDA.....	8	59,0	52,8	26,7	29,3	119,6
MDMA	32	75,4	76,9	23,5	24,5	116,2
MDEA	26	79,9	76,2	19,9	56,8	159,1
MBDB	4	137,7	129,4	33,2	108,8	183,0
TOTAL *	89	286,2	283,0	81,7	113,0	617,0

* Considerando las 89 muestras en todo su peso.

La mayoría de las «pastillas» que se adquieren y consumen hoy contienen como principio psicoactivo una de las tres MDA's señaladas. En algunos pocos casos, los comprimidos incluyen también pequeñas cantidades de una segunda MDA.

Las cápsulas son más homogéneas que los comprimidos. Las tres cápsulas analizadas en nuestra muestra contenían lo que presumían: MDMA; esto es, presentan una razón de validez del 100 por 100. Estos resultados, junto con los de los análisis policiales, avalan la impresión, ampliamente sostenida entre los usuarios, de que las cápsulas son mejores que las pastillas, aunque no necesariamente más potentes, como también se piensa.

En un caso encontramos una dosis de anfetamina igual a la de MDMA, es decir, un «corte» de esa sustancia al 50 por 100. Pero no es frecuente encontrar tales «cortes», adulteraciones o combinaciones de las MDA's con dosis importantes de otras sustancias psicoactivas. Se trata en general de comprimidos y cápsulas relativamente «puras», especialmente si se comparan con las presentaciones de otras drogas ilegales (heroína o cocaína, y sobre todo anfetamina).

La frecuencia de los tres derivados en los comprimidos usados en nuestro país sería hoy: **MDMA > MDEA > MDA**. La más frecuente es la MDMA («éxtasis» propiamente dicho), seguido de la MDEA, un análogo muy próximo que se ha extendido notablemente en los últimos años, y a mayor distancia de la MDA.

Recientemente se viene detectando con creciente frecuencia otro análogo de las MDA's, la **MBDB**. En el Reino Unido, el DIL (Drug Intelligence Laboratory), que centraliza la información sobre los análisis forenses de las sustancias confiscadas, informa en el primer trimestre de 1994 del descubrimiento de «la droga MBDB, un pariente del MDMA en un comprimido fabricado ilícitamente» ⁹, pero todavía no fiscalizado en la mayoría de los países occidentales.

⁸ En tres casos, los comprimidos contenían también pequeñas cantidades de una segunda fenil-etilamina. Se trataba siempre de una combinación de MDMA y MDEA.

⁹ *Drug Abuse Trends*, 1994, núm. 103, p. 1.

Las oscilaciones en el contenido de principio activo son considerables. Una pastilla puede contener cuatro o cinco veces más cantidad de MDA o derivados que otra sin que nada en su aspecto exterior lo delate. Esas variaciones son un elemento potencial a considerar en la variación de los efectos del «éxtasis» y del incremento del riesgo de su consumo.

El mayor rango de pesos lo encontramos en las muestras que contienen MBDB como principio activo, pero porque se trata también de las muestras con una mayor cantidad de principio activo por comprimido. Las mayores oscilaciones se dan proporcionalmente en MDA.

En tres casos en los que los comprimidos contenían pequeñas cantidades de una segunda MDA's los contenidos mínimos de MDMA y MDEA hubieran sido aún menores considerados aisladamente, pero no en lo que a un comprimido/cápsula se refiere.

Casi un 40 por 100 de las muestras analizadas dentro de la muestra recogida en el mercado al detalle contienen MDMA, que es la sustancia psicoactiva que más a menudo se encuentra en las pastillas. Es decir, las pastillas de «éxtasis» sólo en un 40 por 100 contienen la droga que recibió tal rótulo. Una de cada cuatro contiene MDEA, un congénere muy similar al MDMA y que se ha conocido en Estados Unidos por el nombre de «Eva», entre otros. En otro 9 por 100 se trata de MDA, otro análogo similar al MDMA, que se ha revelado como más tóxico.

Otros principios activos

En un 19,3 por 100 de los casos las cápsulas y comprimidos no contenían MDMA ni ninguno de sus análogos, sino otras sustancias legales o ilegales, como anfetamina (generalmente en forma de sulfato) o metanfetamina, o cafeína, así como sustancias de la industria farmacéutica legal. Entre esos otros principios contenidos en los comprimidos y cápsulas del mercado al detalle de «éxtasis» están los de la tabla 8.7.

Como puede observarse, en varios de los casos se trataba de medicamentos asequibles en farmacias. Por ejemplo, el compuesto que contenía teoadrenalina se vende en farmacias bajo la marca «Bifort», producido por Merck y recomendado como analéptico cardiorrespiratorio y para tratar la hipotensión arterial. Un envase con 20 tabletas cuesta 567 pesetas; por cada una de ellas, sin embargo, algunos usuarios de «éxtasis» han pagado 2.000 ó 3.000 pesetas.

Otra de las muestras estudiadas contenía metamizol y cafeína. El metamizol se considera farmacológicamente como un analgésico antipirético y entre sus aplicaciones terapéuticas se cuentan el tratamiento del dolor, la dismenorrea, el espasmo genitourinario o biliar, la hipertermia y la migraña. Bajo las diferentes preparaciones comerciales (Afebrin, de Bichter; Lasain, de Lasa; Nolotil, de Europharma) se vende sin receta en farmacias y sus precios son bajos. Por ejemplo, una caja de cápsulas de 575 mg de uno de esos preparados cuesta 408 pesetas. También se presenta combinado con octatropina y otros como espasmolíticos anticolinérgicos para tratar la coledocolitiasis y coledocolitiasis, disquinesia biliar, espasmo de músculo liso, las pielitis y pilonefritis, las urolitiasis, etcétera.

Tabla 8.7. Principios activos encontrados en los «éxtasis» del mercado al detalle. España, 1994-1995 (N: 89)

<i>Otros principios activos [riqueza (%)/peso (mg)]</i>
Ácido acetilsalicílico (0,5 %/3 mg)
Metamizol (15 %/39,3 mg)
Espiramicina (24 %/144 mg)
Etriptamina (5 %/5,7 mg)
Piracetán (28 %/50 mg)
Metoclopramida (6 %/7,3 mg)
Roxitromicina-Rulide®
Fenetilamina (6,5 %/18,4 mg)
Metocarbamol (20 %/50,4 mg). Paracetamol (14,5 %/36,5 mg)
Nordiacepam (3 %/7,6 mg)
Nofetaleína (2,5 %/8,2 mg). Flunitracepam (0,5 %/1,6 mg)
Cafedrina y Teoadrenalina
Paracetamol (13 %/46,4 mg). Metocarbamol (20,5 %/73,2 mg)
Fenobarbital (12 %/42,8)

Otra de las muestras contenía metocarbamol, que se define farmacológicamente como un miorelajante asociado que se recomienda en las artritis traumática, en las discopatías, esguinces, consolidación retardada de fracturas, tétanos, tortícolis, etc. En combinación con paracetamol se vende en un preparado (Robaixal Compuesto, de Lasa) y un envase con 50 comprimidos cuesta 383 pesetas.

Diluyentes y excipientes

En los comprimidos de «éxtasis» los diluyentes más frecuentes son carbohidratos, el más abundante la lactosa, seguido de la glucosa y el almidón; en algunos casos el diluyente básico es el manitol.

Dosis de principio activo

El peso de principios activos en aquellos comprimidos que contienen MDMA y análogos oscila considerablemente. Hay comprimidos que contienen 24,5 mg de MDMA u otro análogo, y otros que alcanzan 183 mg¹⁰, es decir, siete veces más. Aunque tales extremos parecen poco frecuentes, sí que es común encontrarse pastillas que contienen el doble o el triple de principio activo que otras. Esa variedad implica que los usuarios no saben si los efectos de una pastilla tomada hoy equivaldrán a los de otra tomada anteriormente. Un usuario acostumbrado a una cierta cantidad

¹⁰ La dosis mayor de feniletilamina en nuestra muestra «callejera» contenía 183 mg de MDD. De todos los ejemplares analizados, el máximo contenido aparecía en una muestra policial que contenía unos 230 mg de MDA.

de pastillas puede estar consumiendo el triple de lo habitual, lo que puede ser especialmente grave en el caso de las ingestas elevadas. Estas oscilaciones pueden favorecer los accidentes e intoxicaciones graves. También pueden explicar ciertas diferencias en los efectos atribuidos a estas sustancias. O sea, que los usuarios rara vez saben lo que están tomando bajo el rótulo de «éxtasis». Esto es común para la mayoría de las drogas ilegales, pero que resulta más engañoso en el caso de comprimidos con «marchamo» identificativo.

Las dosis ingeridas y la frecuencia de uso son elementos centrales en el uso de cualquier fármaco. En el caso de la MDMA, las dosis orales activas estándares han sido establecidas en diversos estudios farmacológicos entre 1 y 1,75 mg/kg (miligramos de principio activo por kilogramo de peso). Para una persona de unos 60 kg de peso supondría unos 105 mg de sustancia activa. De acuerdo con esos datos, las dosis medias de los comprimidos y cápsulas disponibles en el mercado español no son excesivamente altas; la mayoría, de hecho, se sitúa dentro del rango de dosis activas mínimas, algo razonable desde un punto de vista comercial. Sólo la mediana de los contenidos de las pastillas que contienen MBDB supera los 100 mg¹¹.

En las pastillas de «éxtasis» analizadas no son muy frecuentes tampoco los «adulterantes»; encontramos pocas sustancias farmacológicamente activas en los comprimidos y cápsulas en las que el principio activo principal es la MDMA o cualquiera de sus análogos más populares. En los pocos casos en que encontramos otros psicoactivos, se trata de cafeína, o anfetamina. Otra forma de «adulteración» es, sin embargo, más frecuente. Se trata de distribuir como «éxtasis» comprimidos que no contienen ni MDMA ni ninguno de sus congéneres.

La frecuente presencia de MDA es preocupante. Esta sustancia se ha mostrado como más tóxica que la MDMA tanto en sus usos recreativos como en laboratorio. En 1993 y 1994 aumentó la presencia de MDEA en los comprimidos, superando en ocasiones la presencia de MDMA. Es también cada vez más frecuente el MBDB.

Los comprimidos que contienen MDMA o alguno de sus congéneres más cercanos parecen productos realizados y dosificados con cierto cuidado, sobre todo cuando los comparamos con otras drogas ilegales. Se trata, por lo que deducimos de los resultados de los análisis y lo que nos cuentan algunos farmacólogos y químicos, de productos menos impuros que los que predominan en el mercado de otras sustancias, por ejemplo en el de anfetamina, aunque también aparecen «subproductos e intermedios resultantes del empleo de materias primas impuras, de reacciones incompletas y de una insuficiente purificación del producto final» (Leiva *et al.*, 1996: 129).

Se aprecia también un esfuerzo por ir consiguiendo principios semejantes, pero no incluidos en las Listas de Fiscalización (Leiva *et al.*, 1996). Así se sustituiría primero la MDMA por la MDEA y más recientemente por la MBDB.

Pastillas similares a las europeas

La mayoría de las pastillas de nuestra muestra se consumen también en otros países europeos. La comparación con los comprimidos y cápsulas analizados por los

¹¹ Y los efectos de ese derivado parecen ser algo menos intensos que los de la MDMA.

servicios policiales y forenses de otros laboratorios a lo largo de Europa muestra llamativas coincidencias. Veamos algunos ejemplos ilustrativos.

1. **Pastillas tipo «toro» o «búfalo».** En nuestro trabajo de campo hemos encontrado pastillas blancas con la impresión de una cabeza de búfalo con cuernos (plana en ambas caras, acanalada diametralmente, 9 por 4,5 mm y que contenía entre 80 y 100 mg de MDEA). Nosotros encontramos muestras de este tipo en Granada y otras zonas de Andalucía en la primavera de 1995. Este mismo tipo de pastillas ha sido descrito por varios laboratorios británicos en la segunda mitad de 1994. Por ejemplo, en noviembre de 1994, el laboratorio forense de Chepstow recibió muestras de una confiscación de 5.500 «Buffaloes», la segunda más importante de ese año (véase *Drug Abuse Trends*, 1994, núm. 105, p. 18; núm. 106, pp. 13-14).

2. **Pastillas tipo «Fido dido».** En 1994 y 1995 encontramos con frecuencia comprimidos que llevaban impresa la imagen de este personaje de «comic». Recogimos muestras de «Fido didos» en varios lugares. Todas eran del mismo tamaño (9 por 3 mm) y ranuradas diametralmente en la cara opuesta. Una de las muestras, recogida en Murcia en octubre de 1994, resultó contener unos 65 mg de MDEA. Otra, encontrada en Madrid en enero de 1995, contenía 145 mg de MBDB, esto es, algo distinto en calidad y cantidad. Tipos similares de pastillas «Fido dido» fueron examinadas por diferentes laboratorios británicos a finales de 1994 (véase *Drug Abuse Trends*, núm. 106, p. 14), así como por el servicio forense de la policía de Kiel (Alemania) en ese mismo período (*Microgram*, diciembre 1994, p. 411).

3. **«Soviéticas».** También fueron muy comunes en 1994 y 1995 las pastillas con la inscripción de la hoz y el martillo acompañada a veces, en la otra cara, de una inscripción con las letras CCCP. Unas de las más populares eran de color rosa y unas dimensiones de 8,5 por 4,5 mm. Una muestra de este tipo que recogimos en Sevilla en octubre de 1994, resultó contener 85 mg de MDEA. Se las conocía popularmente como «soviéticas». En otros países también han sido documentadas a menudo por diversos laboratorios forenses. Por ejemplo, en Alemania, donde se las conocía como «Gorbys», en referencia al líder soviético Gorbachov. En el Reino Unido aparecen documentadas desde finales de 1993 entre los nuevos tipos de tabletas de MDEA (véase *Drug Abuse Trends*, 1994, núm. 103, p. 26).

4. **«Playboys».** En el invierno de 1995, varios laboratorios británicos examinaron este tipo de pastillas (blancas, 8,8 por 4 mm), que contenían MDMA y llevaban el diseño del conejito «playboy» inscrito en una de sus caras (*Drug Abuse Trends*, núm. 107, p. 13). Nosotros hemos analizado una muestra encontrada en Sevilla en enero de 1995 y que resultó contener unos 105 mg de MDMA. Otra muestra recogida en Cádiz en junio de 1995 contenía unos 90 mg de MDMA.

MDMA Y ANÁLOGOS EN OTROS PAÍSES DE EUROPA

En los últimos años se ha producido también un aumento en la distribución y consumo de «éxtasis» en otros países europeos. Hemos conseguido algunos datos sobre análisis de muestras de esas sustancias en algunos de esos países donde más se ha extendido el consumo, principalmente el Reino Unido y Holanda. También

contamos con algunos datos, mucho más anecdóticos, sobre el contenido de estas sustancias en Italia, Finlandia, etcétera.

Reino Unido

Contamos con datos respecto a las incautaciones policiales de MDA y derivados en el Reino Unido, que ofrecen una imagen de la evolución de la distribución de esas sustancias, pero sobre todo de los tipos de pastillas disponibles y de su contenido.

Nuestros datos provienen del Drug Intelligence Laboratory (DIL) en Aldermaston, un organismo que centraliza todas las notificaciones sobre drogas ilícitas de los diversos cuerpos de seguridad. Los datos para los diversos años incluyen, por lo tanto, todas las aprehensiones notificadas al DIL durante los períodos respectivos. Es conocido, sin embargo, que algunas confiscaciones no se notifican ni se llevan a laboratorios forenses y escapan por tanto a la base de datos del DIL. Los datos del DIL, por ejemplo, no incluyen las confiscaciones realizadas por los servicios de Aduanas y Hacienda (Customs and Excise). También debe tenerse en cuenta para entender los datos de este laboratorio que, para su inclusión en un período determinado, se consideran las fechas en que las aprehensiones fueron notificadas al DIL, no el momento exacto en que se realizaron.

Un repaso de la evolución del número de partidas de «éxtasis» aprehendidas en el Reino Unido y recogidas por el DIL nos ofrece una primera percepción de la evolución de la oferta y el consumo de estas sustancias en ese país.

Tabla 8.8. Número de aprehensiones de MDA y derivados notificadas al DIL (Drug Intelligence Laboratory), Reino Unido, 1987-1994¹²

<i>Sustancia</i>	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
MDA	—	—	—	—	971	515	132	1.618
MDMA	—	574	414	1.028	1.085	638	1.966	4.717
MDEA	—	—	—	—	264	792	520	1.576
TOTAL MDA's	—	574	414	1.028	2.320	1.945	2.618	7.911

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Drug Intelligence Laboratory de Aldermaston (*Drug Abuse Trends*, 1993-1995).

Como vemos en la tabla anterior, en 1987 y 1988 no se reflejan partidas de esta sustancia, lo que podría reflejar un consumo poco significativo y todavía restringido a ciertos ambientes más o menos estancos, aunque también podría indicar desconocimiento, incapacidad o falta de interés por parte de los cuerpos de seguridad por intervenir en relación a estas sustancias.

¹² Las confiscaciones de MDA, MDMA y MDEA incluyen comprimidos, cápsulas y preparaciones en polvo.

A partir de 1989 se aprecia un incremento notable y constante (salvo en 1993) de las partidas incautadas. En 1992 se rebasa el listón de las 2.000 confiscaciones, doblándose el número de confiscaciones del año anterior. El aumento de las aprehensiones se ve acompañado, como indica la tabla 8.9 de un aumento de las unidades incautadas.

Tabla 8.9. Número de unidades de MDMA y análogos incautadas en 1994 y 1995 en el Reino Unido

<i>Sustancia</i>	1994	1995
MDA.....	21.017	4.963
MDMA.....	280.678	181.880
MDEA.....	44.164	164.848
TOTAL MDA's.....	345.859	351.691

Fuente: DIL, *Drug Abuse Trends*, núm. 106, pp. 17-19 y núm. 110, p. ??¹³.

El número de comprimidos y cápsulas confiscados en 1994 (cerca de 300.000 en el caso de la MDMA) no difiere demasiado del incautado en España en el mismo período. En 1995, sin embargo, en España se confiscaron más del doble de unidades que en el Reino Unido (véase tabla 3.2). Es importante señalar, sin embargo, que hay una diferencia significativa entre los sistemas de registro de ambos países, ya que las confiscaciones realizadas por el servicio de aduanas no aparecen en las estadísticas policiales que maneja el DIL británico y que aumentarían mucho esas cantidades. Sobre esas otras partidas no tenemos más que información parcial y anecdótica. Por ejemplo, sabemos que en marzo de 1994, el laboratorio central del Government Chemist analizó una confiscación de MDMA de casi un millón de comprimidos (252 kg), lo que suponía una de las mayores partidas de drogas del tipo «éxtasis» aprehendida en todo el mundo.

El mayor número de confiscaciones corresponde a la MDMA, seguidas de las confiscaciones de MDEA. La presencia de la MDA ha sido decreciente. Este tipo de sustancias, distribuidas como «éxtasis» (aunque también se les da otros nombres, comunes o específicos) se ha vendido encontrando en las partidas aprehendidas con una frecuencia que sigue el siguiente orden: MDMA > MDEA > MDA.

En los últimos meses de 1994 y en 1995 se han confiscado también muestras de MBDB que, como hemos dicho, es un derivado anfetamínico de sustitución próximo al MDMA. Por ejemplo, en un tipo novedoso de comprimido, analizado por el citado Laboratorio Central se encontró como principio activo principal la MBDB¹⁴. Esa pastilla era biconvexa, sin marcas, 10 mm x 5 mm, y distinta por tanto a otras pastillas

¹³ Se incautaron también pequeñas cantidades de estas sustancias en polvo que correspondían a veces al vaciado de cápsulas y a varias pastillas machacadas.

¹⁴ Laboratory of the Government Chemist, *Drug Abuse Trends*, 1994, núm. 106, p. 14.

que contenían la misma sustancia y se habían encontrado en otros lugares de Europa, como en Kiel (Alemania), donde se examinaron varios tipos de tabletas en 1994 que contenían MBDB¹⁵.

Las principales confiscaciones policiales de MDMA en el Reino Unido en 1994 se componían de los siguientes tipos de presentaciones:

MDMA

- **58.641 comprimidos**, blancos, acanalados con la inscripción de un pájaro.
- **51.304 comprimidos**, blancos, biconvexos, de 7 mm de diámetro.
- **10.220 comprimidos**, blancos, acanalados diametralmente, de 9 mm de diámetro.
- **15.000 comprimidos**, blancos, planos, acanalados y con la impresión de un pájaro.
- **5.940 comprimidos**, blancos, biconvexos de 7 mm de diámetro.

MDEA

- **9.400 comprimidos**, blancos, con el E/A grabado en el anverso y 130 mg en el reverso.
- **2.012 comprimidos**, grises, biconvexos, acanalados diametralmente y con la impresión de un corazón.
- **3.888 comprimidos**, blancos, acanalados, 13 mm de diámetro.

La mayoría de esos tipos de comprimidos se han recogido también en España, aunque no necesariamente con la misma frecuencia que en el Reino Unido.

Indicios respecto a la manufactura local

Se han descubierto y cerrado algunos laboratorios clandestinos de MDMA y análogos en el Reino Unido. Su presencia parece, sin embargo, mucho menor que la de los que se dedican a la manufactura de anfetamina, que en forma de comprimidos sigue siendo una de las drogas ilícitas más utilizadas en el Reino Unido.

De los 17 laboratorios clandestinos detectados en el Reino Unido en 1994, al menos once se dedicaban a la producción de anfetamina. Otros manufacturaban harmina, gamma-hidroxi-butilato, esteroides y acetato de THC. Sólo uno de ellos parece que se dedicara a la manufactura de derivados anfetamínicos de sustitución. Se descubrió en marzo en Bristol y se encontró que destilaba extracto de nuez moscada (miristicina)¹⁶.

Un repaso de más de 70 laboratorios clandestinos detectados desde principios de 1989 hasta finales de 1994 muestra que, además de anfetamina, un 11 por 100 producían o intentaban producir metilanfetamina, un 11 por 100 MDMA y otro 11 por 100 otras drogas. «Por su naturaleza se hubiera esperado que los locales para la síntesis clandestina de drogas hubieran abundado más en los distritos rurales aislados.

¹⁵ Landeskriminalamt, Kiel, Alemania. Diciembre de 1994; comunicación restringida.

¹⁶ *Drug Abuse Trends*, 1994, núm. 106, p. 19.

La mayoría, sin embargo, se descubrieron en áreas residenciales agrupadas alrededor de los principales centros de población» (*Drug Abuse Trends*, núm. 106, p. 2)¹⁷.

En Gran Bretaña se han descubierto más de 60 laboratorios clandestinos en los seis años entre 1989 y 1994. De ellos, sólo ocho producían o intentaban producir MDMA cuando fueron clausurados.

El origen local de algunas de las presentaciones de drogas se aprecia por diversos indicios. En toda Europa, sobre todo en Escandinavia, es muy común el uso de anfetamina ilícita; su presentación en tabletas es mucho más común en Inglaterra, lo que parece indicar que esas sustancias tienen un origen interno. Además, hay algunos adulterantes o sustancias «de corte» que son muy específicas en las tabletas y que se sabe tienen origen británico. Por ejemplo, la tiletamina (*Drug Abuse Trends*, núm. 106, p. 3).

Por lo tanto, el Reino Unido parece ser una de las fuentes de comprimidos y cápsulas de «éxtasis» en Europa, aunque no en exclusiva. Es más, todo indica que, para abastecer la creciente demanda inglesa y escocesa, se haya dado en los últimos años una creciente importación de «pastillas» de MDMA y análogos, procedentes casi siempre del continente europeo.

Holanda

La situación en los Países Bajos es de especial interés para nosotros, pues la gran mayoría de las drogas de síntesis que consumimos en España parecen proceder de allí.

Respecto al contenido del «éxtasis» que se vende, se compra y se consume en los Países Bajos, hemos podido obtener cierta información detallada, sobre todo porque en Amsterdam ha funcionado durante varios años un servicio anónimo y confidencial de análisis de drogas al que podrían dirigirse todos aquellos individuos o grupos, particulares o públicos, que quisieran conocer la composición precisa de alguna sustancia psicoactiva.

En la tabla 8.10 vemos los resultados de los miles de análisis de ejemplares de «éxtasis» analizados por el DIMS entre 1992 y 1994. El DIMS ha proporcionado un servicio de análisis confidencial de «pastillas» subvencionado por el Ayuntamiento de Amsterdam y que permite que cualquier ciudadano que lo desee pueda conocer el contenido de una sustancia psicoactiva pagando un módico precio.

Como puede observarse, la sustancia que se detectó con mayor frecuencia hasta 1994 era la MDEA, o «Eva», y no el MDMA. En 1994, sin embargo, los análisis que detectaron MDMA (40 por 100) superaban a los que detectaron MDEA (33 por 100). También se detectó un número decreciente de MDA, que, desde 1993, se mantenía en porcentajes muy bajos.

Se aprecia también un aumento de los fraudes o imitaciones, así como una presencia pequeña de otras sustancias psicoactivas que complican la evaluación de los riesgos y los efectos del consumo de «éxtasis».

¹⁷ *Drug Abuse Trends*, 1994, núm. 106, p. 2.

Tabla 8.10. Contenido de los comprimidos adquiridos como «éxtasis» en Holanda (porcentajes)

Contenido	1992-2.º	1993-1.º	1993-2.º	1994-1.º
MDMA.....	21,1	28,5	35,7	40,6
MDEA.....	33,6	51,3	53,7	32,9
MDA.....	18,2	6,7	0,8	3,3
Anfetamina.....	23,1	11,7	7,1	14,7
Fraudes.....	3,7	3,2	2,6	5,9
DOB.....	—	—	—	0,4
MDOH.....	—	—	—	2,1
Número de casos.....	—	—	4.586	3.945

Fuente: DIMS-NIAD (Nederlands Institut voor Alcohol en Drups) ¹⁸.

Esos resultados se parecen bastante al que nos presentaban los datos sobre el Reino Unido. En el período más cercano a nuestro estudio, los contenidos encontrados en lo que se analizaba como «éxtasis» son también muy similares a los detectados en España.

Italia

Los datos sobre Italia con los que contamos son menos completos y rigurosos que los que tenemos para el caso del Reino Unido u Holanda, pero señalan también que se han producido en ese país latino algunos de los procesos reseñados para España.

En relación a la adopción de las diversas sustancias, parece también confirmarse que primero se introdujo el MDA, siguiendo poco después la MDMA y la MDEA, a juzgar por los informes de confiscaciones y análisis en laboratorios forenses. Morselli y sus colaboradores informaban a primeros de 1994 que el comercio y consumo de derivados anfetamínicos de sustitución parecían estar creciendo en los últimos años, puesto que «en 1992 y 1993 hubo muchas confiscaciones de MDA y MDEA en el mercado italiano: la segunda droga era nueva entonces en este mercado y se presentaba en formas idénticas a las conocidas en Estados Unidos y Canadá» ¹⁹.

En abril de 1993 se informaba desde Bolzano de los resultados del análisis de una incautación de 291 pastillas que contenían MDEA. Se trataba de pastillas blancas, de un peso de 258 mg y llevaban la marca «EVA» en el anverso y «130 mg» en el reverso. Se trataría del mismo tipo de comprimido encontrado anteriormente en

¹⁸ Nos ha sido proporcionado por Ernst BUNNING y Tom CRAMER en su presentación «New Developments in Drug Misuse: The Netherlands», Grupo Pompidou del Consejo de Europa, noviembre de 1994.

¹⁹ Onelio MORSELLI *et al.*, «Designer Drugs in the Italian Clandestine Market: Situation and New Analytical Problems», *Microgram*, vol. 18, núm. 1, pp. 28-30, enero 1994; comunicación restringida.

Estados Unidos por las mismas fechas (9 mm de diámetro, 3,5 mm de altura)²⁰ y que aparecerá también en el Reino Unido.

En otros países, como la República Checa, Austria y Escandinavia, se está incrementando la distribución y el consumo, lo que se refleja crecientemente en las incautaciones de estas sustancias. Por ejemplo, en Finlandia, el laboratorio de la Oficina Nacional de Investigación Criminal de Helsinki informaba de su primera confiscación de feniletilaminas en septiembre de 1992. Una primera muestra incluía 18 cápsulas que contenían unos 230 mg de un polvo blanco identificado como MDMA. Otra muestra incluía unas 10 cápsulas parcialmente fundidas en un polvo blanco que contenía MDA [*Microgram*, marzo 1993, núm. 26 (3), p. 1].

DISCUSIÓN DE LAS MUESTRAS EUROPEAS

Sorprende la similitud en los procesos y las sustancias en diversos países europeos, que son un índice, sesgado si se quiere, pero importante, de la evolución de la distribución y el consumo de estas sustancias. La comparación de los datos químico-forenses en diversos países permite al menos tres constataciones.

En primer lugar, la evolución temporal es bastante consistente y coherente en el Reino Unido, Holanda y España, aunque nuestro país ha sido más receptor que emisor de las innovaciones implicadas, salvedad hecha del contexto ibicenco. Hasta 1986 predominaba la MDA en cápsulas y comprimidos. La MDMA se empieza a introducir entonces y se extiende sobre todo a partir de 1988 (durante el verano en que eclosiona el «acid house»). El mayor incremento en las confiscaciones se produce a partir de 1990 y 1991, cuando, como hemos reseñado en el capítulo anterior, comienzan a funcionar los grandes laboratorios.

En segundo lugar, se aprecia una distribución semejante de los contenidos de las pastillas, de sus dosis activas, su riqueza y sus formas exteriores. El principio activo que se encuentra con más frecuencia por comprimidos suele ser la MDMA, seguido por la creciente presencia de la MDEA. En menor proporción aparecen comprimidos que contienen MDA, que se ha confirmado como más tóxico. Recientemente se percibe también un incremento de los contenidos de MBDB, lo que podría indicar un esfuerzo de los productores por manufacturar sustancias no fiscalizadas. Otros derivados anfetamínicos de sustitución (como DOM, PMMA, etc.) se han detectado en mucha menor cantidad, de forma anecdótica.

En tercer lugar, se evidencia que en casi todos los países de Europa se consumen las mismas cápsulas y comprimidos, lo que muestra que se está consolidando un «mercado común» del «éxtasis» en Europa, vinculado estrechamente con el mercado norteamericano y australiano. Ese mercado incluye sistemas de producción y distribución comunes, así como vínculos entre diversos grupos de «financieros», productores, intermediarios y consumidores. En cada país, sin embargo, se añaden algunos elementos «típicos» al producto final, tanto en forma de adulterantes o diluyentes

²⁰ Laboratorio Chimico Analitico e Sperimentale, Bolzano, Italia, noviembre 1993; comunicación restringida.

que se añaden al polvo de principio activo en el proceso de comprimirlo, o en forma de imitaciones o fraudes que contienen productos que nada tienen que ver con las MDMA y sus derivados.

Se constata, por último, que, dada la variedad de apariencias y contenidos, los usuarios no saben casi nunca lo que están ingiriendo. Un conjunto importante de los riesgos que suponen estos fármacos derivan de las oscilaciones de la riqueza y las dosis activas, además de los propios de las drogas de síntesis, y que se derivan de las impurezas en las materias primas, de las reacciones erróneas incompletas y de la toxicidad propia de las sustancias obtenidas (ver capítulo 9).

IX

PROBLEMAS ASOCIADOS AL USO DE «ÉXTASIS»

Los riesgos y problemas asociados al consumo de «éxtasis» conforman un área fundamental de debate respecto a la naturaleza de estas sustancias, así como a su adecuado *status* legal. Los datos sobre este aspecto cobran una especial relevancia en una situación en la que, como hemos visto en los capítulos anteriores, se combinan tres factores socioculturales de forma, en gran manera paradójica: el crecimiento exponencial del consumo de una sustancia cuya manufactura y venta ha sido prohibida, por lo que se fabrica y distribuye clandestinamente y sin controles ni garantías de calidad, y el desconocimiento de los efectos de estas sustancias en humanos, pues nunca antes habían sido usadas por tantas personas en contextos y maneras tan variopintas. Esa combinación de prohibición, popularización y lagunas farmacológicas convierte la extensión del «éxtasis» en un masivo experimento en el que miles de ciudadanos, la mayoría jóvenes, aportan sus organismos como elemento de prueba. Por eso es importante ir recogiendo, evaluando y discutiendo los datos que van apareciendo sobre los problemas sanitarios y sociales que se asocian más o menos directamente al consumo de estas sustancias.

Comenzaremos relatando brevemente los resultados de algunos estudios realizados en torno a la neurotoxicidad de estas sustancias, y que son en general producto del trabajo experimental con animales de laboratorio y, en mucha menor medida, con humanos.

A continuación presentamos un resumen de nuestro repaso de la literatura científica en relación a los problemas médicos que se asocian al consumo de «éxtasis». Éste es un tema esencial del debate respecto a la naturaleza de estas sustancias y su adecuado *status* legal. De hecho, la «prohibición» de la MDMA, que ayudó a publicitar esta sustancia, se basó al menos parcialmente en los riesgos para la salud asociados a su consumo. Hemos tratado de relacionar los resultados que proporciona la literatura internacional, en la mayoría de los casos de origen clínico, con nuestras observaciones en el contexto habitual de uso de estas sustancias, así como con los datos clínicos que comienzan a aparecer en España. Se trata obviamente de tipos de información muy diversa y cuya relación debe considerarse exploratoria o hipotética; quizá en

el futuro se demuestre que algunas de estas asociaciones eran espurias o falsas. Pero en este momento pueden orientar tanto a clínicos como epidemiólogos, y aquellos que trabajan en prevención, e incluso a los propios usuarios sobre los riesgos potenciales que pueden aparecer en una población cuando el consumo de «éxtasis» se incrementa tan notablemente como ha ocurrido en España.

Por último, ofrecemos algunos apuntes sobre la relación del consumo de «éxtasis» con los accidentes de tráfico y el desarrollo de comportamientos sexuales más arriesgados.

NEUROTOXICIDAD Y POTENCIALES DAÑOS PERMANENTES

La posible neurotoxicidad de la MDMA en humanos ha suscitado una gran controversia entre los especialistas. No disponemos todavía de evidencias concluyentes que demuestren que el uso de MDMA cause daños neurológicos irreversibles en humanos, debido entre otras causas a la discutible validez de los métodos indirectos que hasta el momento se han utilizado para estudiar esta cuestión tanto en seres humanos como en primates no humanos (véase Granquist, 1995).

Existen numerosos trabajos experimentales con diversas especies animales (ratas, cobayas y primates) que demuestran que la administración de MDMA produce un patrón neurodegenerativo específico de la transmisión serotoninérgica en el sistema nervioso central (Steele *et al.*, 1994). En concreto, se ha observado que la administración de MDMA a estos animales produce reducciones en las concentraciones cerebrales de ácido 5-HT (serotonina) y de su metabolito 5-HIAA (ácido 5-hidroxiindolacético), así como en la densidad de los lugares de recaptación del 5-HT y en la actividad de la triptófano hidroxilasa. Ahora bien, la magnitud y la duración de estos efectos depende de la dosis, el número de administraciones y la vía de administración. Estas alteraciones se han observado en animales a los que se les administraron dosis muy elevadas de MDMA de manera regular durante un período de tiempo de varios meses y normalmente por vía subcutánea o intramuscular (Ricaurte, DeLanney *et al.*, 1988; Ricaurte, Forno *et al.*, 1988; Slikker *et al.*, 1988; Wilson *et al.*, 1989; Ricaurte y McCann, 1992; Ricaurte, Martello *et al.*, 1992; Alli *et al.*, 1993). Las conclusiones de algunos de estos estudios sugieren que hay un nivel (aproximadamente 5mg/kg administrado por vía subcutánea) a partir del cual la MDMA resulta neurotóxica en algunas especies animales. Sin embargo, no parece claro que las disminuciones de 5-HT (serotonina) y su metabolito 5-HIAA (ácido 5-hidroxiindolacético) en ciertas partes del cerebro, debido probablemente a la disminución de la actividad de la triptófano hidroxilasa (Schmidt y Tylor, 1987) se correspondan necesariamente con daños neuronales en todos los casos. En un estudio con primates no humanos a los que se les administraron varias dosis de 2,5 mg/kg por vía intramuscular se observaron disminuciones significativas en los niveles de serotonina en ciertas partes del cerebro, pero no en el nivel de paroxetina [H^3] —un presunto marcador de la integridad de las terminaciones nerviosas 5-HT—, lo que sugiere que los terminales presinápticos permanecieron intactos en esos animales (Insel *et al.*, 1989). Un tema que todavía no ha sido bien investigado es la capacidad de recuperación de los niveles normales de serotonina en estos casos, algo que resulta de sumo interés,

si tenemos en cuenta que se trata de un neurotransmisor cuya carencia se ha relacionado con trastornos psiquiátricos, como la depresión.

Apenas se han podido realizar estudios con humanos para aclarar si la MDMA y análogas resultan neurotóxicas y en qué circunstancias, y los pocos trabajos donde se ha tratado de arrojar alguna luz sobre estas cuestiones (Peroutka, 1987; Price *et al.*, 1989; Ricaurte *et al.*, 1990; McCann *et al.*, 1994) han sido duramente criticados tanto por sus deficiencias metodológicas como por el significado dado a sus resultados (Grob *et al.*, 1990, 1992). A pesar de lo controvertidos que han resultado estos estudios, creemos que merece la pena destacar uno de ellos, ya que constituye una referencia habitual en todo este debate.

McCann y sus colegas midieron los niveles de 5-HIAA (ácido 5-hidroxiindolacético), el metabolito principal del ácido 5-HT (serotonina), en un grupo de 30 individuos con historia de uso de MDMA, y los compararon con los de un grupo de control de 28 sujetos que nunca habían tomado MDMA. El resultado fue que los niveles de 5-HIAA eran menores en los sujetos que habían tomado MDMA respecto a aquellas personas que nunca lo habían usado ($p = 0,001$). Entre los inconvenientes metodológicos de este estudio cabe señalar, por ejemplo, que los miembros del grupo de control habían usado también muchas menos drogas, con excepción de los inhalantes, que los usuarios de MDMA. Los usuarios de MDMA habían consumido anteriormente también otros estimulantes en proporciones mucho mayores (otras anfetaminas: 43 por 100; cocaína: 80 por 100) que los individuos del grupo de control (otras anfetaminas: 14 por 100; cocaína: 29 por 100). ¿Cómo sabemos que fue la MDMA y no otras anfetaminas o una combinación de diferentes drogas la causante de las alteraciones reflejadas en los resultados estadísticos de este estudio?

A la luz de lo que sabemos hoy en día sobre este tema, resulta sumamente especulativo y arriesgado plantear ningún tipo de conclusión sobre los posibles daños neurológicos irreversibles que pueda estar causando el «éxtasis» en una parte de la población de usuarios españoles, lo cual no debe interpretarse como que se trate de una droga segura a este respecto.

RIESGOS PARA LA SALUD

El consumo de «éxtasis» se ha asociado en la literatura médica con varias patologías físicas y psiquiátricas. Entre las primeras cabe destacar: diversos trastornos cardiovasculares (arritmias, miocardiopatías y accidentes cerebrovasculares), algunos trastornos disgestivos (principalmente alteraciones hepáticas), trastornos musculares (miopatías agudas —concretamente rabdomiólisis con mioglobinuria), un trastorno metabólico (hiponatremia) y más raramente algún trastorno hematológico¹ (anemia plás-

¹ Se han comunicado muy pocos casos de trastornos hematológicos relacionados con la ingesta de «éxtasis» en la literatura médica. Concretamente se han descrito dos casos de anemia aplásica (disminución del número de leucocitos, hematíes y plaquetas en la sangre). Uno de los casos de anemia aplásica requirió de transfusiones durante tres semanas, y el otro se recuperó de manera espontánea. En ambos la recuperación se produjo de manera total al dejar de tomar MDMA (Marsh *et al.*, 1994). También se ha descrito alguna reacción adversa tras el consumo de «éxtasis» en la

tica). Las patologías psiquiátricas más comúnmente asociadas a la ingesta de MDMA y análogos incluyen trastornos por ansiedad, depresiones y trastornos psicóticos.

Sin llevar a cabo un análisis médico exhaustivo, en nuestro estudio hemos encontrado un número significativo de usuarios que parecen haber sufrido alguno de estos trastornos. Esto pone de manifiesto la existencia de riesgos de salud asociados al consumo de «éxtasis» que se está produciendo en nuestro país, los cuales deberían ser objeto de atención en los programas de prevención, como se hace ya en otros países como Holanda y el Reino Unido.

Reacciones adversas graves

En la literatura médica se han descrito principalmente cuatro tipos de reacciones adversas graves (que requirieran el ingreso del usuario en un servicio de urgencias o su hospitalización) producidas por la ingesta de MDMA o MDEA:

- 1) **Hipertermias malignas**, acompañadas de coagulopatías y/o rabdomiólisis y, a veces, insuficiencia renal aguda. En algunos casos estos efectos han llegado a ocasionar la muerte de la persona.
- 2) **Accidentes cerebro-vasculares**: hemorragias, trombosis e infartos cerebrales.
- 3) **Hiponatremias**, tanto dilucionales (a causa de un consumo excesivo de agua), como debidas a una secreción inadecuada de ADH. Las descripciones que se han hecho suelen ir acompañadas de estados catatónicos temporales.
- 4) **Insuficiencias hepáticas agudas**. La mayoría requirieron trasplantes totales o parciales de hígado, y algunas tuvieron resultado de muerte.

La mayoría de las reacciones adversas que se han producido tienen que ver con una cierta predisposición de los sujetos que la experimentaron (alergias, lesiones previas, etc.), consumos excesivos (que podrían calificarse como sobredosis) o consumos regulares intensivos. Esto no quiere decir que todos los consumos excesivos o regulares produzcan necesariamente una reacción adversa aguda. Este tipo de reacciones tienen un carácter más bien excepcional. Hay bastantes personas que han llegado a ingerir hasta 20 ó 30 comprimidos de «éxtasis» en un fin de semana sin sufrir ninguna de estas reacciones adversas. Por otra parte, para algunas personas alérgicas a los derivados amfetamínicos una pequeñísima cantidad de «éxtasis» puede ser suficiente para experimentar una reacción anafiláctica de graves consecuencias.

En nuestro trabajo de campo, 80 personas reconocieron haber sufrido alguna reacción adversa tras tomar «éxtasis» (véase tabla 9.1). Una de estas personas fue Alberto, un portero de discoteca, que en una ocasión llegó a perder el conocimiento después de tomar un buen número de pastillas:

Los fines de semana lo solíamos hacer con alcohol y los días de diario con agua.

¿Significa que has estado tomando pastillas a diario?

que se produjo trombocitopenia o anemia hemolítica como consecuencia de otro tipo de complicaciones (hipertermia, coagulación intravascular diseminada, etc.).

Sí, sí, sí.

¿Todos los días seguidos?

Todos los días seguidos.

¿Cuántas?

Pues bastantes, nosotros [yo y mi novia] solíamos comernos más de cinco todos los días.

¿Todos los días? ¿Y nunca te ha pasado nada?, ¿que te hayas sentido mal o hayas perdido el conocimiento o algo por el estilo?

Sí, eso sí, claro. Te dan historias y tal, pero... pero, vamos, problemas serios, así, casi nunca.

¿Pero qué es lo que te pasaba?, ¿a ver?

Pues te sueles acelerar yyyyy..., a lo mejor, incluso te empieza a doler el pecho y te puede dar un infarto, si te pasas. Lo que pasa es que te metes agua, y ya una vez psssss... sueles vomitar y tal.

¿Nunca has perdido el conocimiento ni cosas de ésas, de quedarte tirado?

Sí, perdí el conocimiento una vez que nos comimos en una noche diez pastillas, me acuerdo.

¿Y qué te pasó?

Pues que me caí al suelo y me quedé allí tira'o en medio de la discoteca y me levantaron.

¿Te recuperaste?

Sí, claro. Te quedas ciego. Llega un momento en que ya no ves nada, cuando ya, más o menos, llevas cinco pastillas o cuatro. Llega un momento en que, a lo mejor, estás bailando y ya no ves nada, se te va la visión, y te empiezan a pitar los oídos. Y ya, pues, a lo mejor, pues, si estás de pie normal y te controlas, pues no te caes, pero como pierdas el conocimiento, sí te caes.

¿Y luego te levantaron? Te despertaste allí mismo y bueno...

Sí, sí, claro, no...

¿Ni hospital ni nada?

No, no, y... no, seguimos de..., seguimos, una vez que se me pasó, seguimos de fiesta.

O sea, que se te pasó sobre la marcha. ¿Y seguiste tomando pastillas o ya no?

Sí, sí, me comí otra más —ahora que me estoy acordando— a cachos.

(Alberto, nacido en 1975, residente en Madrid)

Nótese que este usuario dice que continuó ingiriendo más pastillas después de volver a recobrar el conocimiento, un comportamiento peligrosamente habitual entre las personas que sufren reacciones adversas. Muchos, cuando empiezan a sentirse mal, en lugar de parar de consumir este tipo de drogas, toman una nueva dosis intentando recuperar así el buen estado que normalmente les proporcionan estas drogas.

Otros 74 usuarios de nuestra muestra reconocieron haber sido testigos de una reacción adversa en otras personas:

Yo, personalmente, [he tenido] alguna bajada más o menos problemática, pero yo he visto ataques epilépticos y otras reacciones fuertes que llegan a asustar.

(Honorato, nacido en 1972, residente en Madrid)

Tabla 9.1. Reacciones adversas graves reconocidas y observadas por los usuarios (N: 391)

	<i>Reacción adversa propia</i>		<i>Reacción adversa en otra persona</i>	
	N	%	N	%
Sí	80	20	74	19
No	237	61	184	47
No respuesta	74	19	133	34

He visto a gente que había tomado muchas y pierde la cabeza. En *Tetraedro* he visto a gente caer al suelo con convulsiones y perder el conocimiento. Le sacaron afuera y se recuperó.

(Pedro, nacido en 1970, residente en Madrid)

Hipertermia maligna o «golpe de calor»

La MDMA y la MDEA producen alteraciones en el sistema termorregulador del organismo que a veces hacen que la temperatura corporal suba de manera repentina por encima del umbral de los 40° C, especialmente cuando se consumen estas drogas en ambientes húmedos y cálidos, al mismo tiempo que se realiza un ejercicio físico intenso (como bailar durante horas en una discoteca), dando lugar a una reacción adversa aguda que se conoce como hipertermia maligna o «golpe de calor».

Una persona que sufre un «golpe de calor» suele experimentar los siguientes síntomas: fatiga, debilidad, confusión y desorientación; una disminución repentina de la sudoración, a menudo cesando por completo; calambres calientes en las piernas, brazos o espalda; enrojecimiento de la piel que se vuelve seca y muy caliente; respiración superficial, pulso rápido y débil; convulsiones, agitación y rigidez muscular; y, finalmente, pérdida del conocimiento y colapso. Si no se controla rápidamente la hipertermia, la persona puede entrar en coma y fallecer de un paro cardíaco ².

Una de las posibles consecuencias del «golpe de calor» puede ser la rabdomiólisis o destrucción de tejido muscular. El aumento de la temperatura corporal hasta 40-43° C puede producir una hipoxia (falta del oxígeno necesario para que tenga lugar el metabolismo aerobio). Como consecuencia de esta falta de oxígeno, los músculos se ven obligados a producir ácido láctico degradando la glucosa para obtener energía por metabolismo anaerobio (una serie de procesos químicos que no requieren oxígeno). Grandes cantidades de ácido láctico pasan entonces de los músculos a la sangre y, si el hígado no puede eliminarlo, se produce una situación que se conoce como

² 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, 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».

acidosis. Los músculos se vuelven entonces rígidos y se producen convulsiones en el individuo. Esto puede dar lugar a una liberación de mioglobina (un pigmento encargado de almacenar el oxígeno en el tejido muscular) que pasa a la orina. Finalmente, la mioglobinuria (presencia de mioglobina en la orina) puede terminar produciendo una insuficiencia renal aguda y la muerte del individuo. Varias de las defunciones que se han producido relacionadas con ingesta de «éxtasis» se debieron a esta causa. El tratamiento hospitalario para este cuadro sintomático normalmente incluye: reducción de la temperatura corporal mediante enfriamiento y ventilación asistida (también se suministra a veces dantroleno con este fin, aunque no está probada su eficacia), diuresis alcalina para reducir la acidosis y, si resulta necesario, hemofiltración hasta que los riñones recuperan completamente la función renal.

En el cuadro 9.1 pueden verse algunas de las reacciones adversas de este tipo que han aparecido comentadas en la literatura médica. Los casos que acabaron en defunción se reseñan más adelante, en el apartado dedicado a comentar las muertes relacionadas con el consumo de «éxtasis».

Óscar, uno de los usuarios más intensivos de nuestra muestra, admitió haber sufrido en una ocasión una reacción adversa que probablemente desembocó en insuficiencia renal aguda, ya que tuvo que permanecer hospitalizado varios días y fue sometido a un tratamiento de hemodiálisis:

Me fui de vacaciones a Mallorca. ¡Me lo pasé!... Me iba a comprar un coche y me lo gasté todo en ese fin de semana.

¿Cuánto te gastaste en ese fin de semana?

Pues imagínate. Ahí fue. Perdí diez kilos y cuando volví (...). Luego me dio un cólico renal.

¿Eso fue por las pastillas?

Sí, porque además me hicieron análisis. Estuve hospitalizado, me hicieron análisis y no me salía nada, tampoco me salía arena en el riñón y no me salía nada (...).

¿Qué fue exactamente lo que te pasó?

Pues... veneno en la sangre.

¿Qué te dijeron los médicos?

Nada, si no me hicieron nada.

¿Tú dijiste en el hospital que habías tomado mucho X?

No. Entonces, al final, si es que fue todo... Estuve hospitalizado, entonces ya me dieron. Yo les dije que tomaba pastillas, pero ellos pensaban que era pa' suicidarme, ¿sabes? Que tampoco podía..., ¿me entiendes? (...). Está todo más controla'o, te tienen muy controla'o y a mí tampoco me interesaba... Entonces, decidí no decir nada. Que había toma'o pastillas para dormir, les dije, y ya está (...).

¿Qué pastillas fueron las que te tomaste esa vez en Mallorca?

Las rosas y las cápsulas también, que había cápsulas blancas (...).

A partir de ahí, del cólico, pues, resulta que me dio... (...). Mi padre me exigió a mí que... Me ingresó, estuve en un balneario (...). Y lo que hacían era que me depuraban la sangre como a los enfermos del riñón. Una diálisis de ésas. Y a partir de ahí, pues el problema que tengo es que la química mi cuerpo no la elimina bien con la sangre. Entonces, lo elimino por los poros, con el sudor y cuando me paso me sale...

Cuadro 9.1. Reacciones adversas tras la ingesta de «éxtasis» con hipertermia y, generalmente, CID y/o rabdomiólisis, 1992-1996

Caso	País	Edad/ sexo	Circunstancias	Reacción adversa	Tratamiento y resultado	Fuente
1	Inglaterra	19/H	Tomó «éxtasis» en una discoteca.	Confusión y colapso. Tem. 41° C, rigidez muscular, pulso 180, CID, rabdomiólisis. Creatinina 29700 IU/l, creatinina 250 µmol/l. Necrosis muscular.	Enfriamiento, ventilación artificial, diuresis alcalina. Recuperación neurológica, pero con secuelas: dificultad para caminar.	Screaton <i>et al.</i> , 1992
2	Inglaterra	19/H	Tomó 3 comprimidos de «éxtasis» en una discoteca.	Colapso. Tem. 40° C, rigidez muscular, taquicardia, rabdomiólisis. Creatinina 3940 IU/l, ligera coagulopatía.	Enfriamiento, diuresis alcalina. Recuperado 30 h. después del ingreso.	Screaton <i>et al.</i> , 1992
3	Inglaterra	23/H	Tomó 3 comprimidos de «éxtasis» en una discoteca. MDMA en plasma: 0,2 mg/l; anfetamina: 0,1 mg/l.	Convulsiones, agitación, midriasis, taquipnea, pulso 120, PA 120/60, tem. 40° C, CID, rabdomiólisis, IRA.	Recuperación tras hemofiltración durante 20 días.	Henry <i>et al.</i> , 1992
4	Inglaterra	1/H	Ingestión accidental de un comprimido de «éxtasis». MDMA en plasma: 0,7 mg/l.	Agitación, espasmos, midriasis, tem. 38,5° C, pulso 70-170, PA 180/70, convulsiones durante 30 minutos.	Tratamiento sintomático. Desaparición de los síntomas seis horas después de la ingesta	Henry <i>et al.</i> , 1992
5	Inglaterra	19/M	Ingestión de 2 comprimidos de anfetamina en una discoteca. MDMA en plasma: 0,97 mg/l; MDA: 0,05 mg/l.	Vómitos, diarrea acuosa, comatosa, tem. 37,9° C, pulso 150, trombocitopenia, AST elevada.	Diuresis forzada y clorpromazina. Recuperación.	Henry <i>et al.</i> , 1992

Cuadro 9.1. Reacciones adversas tras la ingesta de «éxtasis» con hipertermia y, generalmente, CID y/o rabdomiólisis, 1992-1996 (cont.)

Caso	País	Edad/ sexo	Circunstancias	Reacción adversa	Tratamiento y resultado	Fuente
6	Inglaterra	20/H	Ingestión de 3 comprimidos de «éxtasis» en una discoteca. MDMA en plasma: 0,24 mg/l; anfetamina: 0,02 mg/l. MDEA detectada en orina.	Pulso 210, PA 210/70, agitación, sudoración, tem. 40° C, CID, rabdomiólisis, IRA, pruebas hepáticas alteradas.	Hospitalizado 21 días.	Henry <i>et al.</i> , 1992
7	Inglaterra	23/H	Tomó 3 comprimidos de «éxtasis» en un <i>rave</i> . MDMA en plasma: 0,2 mg/l; anfetamina: 0,1 mg/l.	Convulsiones, pérdida de conocimiento. Tem. 40° C, PA 120/60, pulso 120, pupilas dilatadas, CID. Bilirrubina 77 µmol/l; ALT 289 IU/l; AST 2659 IU/l; LDH 3510 IU/l; creatinina 5849 IU/l; creatinina 225 µmol/l; urea 12,2 µmol/l. Oliguria e insuficiencia renal.	Sometido a hemofiltración durante 20 días. Recuperación.	Fahal <i>et al.</i> , 1992
8	Inglaterra	23/H	Sufrió una convulsión 3 horas después de ingerir un comprimido de «éxtasis» y cierta cantidad de anfetamina en polvo MDMA en plasma: 0,2 mg/l; Anfetamina: 0,1 mg/l.	Agitación, mi-driasis, pulso 160, temp. axi. 40° C, PA 85/60, reducido nivel de consciencia, rabdomiólisis, CID, hematuria, oliguria, disfunción hepática. Bilirrubina 139 µmol/l; LDH 5312 IU/l; ALT 626 IU/l; FA 103 UI/l; creatinina 5849 IU/l; creatinina 570 µmol/l.	Hemofiltración durante 21 días. Dado de alta a los 33 días.	Barret y Taylor 1993

Cuadro 9.1. Reacciones adversas tras la ingesta de «éxtasis» con hipertermia y, generalmente, CID y/o rabdomiólisis, 1992-1996 (cont.)

Caso	País	Edad/ sexo	Circunstancias	Reacción adversa	Tratamiento y resultado	Fuente
10	Inglaterra	37/H	Tomó «éxtasis» en un <i>rave</i> .	Cefalea, dolor abdominal, vómitos, ataque de <i>grand mal</i> , PA 220/140, pérdida de consciencia. Anemia hemolítica microangiohepática. Urea 18,9 $\mu\text{mol/l}$; creatinina 168 $\mu\text{mol/l}$; creatinasa 185 IU/l. Pruebas hepáticas normales, hematuria. Deterioro de la función renal en los 7 días posteriores. Oliguria e insuficiencia renal. La biopsia renal reveló una hipertensión acelerada y una encefalopatía hipertensa.	Hemodiálisis intermitente. El paciente continuaba en estado de dependencia de hemodiálisis 4 meses más tarde.	Woodrow <i>et al.</i> , 1995
9	Inglaterra	17/H	Ingirió dos comprimidos de «éxtasis» en una fiesta.	Vómitos, dolor en el pecho, tem. 37,9° C, taquicardia. Neumomediastino debido a vómitos contra una glotis fija, causando un aumento de la presión intratorácica, pero sin perforación del esófago.	Recuperación a los pocos días tras ser tratado con analgésicos, antibióticos y fluidos.	Levine <i>et al.</i> , 1993

Cuadro 9.1. Reacciones adversas tras la ingesta de «éxtasis» con hipertermia y, generalmente, CID y/o rabdomiólisis, 1992-1996 (cont.)

Caso	País	Edad/ sexo	Circunstancias	Reacción adversa	Tratamiento y resultado	Fuente
11	Inglaterra	25/H	Ingestión de un comprimido de «éxtasis».	Agitación, deshidratación, tem. 39° C, sudoración, pulso 140, PA 200/100. Prolongación del intervalo QTc.	Rehidratación y pronta recuperación	Drake y Broadhurst, 1996

Son como granitos...

Sí, me empiezan a salir por los codos...

Es como un eccema, ¿no?

Sí, éves?, es esto, sale como un granito... Y me salía en los brazos y en las piernas.

(Óscar, nacido en 1965, residente en Valencia)

Accidentes cerebro-vasculares

La MDMA y la MDEA aumentan ligeramente el ritmo cardíaco y elevan ligeramente la presión arterial. Estas sustancias producen, además, alteraciones en el sistema termorregulador del organismo en los seres humanos, que dan lugar a subidas de la temperatura corporal. La combinación de estos efectos, que en la mayoría de los usuarios suelen desaparecer entre 4 y 6 horas después de la ingesta sin producir ninguna alteración seria en su organismo, ha sido causa de algunos accidentes cerebro-vasculares.

El aumento súbito de la temperatura corporal desencadena a veces una coagulación intravascular diseminada. Cuando esto ocurre, se produce una agregación plaquetaria y coagulaciones en los vasos sanguíneos de pequeño tamaño, haciendo que los factores de coagulación (las enzimas que intervienen en la coagulación) que hay en la sangre disminuyan rápidamente, sin darle tiempo al hígado para reemplazarlos. En consecuencia, se reduce la velocidad de coagulación en el sistema sanguíneo allí donde pueda ser necesaria, produciendo coágulos de escasa consistencia que no taponan adecuadamente los vasos sanguíneos rotos, dando lugar a hemorragias. En la literatura médica han aparecido algunas referencias de casos de accidentes cerebro-vasculares relacionados con el consumo de «éxtasis» (véase cuadro 9.2). Los síntomas característicos de estas reacciones adversas suelen incluir: dolor de cabeza intenso, a veces acompañado de vómitos; debilidad muscular o parálisis de un lado del cuerpo (hemiparesis); y dificultad para hablar, escribir, leer o entender el lenguaje (disfasia). Normalmente se trataba de individuos predispuestos a sufrir estas reacciones, ya que anteriormente tenían una malformación arteriovenosa. Por ejemplo: una arteria con

Cuadro 9.2. Accidentes cerebro-vasculares relacionados con el consumo de «éxtasis», 1992-1993

Caso	País	Edad/ sexo	Circunstancias	Reacción adversa	Tratamiento y resultado	Fuente
1	Escocia, Reino Unido	30/M	Tomó una mezcla de «éxtasis» y speed en un <i>rave</i> antes de experimentar los síntomas.	Cefalea, disfasia y hemiparesis derecha (brazo flácido). Gran hematoma en la región frontoparietal extendiéndose al ganglio basal.	Recuperación.	Harries y De Silva, 1992
2	Escocia, Reino Unido	22/M	Según una llamada anónima había tomado sulfato de anfetamina.	Cefalea, incontinencia urinaria, agitación, ataque de <i>grand mal</i> , ligera hemiparesis derecha y disfasia expresiva. Pequeño hematoma frontal.	No consta.	Harries y De Silva, 1992.
3	Escocia, Reino Unido	20/H	Le echaron «éxtasis» en una bebida no alcohólica.	Cayó dormido. Posteriormente ataque de <i>grand mal</i> . Finalmente quedó inconsciente con las pupilas fijas y dilatadas. Gran hematoma frontal. Dilatación ventricular contralateral. Malformación arteriovenosa frontal izquierda.	Murió tras practicarle una craneotomía.	Harries y De Silva, 1992
4	Escocia, Reino Unido	16/H	Le echaron «éxtasis» en una sidra.	Adormecido, torpeza al hablar, arrastraba la pierna derecha. Ligera hemiparesis derecha con disfasia expresiva. Hematoma profundo en el hemisferio izquierdo.	Recuperación.	Harries y De Silva, 1992
5	Inglaterra, Reino Unido	25/M	Ingestión de 2,5 comprimidos de «éxtasis» en 4,5 horas en su casa. MDMA en plasma: 0,21 mg/l	Cefalea occipital fuerte, PA 120/60. Hemorragia subaracnoidea.	Recuperación tras neurocirugía.	Henry <i>et al.</i> , 1992

Cuadro 9.2. Accidentes cerebro-vasculares relacionados con el consumo de «éxtasis», 1992-1993 (cont.)

Caso	País	Edad/ sexo	Circunstancias	Reacción adversa	Tratamiento y resultado	Fuente
6	Inglaterra, Reino Unido	22/M	Tomó un comprimido de «éxtasis» en un <i>rave</i> y estuvo bailando durante 8 horas sin reponer líquidos.	Doce horas después empezó a experimentar un intenso dolor de cabeza, náuseas, fofofobia, disfasia expresiva, fortalecimiento del espectro visual y pérdida hemisensorial del lado derecho. Se le diagnosticó una posible migraña. Doce días después, tras persistir los síntomas regresó al médico y se le encontró un edema papilar bilateral. Se le diagnosticó una trombosis venosa cerebral.	Resolución después de cuatro semanas de tratamiento con heparina intravenosa.	Rothwell y Grant, 1993
7	Inglaterra, Reino Unido	22/M	Había tomado 2 comprimidos de «éxtasis» en casa con amigos. Usuaria regular de «éxtasis», aunque no había consumido durante los dos últimos meses.	Dolor de cabeza intenso en la región occipital, vómitos. Hemorragia subaracnoidea. La paciente tenía un aneurisma cerebral.	Recuperación después de cirugía.	Gledhill <i>et al.</i> , 1993
8	Inglaterra, Reino Unido	35/H	Según su pareja había tomado «éxtasis» varias veces y fumado cannabis durante las 36 horas previas al colapso.	Colapso, hemiparesis derecha densa, disfasia mezclada aguda. Infarto cerebral agudo en la parte izquierda del cerebro como consecuencia de la oclusión total de la arteria cerebral media izquierda	Recuperación de la actividad motriz tras rehabilitación. No recuperación de la comunicación a causa de una disfasia expresiva aguda y una disfasia verbal.	Manchanda y Conolly, 1993

las paredes debilitadas (aneurisma), una vena o arteria total o parcialmente ocluida (trombo), etcétera.

Uno de los usuarios de nuestro estudio, un ejecutivo de cuarenta y un años llamado Pepe, sufrió una hemorragia cerebral después de consumir «éxtasis», que presenta muchas similitudes con algunos de los casos descritos en la literatura médica.

También en esta ocasión, Pepe tenía una malformación arteriovenosa congénita en el cerebro, y un golpe fortuito pudo favorecer la aparición de la hemorragia.

Yo nunca he perdido la consciencia de lo que hacía por haber tomado «éxtasis». Excepto la noche que estaba ya con la hemorragia cerebral, que tuve la sensación de que se me iba la cabeza y, entonces, como había tomado tantísimo, tuve la sensación de que me estaba pasando algo. Y se lo dije a Pepa: «Me está pasando algo» (...). Estaba sangrando, lo tenía abierto, me tomo un «éxtasis» y efectivamente noto que me está produciendo un efecto que era diferente, que era distinto. ¿Y en qué lo notaba? Que no me encontraba bien, que la experiencia del «éxtasis» había sido una experiencia de encontrarme a gusto, encontrarme bien, y la experiencia entonces era de encontrarme mal, me encontraba a disgusto. Y entonces la experiencia era de reconocimiento inmediato, porque pensaba, «si estoy con un "éxtasis" y me encuentro mal es que me está pasando algo» (...).

¿Y lo asociaste a que te podía dar? ¿Alguna vez has asociado tu problema y el uso de drogas?

No... Porque el diagnóstico es que tengo una arteria diseccionada a esta altura por efectos traumáticos... Entonces, sí, le puedo buscar lo que quiera, pero... Hasta que me lo dijeron yo pude pensar que era el estrés que me había reventa'o, la vida de perros que llevaba, el excesivo trabajo, o el uso indiscriminado de coca durante una determinada etapa de mi vida (...).

Luego reconstruiste el hecho.

El médico que me estaba haciendo la arteriografía, cuando descubrió el trozo de arteria que estaba diseccionado, me dijo: «Usted ha tenido un golpe muy fuerte aproximadamente hace veinte días. Hace veinte días.» Por el volumen de sangre que tenía... Y, efectivamente, fue un golpe en el barco, y recuerdo que me dio un dolor de cabeza fuertísimo [*sic*], que pedí una aspirina, yo, que jamás tomo aspirinas. Me dijeron veinte días, y era día 25, y yo me había da'o la hostia el día seis. Era una hemorragia interna, dentro del cráneo. Tenía un montón de microinfartos, de infartos cerebrales pequeñitos, y tenía la arteria caída, que había perdido presión y se había forma'o como un bucle (...), estaba caída (...). Hubo zonas que no tuvieron riego, pero el cerebro canalizó la sangre por otras arterias (...).

¿Y la otra arteria? Una se rompió por un golpe, ¿y la otra?

La otra es congénita. La tengo atrofiada congénitamente.

(Pepe, nacido en 1955, residente en Madrid)

Hiponatremias

En las publicaciones periódicas médicas han aparecido algunos casos de hiponatremias relacionadas con el consumo de «éxtasis». Una hiponatremia consiste en una disminución de la concentración de sodio en el organismo por debajo de los niveles normales (concentración normal de sodio en plasma = 136-145 mmol/l). Suele dar lugar a una serie de síntomas, entre los que cabe destacar los siguientes: convulsiones, vómitos, agitación (a veces, irritación) y/o colapso; estado catatónico (letárgico, comunicativo, sin habla, desorientado, lloroso); e incontinencia urinaria.

Algunas de las hiponatremias descritas se debieron a una ingesta excesiva de agua y líquidos, por lo que su relación con el consumo de MDMA y análogas es

Cuadro 9.3. Hiponatremias relacionadas con el consumo de «éxtasis», 1993-1996

Caso	País	Edad/ sexo	Circunstancias	Reacción adversa	Tratamiento y resultado	Fuente
1	Reino Unido	17/M	Tomó un comprimido y medio de «éxtasis». Tras tres ataques epilépticos (en 2 horas) se quedó dormida. Nueve horas más tarde fue ingresada. Fue observada 12 horas y dada de alta. A las 30 horas fue reingresada. MDMA detectada en la orina.	Estado catatónico. Tem., pulso y PA normales. Incontinente y deshidratada. Concentración Na^+ 130 mmol/l.	Se recuperó 52 horas después de la ingesta.	Maxwell, <i>et al.</i> , 1993
2	Reino Unido	17/M	Colapso horas después de tomar una cápsula de «éxtasis». Había estado bailando y había tomado aprox. 5 litros de agua. MDMA en plasma: 0,05 mg/l. Detectada MDA en orina.	Estado catatónico. Incontinente. Pupilas dilatadas. Concentración Na^+ 118 mmol/l, con Mag^+ 0,64 mmol/l. Prolongación del intervalo QT (0,46 s).	Empezó a recuperarse 18 horas después del ingreso. No recordaba nada de lo ocurrido en las 40 horas previas.	Maxwell <i>et al.</i> , 1993
3	Reino Unido	23/M	Había tomado medio comprimido de «éxtasis» y bebido media botella de vino. Ocho horas después vomitó y se quedó dormida. 18 horas más tarde fue encontrada llorando y comportándose de manera anormal. Fue ingresada 24 horas después de la ingesta.	Estado catatónico. Pupilas dilatadas. Concentración Na^+ 123 mmol/l.	Se recuperó 12 horas después del ingreso.	Kessel, 1994
4	Reino Unido	24/M	Tomó un comprimido de «éxtasis» y una pequeña cantidad de alcohol en un <i>rave</i> . Seis horas más tarde tuvo un ataque con convulsiones y vómitos. MDMA en plasma: 0,05 mg/l; Anfetamina: 0,006 mg/l (aprox. 10 horas después de la ingesta).	Estado catatónico. Taquicardia, pupilas dilatadas, sudoración excesiva, agitación, tem. 38° C. Concentración Na^+ 68 mmol/l. Creatinina 1064 IU/l. Diagnóstico: síndrome de secreción inapropiada de ADH.	Restricción de fluidos y administración de una infusión de cloruro sódico al 1,8 por 100. Segundo día: concentración de Na^+ normal y recuperación de la consciencia. Su nivel de creatinina también fue aumentando. Recuperación total al tercer día.	Satchell y Connaughton, 1994

Cuadro 9.3. Hiponatremias relacionadas con el consumo de «éxtasis», 1993-1996 (cont.)

Caso	País	Edad/ sexo	Circunstancias	Reacción adversa	Tratamiento y resultado	Fuente
5	Reino Unido	36/H	Pasó la Noche Vieja en una discoteca donde se tomó un comprimido de «éxtasis» junto con dos cervezas. Empezó a sufrir convulsiones y fue trasladado a un hospital. MDMA en plasma: 0,013 mg/l. MDA detectada en orina.	Incontinencia urinaria, vómitos, comatoso. Concentración de Na ⁺ 115 mmol/l; creatinina 1572 IU/l, llegando a subir en los días posteriores hasta 84800 IU/l. Aumento de la temperatura a 39,7° C 12 horas después del ingreso. Poliuria y mioglobinuria (rabdomiólisis). Aumento del ALT hasta 323 IU/l cinco días después del ingreso.	Administración de diazepam y clorpromazina para reducir la agitación, una infusión salina vía intravenosa para reducir la hiponatremia, oxígeno y paracetamol para controlar la piroxia, manitol, bicarbonato y una dosis baja de dopamina por vía intravenosa para provocar una diuresis alcalina.	Lehmann, 1995
6	Reino Unido	19/H	Había estado tomando «éxtasis» regularmente durante los 12 meses previos una o dos veces a la semana (1-2 comprimidos). Admitió haber tomado 15 comprimidos durante 36 horas antes de sufrir la retención de orina.	Retención aguda de orina durante 24 horas. Ningún otro síntoma. No se menciona concentración de Na ⁺ .	Se le extrajo la orina mediante la inserción de un catéter en la uretra.	Bryden, <i>et al.</i> , 1995
7	Reino Unido	20/M	Tornó un comprimido de «éxtasis» en un <i>rave</i> y bebió una gran cantidad de agua. Pudo sufrir un ataque y fue llevada al hospital. MDMA detectada en orina.	Incontinente. Pupilas dilatadas. Estado catatónico. Concentración Na ⁺ 112 mmol/l. Secreción excesiva de ADH. Edema cerebral.	Ventilación para disminuir el edema cerebral. Administración de manitol y dexametasona por vía intravenosa. Recuperación progresiva de la concentración de Na ⁺ en los 4 días siguientes. 2 meses después todavía tenía <i>flashbacks</i> desagradables y algunos síntomas de ansiedad, pero se encontraba recuperada.	Holden y Jackson, 1996

Cuadro 9.3. Hiponatremias relacionadas con el consumo de «éxtasis», 1993-1996 (cont.)

Caso	País	Edad/ sexo	Circunstancias	Reacción adversa	Tratamiento y resultado	Fuente
8	Irlanda	20/H	Sufrió un colapso en una discoteca. MDMA en plasma: 0,04 mg/l.	Convulsiones, sed, tem. 36° C, hipertenso, baja concentración de Na ⁺ , pérdida de consciencia. Edema cerebral. Intoxicación por agua (se estima que bebió 12 litros).	Muerte.	Milroy, Clark y Forrest, 1996
9	USA	19/M	Después de pasar un día esquíando se tomó un comprimido de «éxtasis». Vomitó 15 min. después y fue trasladada a un hospital. Anfetamina y MDMA detectadas en orina y sangre.	Desorientada, somnolente, con diarrea. Taquicardia, pupilas dilatadas. Aumento tem. a 38,5° C. Concentración de Na ⁺ 120 mmol/l; LDH 1060 IU/l, aumentando a 6357 IU/l; creatinincinasa 3960 IU/l, aumentando a 71760 IU/l; AST 136 IU/l, aumentando a 819 IU/l; ALT 413 IU/l; GGT 86 IU/l. Convulsiones, PA 123/72. Diagnóstico: posible síndrome maligno neuroléptico y rabdomiólisis.	Lavado de estómago, tratada vía intravenosa con fluidos, bromocriptina y dantroleno. Recuperación de la condición neurológica 4 días más tarde.	Demirkiran <i>et al.</i> , 1996

tan sólo indirecta, en la medida en que el calor que esta sustancia produce en el usuario pudiera haber contribuido a que esas personas bebieran más de lo necesario³.

Otras, sin embargo, parece que se debieron a una alteración de la producción de la hormona antidiurética (ADH o vasopresina), encargada de regular el balance acuoso del organismo, en la que sí pudo jugar algún papel el «éxtasis». La secreción excesiva de ADH produce retención de agua y una disminución en la concentración de sodio que queda diluido.

³ Paradójicamente, algunas de las campañas de prevención de riesgos llevadas a cabo en el Reino Unido pueden haber contribuido a que algunos usuarios de «éxtasis» se excedan en el consumo de agua y líquidos para intentar evitar los «golpes de calor».

Una persona que presenta síntomas de hiponatremia tras ingerir «éxtasis» debe ser trasladada a un servicio de urgencias. La mayoría de los usuarios de «éxtasis» que han sufrido una hiponatremia se recuperaron al cabo de uno o dos días de ingreso, con la simple administración de tranquilizantes y una infusión salina por vía intravenosa. Pero una hiponatremia no tratada a tiempo puede tener complicaciones graves. Es conveniente realizar una TAC del cráneo para detectar posibles edemas cerebrales. Se han producido algunas muertes por consumos excesivos de agua.

Entre nuestros casos hemos encontrado algunas personas que perdieron de manera transitoria el conocimiento o permanecieron durante algunas horas en estado cata-tónico, sin recordar luego lo que les había sucedido. No se puede descartar que alguna de estas personas sufriese una hiponatremia, aunque no disponemos de evidencias suficientes para confirmarlo. Un ejemplo podría haber sido el de Lola, una estudiante de enfermería de veintidós años, que relata así su experiencia:

Sí, en Valencia. Lo pasé muy mal. yo estaba con Fermín y me dijo, como siempre, que no tomase nada que él no me diese. Me lo avisó porque allí la gente es muy agradable y te invitan y te dicen: «Toma, por ser de Madrid». Entonces, él me iba dando todo el rato, y yo le decía que me diese más porque yo estaba totalmente bien, y él me decía que no, que ya me había dado bastante. Entonces conocí a unos chicos, que no sé ni de dónde eran, en el aparcamiento. Yo estaba bailando con ellos, y cogió uno y me metió en la boca una, y yo no sabía si era una o media. Al rato llegó Fermín y, como hacía tiempo que no me daba, me dio. Y yo no podía decirle nada porque él me había prohibido que tomase. Entonces, llegó un momento en el que no podía hablar; le quería decir a alguien que me encontraba mal, pero no podía hablar. Tenía un sudor frío, horrible, y no me saltan las palabras.

¿Estabas asustada?

Sí. Se me acercaba Fermín, y me preguntaba si estaba bien, y yo le decía que sí con la cabeza para que no me regañara. Se nos acercó un amigo nuestro, y no sé cómo aparecí en una terraza que había arriba de la discoteca, sentada y tomando el sol con las gafas.

¿No te acuerdas? ¿Perdiste el conocimiento?

No lo sé, pero no me acuerdo de nada. Yo no me caí, pero no me acuerdo. Luego me contaron que no me encontraban. De lo que me acuerdo es de que en la terraza había unos chicos mirándome [se ríe muchísimo al contarlo] y yo no sabía dónde estaba. Les pregunté por mis amigos, porque ya podía hablar. Yo les dije: «¡Oye!, ¿dónde están mis amigos?» Y me dijeron: «No sé. ¿Tú dónde te pones?» Les dije que a la izquierda de la cabina y que si me podían ayudar a encontrarlos porque no sabía dónde estaba. Bajaron conmigo y ya me quedé con mis amigos, que llevaban una hora buscándome.

¿Por qué te pasó eso?

Porque me dio un subidón entre todo lo que me había dado Fermín, y que yo creía que no me había subido, más lo de los chicos ésos, que me lo metieron en la boca, y lo que me volvió a dar Fermín.

¿Cuánto era en total?

¿Cuánto?... Dos pastillas.

(Lola, nacida en 1973, residente en Madrid)

Los usuarios de «éxtasis» corren un mayor riesgo de sufrir alteraciones en el balance de fluidos de su organismo. A ello contribuyen de manera notable, además

del efecto hiperpiréxico de esta sustancia, el contexto donde se su suele utilizar (ambientes ya de por sí caldeados) y las actividades (de intenso ejercicio físico) que se realizan al mismo tiempo, que en conjunto contribuyen a que el usuario pierda fácilmente grandes cantidades de líquido y trate de reponerlas con la misma rapidez bebiendo. Probablemente por eso, el 49 por 100 de las personas de nuestra muestra reconocieron tener más frecuentemente deseo de orinar cuando tomaban «éxtasis». Bailar, beber, sudar y orinar forman, para muchos usuarios, parte de su experiencia con el «éxtasis», como reconoce, por ejemplo, Blanca:

Sentí, me sentía que estaba flotando. Era la feria de aquí de (...) y estaba yo en la caseta flotando. No parando de bailar. Sin parar de bailar. Estuve como toda la noche en el mismo sitio bailando. Ya y, bueno, meando. Me iba a mear y venía. Y eso es lo que hacía, na' más.

(Blanca, nacida en 1976, residente en Málaga)

Insuficiencias hepáticas

El número de casos de presunta hepatotoxicidad atribuida o relacionada con el uso de «éxtasis» ha aumentado considerablemente en los últimos años (véase cuadro 9.4). En la mayoría de los casos las alteraciones hepáticas empezaron a manifestarse a través de una serie de síntomas característicos: ictericia (la piel y los ojos adquieren color amarillo); oscurecimiento de la orina; heces pálidas; dolores abdominales (a veces se hincha el abdomen); malestar general, náuseas y vómitos; pérdida del apetito; picores (prurito), y letargo (cansancio, somnolencia, pérdida de energía). Un examen médico más detallado reveló aumentos de las concentraciones de bilirrubina y transaminasas en la sangre. Además, las biopsias realizadas en muchos de los casos confirmaron la existencia de daños de distinta consideración en los tejidos hepáticos: desde ligeras o moderadas hepatitis lobulares a necrosis masivas de hepatocitos en el área periportal. En todos los casos se descartaron como posibles causas de la hepatitis el uso de drogas por vía intravenosa, el consumo exagerado de alcohol o la existencia de agentes infecciosos antes de realizar el diagnóstico de presunta hepatitis tóxica. En algunos casos, dada la rapidez con que se produjo la reacción adversa, se pudieron realizar análisis toxicológicos a los sujetos afectados, comprobando que la causa de la reacción adversa no pudo ser debida a la adulteración del «éxtasis» con otras sustancias hepatotóxicas. Sin embargo, en la mayoría de los casos, los síntomas de la hepatitis tóxica se manifestaron días después de la ingesta y normalmente tras un cierto período de uso. Hay que señalar también que en algunos de los casos presentados en el cuadro 9.4 no se pudo determinar de manera concluyente si los daños hepáticos fueron resultado del supuesto efecto tóxico de la MDMA y análogas sobre el hígado o una consecuencia derivada de las hipertermias desencadenadas por estas sustancias.

Es probable que muchas de estas reacciones adversas hayan sido idiosincrásicas, debidas a una cierta sensibilidad de los sujetos afectados a la MDMA y/o análogas. Esto explicaría que en ocasiones se produjese una recuperación espontánea simplemente al interrumpir el consumo de MDMA y que, por el contrario, en algunas

Cuadro 9.4. Casos de hepatotoxicidad relacionados con el uso de «éxtasis», 1992-1996

Caso	País	Edad/ sexo	Uso de MDMA y otras drogas	Presentación clínica	Análítica	Histología	Resultado	Fuente
1	USA	32/M	Tomó una dosis de 100-150 mg de MDMA en polvo diluido en zumo de manzana en su casa con su pareja. MDMA en plasma 7 mg/l. Dos horas después fue trasladada a un servicio de urgencias. Había consumido antes MDMA.	Agritación, alucinaciones, pupilas dilatadas, pulso 150, PA 90/50, tem. rectal 41,6°, nistagmo vertical, CID, rabdomiólisis, trombocitopenia.	Al tercer día: bilirrubina 106 $\mu\text{mol/l}$; AST 1.820 UI/l; ALT 100 IU/l; FA 107 UI/l.	NC	Recuperación.	Brown y Osterloh, 1987.
2	Reino Unido	21/M	Ingerió comprimidos de «éxtasis» en una fiesta. MDMA en plasma: 0,11 mg/l.	Después de un periodo de hiperactividad empezó a sufrir convulsiones; tem. 41° C; pulso 170; PA 170/100; rabdomiólisis; CID, IRA.	NC	NC	Trasplante de hígado al 4.º día. Muerte por rechazo del injerto 18 días más tarde.	Henry <i>et al.</i> , 1992.
3	Reino Unido	29/H	Había tomado «éxtasis» 7 veces. Usuario de psicofina, cocaína y cannabis.	Colestasis, ictericia, edema periférico, ascitis.	NC	NC	Recuperación lenta (más de 3 meses).	Henry <i>et al.</i> , 1992.
4	Reino Unido	19/H	Un comprimido de «éxtasis» 3 meses antes de la enfermedad.	Dos semanas de proceso diarreico de tipo gripal por ictericia.	Bilirrubina 170 $\mu\text{mol/l}$; AST 1.509 UI/l; GGT 103 UI/l; FA 369 UI/l.	NC	Recuperación lenta (más de 2 semanas).	Henry <i>et al.</i> , 1992.

Cuadro 9.4. Casos de hepatotoxicidad relacionados con el uso de «éxtasis», 1992-1996 (cont.)

Caso	País	Edad/ sexo	Uso de MDMA y otras drogas	Presentación clínica	Análítica	Historia	Resultado	Fuente
5	Reino Unido	19/H	Historia de uso de «éxtasis». Sin historia de uso de otras drogas.	Una semana después del último consumo: ictericia creciente, vómitos, confusión. Insuficiencia hepática aguda.	Bilirrubina 400 µmol/l	NC	Trasplante de hígado con éxito.	Henry <i>et al.</i> , 1992.
6	Reino Unido	27/M	Había tomado 3 veces éxtasis. Ningún uso de drogas por vía intravenosa en los últimos 5 años.	Tres episodios de hepatitis, todos ellos después de ingerir MDMA.	Bilirrubina 400 µmol/l	NC	Recuperación total.	Henry <i>et al.</i> , 1992.
7	Reino Unido	20/H	Uso regular de «éxtasis» durante 3 meses hasta 2 semanas antes del ingreso. Uso de LSD y cannabis durante 2 años.	Ictericia, encefalopatía, coagulopatía, síndrome de distress respiratorio del adulto.	Bilirrubina 530 µmol/l; AST 2.600 U/l.	NC	Muerte.	Henry <i>et al.</i> , 1992.
8	Reino Unido	20/H	Uso semanal regular de «éxtasis» durante 10 meses	Ictericia, hepatomegalia dolorosa.	Bilirrubina 40 µmol/l	NC	Resolución.	Henry <i>et al.</i> , 1992.
9	Reino Unido	19/H	Uso de dosis crecientes de «éxtasis» durante 3 meses, hasta tomar 4 comprimidos/semana.	Prurito, ictericia.	Bilirrubina 181 µmol/l; AST 659 U/l; FA 276 U/l.	NC	Resolución lenta.	Henry <i>et al.</i> , 1992.
10	Reino Unido	27/H	Admitió haber tomado «éxtasis» antes de los dos episodios de hepatitis.	Dos episodios de ictericia, hepatomegalia (3 cm).	Bilirrubina 471 µmol/l; AST 1.717 U/l; GGT 50 U/l; FA 439 U/l.	Hepatitis; infiltraciones de células mononucleares, eosinófilos y neutrófilos; pérdida centrilobulillar de hepatocitos.	Resolución espontánea.	Shearman <i>et al.</i> , 1992.

Cuadro 9.4. Casos de hepatotoxicidad relacionados con el uso de «éxtasis», 1992-1996 (cont.)

Caso	País	Edad/ sexo	Uso de MDMA y otras drogas	Presentación clínica	Análítica	Histología	Resultado	Fuente
11	Reino Unido	20/H	1-2 comprimidos de «éxtasis» y 4 pintas de cerveza cada fin de semana durante 3 meses. Última ingesta 4 semanas antes de la enfermedad.	Ictericia, palpación abdominal normal.	Bilirrubina 131 $\mu\text{mol/l}$, aumentando hasta 330 (RNI 1,5); AST 2.050 UI/l; FA 201 UI/l.	Hepatitis; infiltraciones de células del plasma, linfocitos y, en menor grado, eosinófilos; pérdida periportal de hepatocitos.	Recuperación (un mes).	Gorard <i>et al.</i> , 1992.
12	Países Bajos	24/M	Un comprimido de «éxtasis» cada 15 días durante 4 meses.	Insuficiencia hepática subaguda, encefalopatía grado III, ascitis, coagulopatías.	Bilirrubina 445 $\mu\text{mol/l}$; AST 436 UI/l; ALT 540 UI/l; NH3 112 $\mu\text{mol/l}$.	NC	Dada de alta 16 días después del trasplante de hígado.	Izermans <i>et al.</i> , 1993.
13	Países Bajos	18/M	Tomo 1-2 comprimidos de «éxtasis» cada fin de semana durante 6 meses. Otras drogas: Sin historia de uso.	Ictericia, ascitis, encefalopatía de grado II.	Bilirrubina 480 $\mu\text{mol/l}$; AST 1.025 UI/l; GGT 208 UI/l; ALT 1.360 UI/l; FA 30 UI/l; LDH 543 UI/l; NH3 94 $\mu\text{mol/l}$.	Hepatitis; infiltraciones de eosinófilos; necrosis masivas de hepatocitos.	Recuperación total (6 meses).	Izermans <i>et al.</i> , 1993, y De Mann <i>et al.</i> , 1992.
14	Reino Unido	22/M	Antes del primer episodio de hepatitis: un comprimido de «éxtasis» cada fin de semana (en <i>rows</i>) durante 4 meses. Después 6 ingertos más en unos seis meses.	Primer episodio: ictericia, prurito, orina oscura, hepatomegalia (3 cm) dolor al inclinarse. Segundo episodio: ictericia, hepatomegalia (4 cm), ascitis.	Primera vez: Bilirrubina 53 $\mu\text{mol/l}$; AST 2.314 UI/l; FA 143 UI/l. Segunda vez: Bilirrubina 410 $\mu\text{mol/l}$; AST 2.214 UI/l; ALP 253 UI/l.	Hepatitis; infiltraciones de eosinófilos; necrosis masivas de células hepáticas, principalmente eosinófilos; fibrosis hepática aguda.	Cuatro meses después del segundo ingreso continuaba el proceso de recuperación.	Khakoo <i>et al.</i> , 1995.

Cuadro 9.4. Casos de hepatotoxicidad relacionados con el uso de «éxtasis», 1992-1996 (cont.)

Caso	País	Edad/ sexo	Uso de MDMA y otras drogas	Presentación clínica	Análítica	Histología	Resultado	Fuente
15	Reino Unido	24/H	Le echaron un comprimido de «éxtasis» en una bebida. Diabético dependiente de insulina.	Los dos días previos: letárgico, anoréxico y con náuseas. En el momento del ingreso: ictericia.	Bilirrubina 346 µmol/l; AST 950 IU/l; FA 251 IU/l (al quinto día de hospitalización).	NC	Recuperación lenta (4 meses).	Dykhuizen <i>et al.</i> , 1995.
16	Reino Unido	22/H	Ingerida una cantidad desconocida de «éxtasis» 4 semanas antes. Alcohol: 10-15 unidades/fin de semana. Cannabis y setas alucinógenas usados años antes.	Ictericia, prurito, dolor abdominal tras las comidas, hepatomegalia (3 cm).	Bilirrubina 137 µmol/l, aumentando a 371 µmol/l al noveno día de hospitalización; AST 748 UI/l, aumentando a 1.410; FA 216 UI/l.	NC	Recuperación lenta (3 meses).	Dykhuizen <i>et al.</i> , 1995.
17	Reino Unido	23/H	Cuatro comprimidos de «éxtasis». Alcohol: 5-10 unidades/semana durante un año.	Ictericia.	Bilirrubina 75 µmol/l; AST 639 IU/l; GGT 395 IU/l; FA 265 UI/l.	Hepatitis; numerosos hepatocitos hinchados; cuerpos acidófilos; infiltraciones de linfocitos, células del plasma y eosinófilos.	Mejora progresiva sin tratamiento específico (5 semanas).	Dykhuizen <i>et al.</i> , 1995.
18	España	23/H	Tomó 1-2 comprimidos de «éxtasis» 8 y 15 días antes del inicio del cuadro de ictericia.	Molestia en el epigastro, náuseas y vómitos, ictericia, coloria, heces hipocólicas, prurito.	Bilirrubina 182 µmol/l; AST 1320 IU/l; ALT 1700 IU/l; GGT 123 IU/l; FA 304 UI/l.	NC	Resolución espontánea al cabo de 4 semanas.	Huarte Muniés y Pueyo Royo 1995.

Cuadro 9.4. Casos de hepatotoxicidad relacionados con el uso de «éxtasis», 1992-1996 (cont.)

Caso	País	Edad/ sexo	Uso de MDMA y otras drogas	Presentación clínica	Análisis	Historia	Resultado	Fuente
19	Alemania	18/H	Había estado tomando 2 comprimidos de «éxtasis» cada 14 días durante 4 meses. MDMA en pelo 6,4 µg/g; MDA 5 µg/g.	Ictericia, orina oscura, heces pálidas, hepatomegalia.	Bilirrubina 287 µmol/l; AST 903 U/l; ALT 744 U/l; FA 270 U/l.	NC	Recuperación tras cesar la ingesta de «éxtasis».	Skopp <i>et al.</i> , 1995.
20	Reino Unido	21/M	Tomó «éxtasis» y LSD en una fiesta. MDMA en plasma 0,11 mg/l; MDMA en orina 0,04 mg/l.	Colapso 6 horas después de la ingesta. Inconsciente, tem. 41° C, pulso 180, PA 170/100, CID. Insuficiencia renal e insuficiencia hepática hipergaica.	Bilirrubina 25 µmol/l; AST 3.940 U/l; GGT 62 U/l; FA 38 U/l; CK 4.710 U/l.	Hepatocitos hinchados a causa de infiltraciones de grasa; necrosis dispersas de eosinófilos aislados.	Muerte 13 días después del trasplante de hígado.	Ellis <i>et al.</i> , 1996.
21	Reino Unido	18/M	Uso regular de MDMA.	Ictericia; encefalopatía de grado II, empeorando en las 24 horas posteriores al ingreso.	Tres semanas antes: Bilirrubina 277 µmol/l; AST 1.575 U/l. Ingreso: Bilirrubina 452; AST 3.160 (RNI 4). Posteriormente: Bilirrubina 397; AST 974; GGT 71 U/l; FA 235 U/l (RNI 4).	NC	Muerte antes de que se pudiese reanudar el trasplante de hígado.	Ellis <i>et al.</i> , 1996.
22	Reino Unido	36/M	Había tomado una cápsula de «éxtasis» 10 días antes de la aparición de la enfermedad.	Náuseas, dolor en la parte inferior de la espalda, vómitos e ictericia durante los 6 días previos al ingreso. Encefalopatía, ascitis.	Bilirrubina 406 µmol/l; AST 828 U/l; GGT 78 U/l; FA 90 U/l.	Pérdida generalizada de células con islas de células supervivientes de compuestas de hepatocitos hinchados y vesículas.	Muerte 25 días después de trasplantar un hígado.	Ellis <i>et al.</i> , 1996.

Cuadro 9.4. Casos de hepatotoxicidad relacionados con el uso de «éxtasis», 1992-1996 (cont.)

Caso	País	Edad/ sexo	Uso de MDMA y otras drogas	Presentación clínica	Análisis	Histología	Resultado	Fuente
23	Reino Unido	21/M	Cinco comprimidos de «éxtasis» cada fin de semana durante 4 meses.	Dolor abdominal, vómitos.	Bilirrubina 44 µmol/l; AST 760 IU/l; GGT 94 IU/l; FA 149 IU/l.	Hepatitis, necrosis dispersas de células aisladas; cuerpos acidófilos; infiltraciones de células inflamatorias dispersas (incluyendo eosinófilos).	Recuperación (2 semanas).	Ellis <i>et al.</i> , 1996.
24	Reino Unido	19/H	Uso regular de «éxtasis». Encontrado inconsciente en una fiesta después de haber tomado 3 comprimidos. MDMA en plasma 0,38 mg/l; MDA 0,03 mg/l.	Tem. 42° C; hipotenso; CID; insuficiencia hepática aguda inducida por hipoxia/calor.	Bilirrubina 120 µmol/l elevándose a 287 µmol/l al tercer día. CK 22918 U/l; AST 80 IU/l, aumentando 12 horas más tarde a > 5 000 IU/l.	NC	Recuperación (15 días).	Ellis <i>et al.</i> , 1996.
25	Reino Unido	22/H	Uso regular de «éxtasis» y anfetaminas.	Siete días con malestar, náuseas y orina oscura. Ictericia, colestasis.	Bilirrubina 311 µmol/l; AST 1.191 IU/l; GGT 169 IU/l; FA 173 IU/l.	Hepatitis; hepatocitos hinchados; cuerpos acidófilos; infiltraciones de linfocitos, neutrófilos y eosinófilos.	NC	Ellis <i>et al.</i> , 1996.
26	Reino Unido	22/M	Uso de «éxtasis» seis meses.	Tres semanas con ictericia progresiva, náuseas y vómitos. Encefalopatía de grado II, 2 semanas después del ingreso, empeorando progresivamente.	Bilirrubina 129 µmol/l elevándose a 343 µmol/l (RNI 2.9) a las 2 semanas del ingreso.	Colapso extenso con pequeñas áreas de regeneración; colestasis aguda compatible con sepsis.	Murió 30 días después del trasplante parcial de hígado (lóbulo izquierdo).	Ellis <i>et al.</i> , 1996.

Cuadro 9.4. Casos de hepatotoxicidad relacionados con el uso de «éxtasis», 1992-1996 (cont.)

Caso	País	Edad/ sexo	Uso de MDMA y otras drogas	Presentación clínica	Análítica	Histología	Resultado	Fuente
27	Reino Unido	24/M	Tomó 2-4 comprimidos de «éxtasis» antes del ingreso.	Ictericia, encefalopatía de grado III.	Bilirrubina 407 µmol/l; AST 721 IU/l; GGT 123 IU/l; FA 295 IU/l.	Hepatitis; périda completa de células; infiltraciones generalizadas de una mezcla de células, más densas en áreas perportales.	Dada de alta 5 semanas después del trasplante de hígado.	Ellis <i>et al.</i> , 1996.
28	Irlanda	23/H	Reconoció un uso intensivo de «éxtasis», incluso después del ataque de hepatitis.	Hepatitis progresiva; fallo hepático.	NC	Hígado 795 g; necrosis hepática masiva; corazón y cerebro normales.	Muerte.	Milroy, Clark y Forrest, 1996.
29	Irlanda	18/M	Tomó un comprimido de «éxtasis» en un club. Primera vez. MDMA detectada en orina. MDA en plasma: 0,246 mg/l y detectada en orina. Sin historia de uso regular de otras drogas.	Ataque <i>grand mal</i> ; temblorosa; tem. rectal 40,3° C aumentando a 43° C; PA 100/60; pulso 140; pupilas dilatadas; IRA; CID; rabdomiolisis; hepatitis progresiva a los dos días.	Bilirrubina 435 µmol/l; ALT 1.523 IU/l; CK 170.000 U/l.	Necrosis hepática extensiva con colestasis; necrosis pancreática aguda.	Repentino deterioro 8 días después de su ingreso, falleciendo al noveno.	Coore, 1996.

Bilirrubina (valor normal: 2-12 µmol); ALT: alanino aminotransferasa (valor normal: 5-30 IU/l); AST: aspartato aminotransferasa (valor normal: 5-30 IU/l); CID: coagulación intravascular diseminada; CK: creatinasa (valor normal: 15-110 IU/l); FA: fosfatasa alcalina (valor normal: 34-108 U/l); GGT: Gamma glutamiltransferasa (valor normal: 5-35 IU/l); LDH: lactodeshidrogenasa (valor normal: 160-320 IU/l); NC: no consta; NH3 (valor normal: 5-35 µmol/l); PA: presión arterial; RNI: Ratio normalizada internacional; Tem.: temperatura.

personas volviera a repetirse la hepatitis una vez curada tras reanudar el consumo de esta sustancia.

Aunque no se puede afirmar que la importancia de los daños hepáticos se corresponda con la cantidad o la frecuencia de MDMA o análogas tomadas, ya que el consumo de dosis moderadas de «éxtasis» de manera experimental u ocasional parece haber sido la causa de algunas de estas reacciones, en muchos casos se intuye la existencia de una pauta de uso regular de «éxtasis» de media o alta intensidad que podría haber jugado un papel importante en la aparición de los daños hepáticos.

En España se ha producido al menos un caso de hepatitis tóxica relacionado con el uso de «éxtasis» documentado médicamente (Muniesa y Royo, 1995).

Trastornos psiquiátricos

En la literatura médica se han descrito tres tipos de dolencias psiquiátricas relacionadas con el consumo de MDMA y sustancias análogas: trastornos por angustia, trastornos depresivos y trastornos psicóticos.

Trastornos por angustia

El primer tipo de patología psiquiátrica que se ha relacionado con el uso de MDMA y análogas son los trastornos por angustia (véase cuadro 9.5). Se trata de crisis de angustia recurrentes, es decir, episodios separados de miedo o malestar intenso durante los cuales aparecen algunos de los siguientes síntomas: falta de aliento (disnea) o sensación de ahogo, mareo o sentimientos de inestabilidad o de pérdida de conciencia, sofocación, palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado, temblores o sacudidas, sudoración, náuseas o molestias abdominales, despersonalización o desrealización, sensación de adormecimiento o cosquilleo por distintas partes del cuerpo (parestias), escalofríos, dolor o molestias precordiales, miedo a morir, miedo a volverse loco o de hacer algo fuera de control durante la crisis. A veces el individuo desarrolla algunos síntomas de agorafobia (miedo a encontrarse en lugares o situaciones de las cuales pueda ser difícil escapar o en las que no sería fácil obtener ayuda en caso de que la crisis se produjese). Generalmente las crisis de angustia duran unos minutos, aunque pueden prolongarse más raramente hasta horas. Son inesperadas y no son causadas por la exposición del individuo a situaciones en las que es el foco de atención de los demás.

Es conveniente diferenciar los trastornos por angustia inducidos por el consumo de MDMA y análogas, de la sensación de angustia que algunos usuarios experimentan —sobre todo la primera vez— durante la subida, y que puede considerarse como un efecto normal de la experiencia producida por estas drogas. Por ejemplo, los casos descritos por Whitaker-Azmitia y Aronson (1989) no parece que deban considerarse como representativos de ningún trastorno psiquiátrico, sino más bien como descripciones de los efectos que esta droga provoca durante la subida en algunas personas, que habitualmente carecen de experiencia previa: a los 30 minutos los

Cuadro 9.5. Trastornos por angustia relacionados con el uso de «éxtasis» *

Caso	País	Edad/ sexo	Uso de MDMA y otras drogas	Kejos psicopatológicos	Historia psiquiátrica personal y familiar	Tratamiento	Fuente
1	Italia	27/H	Había tomado «éxtasis» unas 20 veces durante 10 meses antes de experimentar los trastornos.	Primer ataque de pánico (caracterizado por tensión, palpitaciones, sudoración de las palmas, vértigo, dificultad para respirar y miedo a morir) 40-60 min. después de ingerir un comprimido de «éxtasis» y más de un litro de cerveza. Los ataques continuaron (desarrollando conductas de evitación como usar el ascensor, permanecer en colas, coger el autobús, etc.) 2 veces a la semana a pesar de interrumpir la ingesta de drogas y alcohol.	Sin antecedentes familiares de desórdenes psiquiátricos.	Diazepam tras el primer ataque. Tranilcipromina (20 mg/día) durante 2 meses. Tras la desaparición de los ataques se redujeron las dosis progresivamente hasta su total eliminación 2 meses más tarde.	Pallanti y Mazzi, 1992.

Cuadro 9.5. Trastornos por angustia relacionados con el uso de «éxtasis» * (cont.)

Caso	País	Edad/ sexo	Uso de MDMA y otras drogas	Raíces psicopatológicas	Historia psiquiátrica personal y familiar	Tratamiento	Fuente
2	Italia	21/H	Había usado «éxtasis» en 3 ocasiones durante los 6 meses anteriores.	Experimentó el primer ataque de pánico (caracterizado por miedo intenso, entumecimiento, taquicardia, sudoración profusa, vértigo, respiración corta y dolor en el pecho) 90 min. después de tomar 2 comprimidos de MDMA en una fiesta de fin de año en Londres. Tuvo un segundo ataque en el avión al regresar a Italia. Los ataques continuaron repitiéndose entre 1 y 4 veces a la semana. Desarrolló conductas de evitación fóbica (a los aviones, a conducir en autopistas, etc.). Insomnio, depresión ligera.	Sin antecedentes familiares de desórdenes psiquiátricos.	Lorazepam tras el primer ataque. Diazepam tras el segundo. Fluvoxamina (100 mg/día) y amitriptilina (50 mg/día) durante 3 meses. Tras la desaparición de los síntomas, reducción progresiva durante otros 3 meses.	Pallanti y Mazzi, 1992.

Cuadro 9.5. Trastornos por angustia relacionados con el uso de «éxtasis» * (cont.)

Caso	País	Edad/ sexo	Uso de MDMA y otras drogas	Ruigos psicopatológicos	Historia psiquiátrica personal y familiar	Tratamiento	Fuente
3	Italia	28/H	Durante 2 años había estado tomando cocaína y «éxtasis» una vez cada 2 meses.	El primer ataque (caracterizado por miedo de muerte inminente, despersonalización, desrealización, sudoración, dificultad para respirar y taquicardia) lo experimentó 60-90 min. después de ingerir una dosis de MDMA. Ataques recurrentes posteriores sin consumir drogas. Desarrollo de ligeras conductas de evitación (espectáculos deportivos, atascos de tráfico, teatros llenos de gente, etc.).	Sin antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos.	Diazepam tras el primer ataque. Fluvoxamina (150 mg diarios) durante 2 meses. Tras recuperación, reducción de las dosis durante 3 meses más.	Pallanti y Mazzi, 1992.

Cuadro 9.5. Trastornos por angustia relacionados con el uso de «éxtasis» * (cont.)

Caso	País	Edad/ sexo	Uso de MDMA y otras drogas	Riesgos psicopatológicos	Historia psiquiátrica personal y familiar	Tratamiento	Fuente
4	USA	23/H	Había fumado marihuana esporádicamente antes de los 21 años. Sólo tomó «éxtasis» una vez.	Después de una experiencia normal con «éxtasis», y tras la persistencia de fatiga y dificultades para concentrarse durante los 4 días siguientes a la ingesta, empezó a sentir una ansiedad extrema (con palpitaciones, náuseas e inquietud), pensando que la MDMA podía haber dañado su corazón. Fue examinado en un hospital sin que fuera encontrado ningún daño físico. Los síntomas de ansiedad persistieron dando lugar a ataques moderados de pánico (con náuseas, palpitaciones, temblores y deseo de estar a solas) diarios. Los ataques eran seguidos de depresiones de más de una hora de duración.	Sin antecedentes psiquiátricos personales o familiares.	Primero Lorazepam y haloperidol, sin éxito. Luego alprazolam (0,25-0,5 mg 4 veces al día). El paciente interrumpió la medicación al considerarse completamente recuperado, pero los ataques volvieron a reaparecer tras ingerir dos medicamentos para el resfriado, que contenían pseudoefedrina y fenilpropranolamina. Tuvo que volver a tomar alprazolam e imipramina.	McCann y Ricaurte, 1992.

Cuadro 9.5. Trastornos por angustia relacionados con el uso de «éxtasis» * (cont.)

Caso	País	Edad/ sexo	Uso de MDMA y otras drogas	Riesgos psicopatológicos	Historia psiquiátrica personal y familiar	Tratamiento	Fuente
5	Reino Unido	18/M	Uso de «éxtasis» durante 16 semanas.	Ataques de pánico, con dolor de pecho, parestias y sentimiento de muerte inminente. Ilusiones visuales.	Antecedentes de ataques de pánico en paciente de primer grado.	Mejora gradual con β-bloqueadores.	McGuire <i>et al.</i> , 1994.
6	Reino Unido	22/M	Uso de «éxtasis» durante 156 semanas. Usuaría ocasional de marihuana y LSD.	Ataques de pánico, ilusiones visuales, desrealización, despersonalización, deterioro de la percepción del tiempo.	Sin antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos.	Desaparición de los síntomas tras meses de tratamiento con fluoxetina.	McGuire <i>et al.</i> , 1994.

* WINSTOCK (1991) menciona dos casos de ataques de pánico recurrentes después de un uso continuado de «éxtasis», pero no ofrece detalles. PEROUTKA (1990) menciona otros cuatro casos, diagnosticados según él siguiendo los criterios del DSM III, pero tampoco menciona detalles.

usuarios pueden sentir temblores, nerviosismo, náuseas, vértigo, ataxia, ansiedad, taquicardia, hiperventilación, pero normalmente estos efectos desaparecen rápidamente y se pasa a la fase mesetaria en la cual el usuario suele experimentar los efectos buscados. El pánico que se apoderó de los usuarios en esos casos fue debido probablemente al desconocimiento de la reacción que produce la droga. Sólo cuando las crisis de angustia se repiten días después de haber ingerido la droga, cabe hablar de un presunto trastorno psiquiátrico inducido por el consumo de «éxtasis». Los trastornos por angustia aparecidos en las publicaciones médicas respondieron bien a los tratamientos farmacológicos.

Durante nuestro estudio encontramos algunos usuarios que habían sufrido trastornos por angustia después de haber estado tomando «éxtasis» durante algún tiempo. Para uno de ellos, Carlos, estos trastornos supusieron el inicio de una historia de problemas psiquiátricos que dura ya varios años ligada a un consumo prolongado de estimulantes (derivados anfetamínicos y cocaína) y sedantes. Así relata cómo sufrió su primera crisis de angustia:

[Después de haber tomado unas copas y algo de *speed* en algunos locales, yo y un grupo de amigos nos dirigimos a la discoteca *Limonada*], y allí empezamos a consumir algo de pastillas, ¿no? Recuerdo que una de ellas no me sentó bien. No me sentó bien. De esto que tomas... Una la tomé y me sentí un poco raro, un poco extraño. Digo: «¡Bah!, no me está sabiendo bien.» No recuerdo muy bien la sensación, ¿no? Me dejó un poquito *noqueado*, un poquito atonta'o. Esto fue en el *parking* de *Limonada* (...). Recuerdo que eran unas pequeñitas, grises. Digamos que perdí un poquito de contacto. Pero nada brusco, nada brusco (...). Yo recuerdo que por esa época ya era bastante ansioso en cuanto a pillar y ponerme rápido. En Valencia era pegarse el pasón (...). Ir a desfasar por completo. Entonces me sentí eso, mal, pero tampoco le di una importancia grande, ¿no? Moví un poco la cabeza, no sé qué, tal, y fuimos a pillar más *speed*. (...) Me dijo el tío: «Ten cuidado porque es muy fuerte y hay gente a la que no le ha gustado.» Lo cogí (...) y me metí, nos metimos, una raya, y aquello me sentó a muerte. ¡Buah!, bloqueado. No sé cómo traspasártelo para que lo puedas controlar un poco. Pero, vamos, que si ya tenía un efecto negativo previamente de esa pastilla, aquello lo acentuó más. Aparte de que estaba rarísimo (...). No te hace el efecto que esperas. Quizá me salí un poco de mis límites (...). Una pegada para adentro (...). No sé cómo explicarte, tío. Es una sensación extraña (...). Triste. Me introvertió mucho. El pequeño sustillo que te da un rollo de estos dentro de lo que es estar *pedo*. Estás *pedo* y tampoco te pones mucho a pensarlo, ¿no? Estás puesto y no te ha sentado igual (...). Ahí pasó algo raro, ahí hubo una reacción (...). Simplemente: «Estoy raro, estoy raro, estoy raro, estoy raro, tío.» Me voy a una esquina y... Me sentí un poco tan dentro que pierdes los límites un poco de fuera (...). Tuve una ansiedad fuerte que yo nunca había tenido. Empezaron unas sensaciones extrañas. Pues, eso, de apartarme un poquito de los colegas, irme a una esquina a ver qué me pasa y estar atontado (...). Posiblemente me generó una crisis de ansiedad fuerte y me asusté un poco, hasta que vi lo que era, posiblemente fue simplemente eso (...). Empecé esa sensación fuerte, sin ser todavía bruta, sin ser todavía detectable, de coger y decirles: «Tíos me ha da'o mal rollo», ¿no?, «salvadme», ¿no? Digamos que me lo comí, que lo aguanté solo, que me fui a una esquina y... y aguanté un poquito lo que pasó, y luego me recuperé y seguí, pero ya encontrándome mal (...). Fue una curvita fuerte, pero aguantable aún, y que luego se levantó.

Digamos que te acostumbras a esa sensación y tal, y sigues dentro del maremoto de sensaciones extrañas (...). En ese momento quise estar solo (...). Sí, había algo de eso, de que todo el mundo me está mirando (...).

Esto sería a las cinco de la mañana, y estos síntomas extraños se van alargando, pero bajó un poquito la sensación hasta las siete, ocho de la mañana, que fuimos al *Dimension Factory*. Sé que ya en vez de espaciar en el tiempo (por ejemplo, me tomaba otra media a las doce, o me tomaba a las tres de la tarde, o no sé qué), ya digo que me voy a tomar más a ver si se me quita. Ése fue el rollo mental. Y de las pastillas que teníamos, al entrar al *Dimension* me tomé otra, otro «éxtasis» pequeño, gris. Lo cual acentuó más los síntomas, acentuó más. Me sentó peor, y de esto que quieres bailar, no sé qué, y no te sube, y no te sube, y no te hace el efecto, y te hace al contrario, al contrario. Y lo que ya había empezado a quitarse un poquito (posiblemente si no hubiese tomado más, hubiese cedido, tal, se hubiese estabilizado) volvió a caer en picado. Y yo recuerdo eso, que entraba y que intentaba bailar y que no podía. Y la percepción ya no era buena, ni del sonido, ni la percepción del sonido puesto era la correcta. No era la correcta la percepción que yo estaba teniendo, con lo que eso asusta a los dieciocho años. De repente, desintegrarlo todo de una manera que no tienes..., que no tienes asumida, porque has tomado otras veces y estás esperando esa respuesta, o al ser diferente ya te empieza a dar el susto (...).

Hasta las siete de la mañana estoy intentando el levantarlo y tal. Hasta que, de repente, un agobio así. (Te he dicho ansiedad con su angustia asociada, o como lo quieras llamar.) Y sé que eso, estuve intentando levantarlo con drogas, con *speed*, y nada, se me acentuaba más, más y más. Y, de golpe, pues eso, de estar bailando, a decir: «Me voy de aquí, porque me encuentro realmente mal. Voy fuera.» Me fui solo. Digo: «Esperadme aquí, que me voy solo.» Entonces salí. No sé si me pegó más la pastilla, pero se acentuaron más los síntomas. Y recuerdo que me fui a la playa. Ya no sé si empezó a [no se entiende] allí, si hubo un poco de pánico, porque sé que me quité toda la ropa, me metí en el mar, y casi me ahogo (...). Sí, hubo mucho calor y hubo pánico. No sé, me salí de..., salí de *Dimension Factory* puestísimo, mal, me fui a la playa como 600 metros alejado de todo el mundo, muy lejos de todo el mundo [para] descansar un poco o controlar. Esperar un poquito. A veces estás puesto, tal, sales, y se te quita un poco (...). Me bañé, y no me funcionó. Me di vueltas por el *parking*, allí solo, dando vueltas, y nada, que no volví..., hasta que volví a entrar en tal y dije: «Ya, que no sé qué me pasa, que me encuentro muy mal.» A lo mejor habían pasado dos o tres horas. Y salieron mis amigos a buscarme, y yo estaba tira'o en una esquina, allí en el *parking* este de *Dimension*, estaba tira'o entre dos coches, ¿no?, así completamente ido, completamente ido.

(Carlos, nacido en 1971, residente en Madrid)

Los amigos se lo llevaron a un pinar y allí pasó varias horas. Al día siguiente regresaron a Madrid. Carlos pasó una primera noche sin poder dormir en casa de un amigo. Luego se fue a su casa. Cuando llegó su padre, un día después, le contó que había tomado una droga y que le había sentado mal, y le pidió que le llevara a un psiquiatra. Fueron a visitar a un psiquiatra amigo de su padre. Tras hacerle un interrogatorio relacionado con el consumo de drogas, le recetó unos tranquilizantes,

que estuvo tomando durante 15 días. Poco después cambió de psiquiatra, aunque continuó con el mismo tratamiento ⁴.

Trastornos depresivos

El consumo regular de «éxtasis» ha sido relacionado con la aparición de trastornos depresivos en algunos usuarios. El fundamento de esta relación podría residir en el papel que juega la serotonina —uno de los principales neurotransmisores cerebrales— como modulador del estado de ánimo. Existen suficientes evidencias para pensar que el consumo regular de MDMA o sus congéneres hace que disminuya, por lo menos temporalmente, el nivel de serotonina en el cerebro de los usuarios de estas drogas. La MDMA y sus análogas inhiben la recaptación neuronal de la serotonina, al igual que antidepressivos como la clomipramina (Anafrani[®]), la idalpina (Upstène[®]), la fluvoxamina (Floxyfral[®]) o la fluoxetina (Prozac[®]), lo que podría explicar su efecto antidepressivo inmediato. Pero, a diferencia de esas otras sustancias, la MDMA y sus congéneres actúan además favoreciendo la liberación de la serotonina acumulada en las vesículas de las neuronas. Este doble mecanismo de acción podría ser la razón de que la concentración de serotonina en el líquido cefalorraquídeo de algunos usuarios regulares de estas sustancias sea menor de lo normal, y que algunos hayan padecido depresiones, en ocasiones incluso crónicas (véase cuadro 9.6). Así pues, aunque el «éxtasis» pueda actuar de forma inmediata como un antidepressivo, a la larga puede ocasionar o agravar depresiones.

Trastornos psicóticos

En la literatura médica se han descrito un número significativo de psicosis inducidas por la ingesta de MDMA y sus congéneres (véase cuadro 9.7).

Uno de los principales temas de debate ha sido si la MDMA y análogas producen estas alteraciones psicóticas *ex novo* o simplemente desencadena y amplifica problemas psiquiátricos ya existentes en individuos sensibles a dichos trastornos. Todavía no hay datos concluyentes al respecto, siendo un tema que debe investigarse más a fondo. No cabe duda que el riesgo de sufrir dichos trastornos es mayor en personas especialmente sensibles a estos problemas o con una historia previa de los mismos. Sin embargo, se han descrito algunos casos en los que no parece que existiera dicha

⁴ El caso de Carlos guarda muchas similitudes con el de una joven alemana de veintitún años descrito por WODARZ y BÖNIG (1991). Esta joven también experimentó una crisis de angustia con despersonalización en una discoteca después de ingerir dos comprimidos de «éxtasis» y beber tres combinados de whisky con coca-cola. Durante seis días le administraron Piracetam por vía intravenosa, pero los síntomas no desaparecieron. Su estado se complicó con una fuerte depresión, que la llevó a pensar que el suicidio era la única salida al estado de «esquizofrenia» que creía padecer. En cuatro semanas perdió hasta 4 kg de peso a causa de su inapetencia. Finalmente ingresó en un centro psiquiátrico, donde se le diagnosticó un síndrome de despersonalización. La combinación de un tratamiento psicoterapéutico con la administración de fluvoxamina (un inhibidor de la recaptación de la serotonina) hizo que remitieran los síntomas al cabo de cuatro meses, aunque la joven continuó experimentando algunos *flashbacks* en los que volvía a sentir la misma sensación de despersonalización.

Cuadro 9.6. Trastornos depresivos asociados al consumo de «éxtasis», 1991-1996

Caso	País	Edad/ sexo	Uso de MDMA y otras drogas	Ruigos psicopatológicos	Historia psiquiátrica personal y familiar	Tratamiento	Fuente
1	Italia	23/H	Había tomado un comprimido de «éxtasis» cuatro veces en tres meses.	Depresión severa con pérdida de energía, peso e interés en todas las actividades, retardo psicomotor, disminución del apetito, hipersomnia, disminución de la capacidad de concentración e ideación suicida. 34 puntos en la escala de Hamilton para medir la depresión. La depresión interfirió en su trabajo, actividades sociales y relaciones.	Sin trastornos psiquiátricos previos en su historia familiar y personal.	Psicoterapia cognitiva y administración oral de S-adenosil-L-metionina (800 mg diarios). Mejora progresiva.	Benazzi y Mazzoli, 1991.
2	Reino Unido	38/H	Uso de «éxtasis» durante 52 semanas.	Depresión mayor con celos de su mujer 9 meses después de empezar a tomar «éxtasis».	Antecedentes familiares de depresión y abuso de drogas y alcohol.	Mejora con amitriptilina.	McGuire <i>et al.</i> , 1994.

Cuadro 9.6. Trastornos depresivos asociados al consumo de «éxtasis», 1991-1996 (cont.)

Caso	País	Edad/ sexo	Uso de MDMA y otras drogas	Rasgos psicopatológicos	Historia psiquiátrica personal y familiar	Tratamiento	Fuente
3	Italia	24/H	Había tomado «éxtasis» casi a diario durante dos períodos de 20 días con un intervalo de separación de 6 meses. Uso esporádico de cannabis antes de tomar «éxtasis».	Depresivo y/o disfórico, dificultad para concentrarse, pensamientos de muerte, disminución del interés, hipersomnia alternando con insomnio, inversión del ciclo sueño/vigilia, despersonalización, pérdida de relaciones personales, disminución drástica del rendimiento académico, varios episodios con temor a perder su mente junto con náuseas, ataxia, vértigo y temor de muerte inminente, taquicardia e hiperventilación. Pérdida de peso (12 kg), antojos de chocolate. Episodio depresivo mayor (32 puntos en la escala de Hamilton) con rasgos atípicos.	Sin trastornos psiquiátricos previos en su historia familiar y personal.	Tratamiento con fluoxetina. Interrupción brusca y reaparición de los síntomas. Reinicio del tratamiento con desaparición de síntomas.	Schifano y Magni, 1994.

Cuadro 9.6. Trastornos depresivos asociados al consumo de «éxtasis», 1991-1996 (cont.)

Caso	País	Edad/ sexo	Uso de MDMA y otras drogas	Razas psicopatológicas	Historia psiquiátrica personal y familiar	Tratamiento	Fuente
4	Italia	23/H	Había ingerido unos 2.000 comprimidos de «éxtasis» durante dos periodos (el primero de 2 años y el segundo de unos meses) con un periodo de abstinencia entre medias de otros 2 años. Uso esporádico de benzodiazepinas y opiáceos. Recientemente había empezado a tomar opiáceos.	Depresivo, dificultad para concentrarse, pensamientos suicidas recurrentes, insomnio, irritable, estallidos temperamentales, disminución del rendimiento académico. Temor a perder la cabeza, mareos, temor de muerte inminente, taquicardia, hiperventilación. Ideas de referencia. Temblores, <i>flashbacks</i> , pérdida de apetito y de peso (11 kg). Antojos de chocolate. Ataque de pánico, episodio depresivo mayor.	Sin trastornos psiquiátricos previos en su historia familiar y personal.	Inicio de terapia con fluoxetina.	Schifano y Magni, 1994.
5	Italia	20/M	Tomó «éxtasis» 45 veces en un año. Usuaría de alcohol y cannabis.	Ideas de referencia. Depresiva, pensamientos recurrentes de muerte, insomnio, enfado, irritabilidad, dificultades para concentrarse. Puntuó 28 en la escala de Hamilton. Antojos de chocolate y dulces. Pérdida de apetito. Episodio depresivo mayor.	Sin trastornos psiquiátricos previos en su historia familiar y personal.	Antidepresivos.	Schifano y Magni, 1994.

Cuadro 9.6. Trastornos depresivos asociados al consumo de «éxtasis», 1991-1996 (cont.)

Caso	País	Edad/ sexo	Uso de MDMA y otras drogas	Razgos psicopatológicos	Historia psiquiátrica personal y familiar	Tratamiento	Fuente
6	USA	22/M	Uso esporádico de «éxtasis» durante 6 años. Un par de veces había fumado marihuana.	Episodios depresivos persistentes, caracterizados por paranoia, ansiedad, explosiones de agresividad, despersonalización, ataques de pánico, melancolía, ideación suicida, miedo a morir, pensamientos recurrentes. Dolores de espalda y de cabeza, palpitaciones, sensación de ahogo, hipertonicidad, inquietud. Alteraciones en su actividad social, relaciones íntimas y sin capacidad para concentrarse.	Sin trastornos psiquiátricos previos en su historia personal.	Psicoterapia sin resultados. Alprazolam, paroxetina, CIH litio y carbamazepina sin resultados. Finalmente, el tratamiento con lozapam junto con psicoterapia empezó a dar resultados.	Cohen, 1996.

Cuadro 9.6. Trastornos depresivos asociados al consumo de «éxtasis», 1991-1996 (cont.)

Caso	País	Edad/ sexo	Uso de MDMA y otras drogas	Rasgos psicopatológicos	Historia psiquiátrica personal y familiar	Tratamiento	Fuente
7	USA	17/H	Tomó un comprimido de «éxtasis» en un rave en compañía de unos amigos.	Empezó a sentirse mal y a mostrarse muy agresivo. Sus amigos le llevaron a casa, donde comenzó a sentirse muy deprimido. Quería llorar a su ex novia, que le acababa de dejar. Finalmente se durmió. Dos días más tarde continuaba agitado, letárgico y disfórico. Describió cómo había experimentado desrealización, paranoia y confusión.	No consta.	Se suicidó de un disparo 2 días después de la ingesta*.	Cohen, 1996.

* DOWLING (1990) menciona otros tres casos de suicidio tras la ingesta de «éxtasis», ocurridos en USA. El primero era un hombre de treinta y cuatro años con una historia precedente de depresiones y abuso de drogas, que se pegó un tiro en la cabeza después de ingerir un cóctel de drogas que incluía alcohol, MDMA, cocaína y acetaminofeno. Las otras dos personas eran una pareja de dieciocho (ella) y veinte (él) años de edad respectivamente, que murieron intoxicados en un garaje, debido a la inhalación de los gases del motor de un coche, después de haber ingerido una pequeña cantidad de MDMA.

Cuadro 9.7. Psicosis relacionadas con el uso de «éxtasis», 1991-1994

Caso	País	Edad/ sexo	Uso de MDMA y otras drogas	Reagas psicopatológicas	Historia psiquiátrica personal y familiar	Tratamiento	Fuente
1	Reino Unido	28/H	Había estado tomando «éxtasis» los fines de semana durante 18 meses. Gradualmente fue incrementando las dosis hasta ingerir 10 comprimidos en una noche. Durante el último período había empezado a tomar ocasionalmente cocaína.	Celos, intentó estrangular a su esposa. Psicosis paranoide.	Había sufrido una breve psicosis paranoide inducida por el consumo de anfetaminas 8 años antes. Su madre había sufrido esquizofrenia.	Fue tratado con haloperidol y los síntomas remitieron. Dos reingresos posteriores, a pesar de abstenerse de consumir drogas.	McGuire y Fahy, 1991; McGuire <i>et al.</i> , 1994.
2	Reino Unido	22/H	Durante dos años había consumido cantidades cada vez mayores de «éxtasis» y usado ocasionalmente cocaína, LSD y cannabis. Antes del ingreso había estado consumiendo 3-4 comprimidos de «éxtasis» cada noche.	Ilusiones paranoides, ilusiones de cambio corporal.	Adoptado. Desconocía la historia de su familia biológica. Sin antecedentes psiquiátricos personales.	Fue tratado con sulpirida, pero sólo fue efectivo parcialmente. Tres meses más tarde continuaba impaciente.	McGuire y Fahy, 1991; McGuire <i>et al.</i> , 1994.

Cuadro 9.7. Psicosis relacionadas con el uso de «éxtasis», 1991-1994 (cont.)

Caso	País	Edad/ sexo	Uso de MDMA y otras drogas	Razgos psicopatológicos	Historia psiquiátrica personal y familiar	Tratamiento	Fuente
3	Reino Unido	22/H	Durante 4 meses había estado tomando «éxtasis» entre 4 y 7 veces a la semana. Uso moderado pero prolongado de cannabis.	Autolesiones. Ilusiones paranoides de contenido persecutorio. Agresivo, hostil con su novia, discurso incoherente, pensamientos suicidas. <i>Flashbacks</i> . Primer diagnóstico: psicosis inducida por uso de drogas. Reingresó a los 2 meses con los mismos síntomas. El tercer ingreso se produjo tras volver a consumir 4 dosis de «éxtasis» en un mes. Presentaba un cuadro extenso de síntomas psicóticos.	No constan.	Primera vez: ningún tratamiento. Segunda vez: trifluoperalina y fupentixol (4 meses). Tercera vez: recuperación al cabo de una semana.	Creighton <i>et al.</i> , 1991.

Cuadro 9.7. Psicosis relacionadas con el uso de «éxtasis», 1991-1994 (cont.)

Caso	País	Edad/ sexo	Uso de MDMA y otras drogas	Regres psicopatológicas	Historia psiquiátrica personal y familiar	Tratamiento	Fuente
4	Italia	24/H	Había usado «éxtasis» durante 4 años unas 150 veces. Consumo esporádico de alcohol, benzodiacepinas, cannabis y cocaína.	Ilusiones persecutorias, alucinaciones hipnagógicas, inversión del ciclo sueño/vigilia, pérdida de apetito y de peso (10 kg), antojos de chocolate, frecuentes cambios de humor, disminución de la actividad sexual, brotes de agresividad, delirios de cambio corporal.	Antes de empezar a tomar MDMA no había manifestado trastornos psiquiátricos.	El tratamiento con flufenacina decanoato, clonidina y promacina sólo fue eficaz contra la agresividad. Continuó tres meses tomando neurolepticos.	Schifano, 1991; Schifano y Magni, 1994.
5	Italia	28/H	Había tomado «éxtasis» unas 20 veces durante 4 meses. Recientemente había empezado a usar opiáceos.	Idcas de referencia de proporciones psicóticas. Psicosis atípica. Episodios de antojos de chocolate. Pérdida de apetito, pero no de peso.	Sin trastornos psiquiátricos previos en su historia familiar y personal.	Antipsicóticos.	Schifano y Magni, 1994.

Cuadro 9.7. Psicosis relacionadas con el uso de «éxtasis», 1991-1994 (cont.)

Caso	País	Edad/ sexo	Uso de MDMA y otras drogas	Ruigos psicopatológicos	Historia psiquiátrica personal y familiar	Tratamiento	Fuente
6	Italia	28/H	Había tomado «éxtasis» durante 5 meses en 20 ocasiones aprox. Usuario de opiáceos, tetrahidrocannabinoides y alcohol.	Ideas de referencia de proporciones psicóticas. Trastornos cognitivos (disminución de la capacidad para concentrarse, pérdidas de memoria). Psicosis atípica. Antojos de chocolate.	Sin trastornos psiquiátricos previos en su historia familiar y personal.	Antipsicóticos. Seguimiento de un programa de tratamiento en una comunidad terapéutica.	Schifano y Magni, 1994.
7	Italia	22/H	Había tomado «éxtasis» unas 35 veces en 4 años. Había usado también opiáceos y cannabis.	Despersonalización, desrealización. Ideas de referencia. Psicosis atípica. Pérdida de apetito y peso (14 kg). Antojos de chocolate. Depresión mayor (24 puntos en la escala de Hamilton).	Sin trastornos psiquiátricos previos en su historia familiar y personal.	Antipsicóticos sin resultados.	Schifano y Magni, 1994.
8	Reino Unido	19/H	Uso de «éxtasis» durante 26 semanas.	Síndrome psicótico con ilusiones persecutorias y alucinaciones auditivas.	Antecedentes familiares de abuso de alcohol.	Neurolepticos.	McGuire <i>et al.</i> , 1994.
9	Reino Unido	24/H	Uso de «éxtasis» durante 28 semanas. Uso de cannabis.	Síndrome psicótico con ilusiones persecutorias y de referencia. Intentos de autolesiones.	Antecedentes de ideas paranoides a causa de consumo de cannabis.	Neurolepticos.	McGuire <i>et al.</i> , 1994.

Cuadro 9.7. Psicosis relacionadas con el uso de «éxtasis», 1991-1994 (cont.)

Caso	País	Edad/ sexo	Uso de MDMA y otras drogas	Razgos psicopatológicos	Historia psiquiátrica personal y familiar	Tratamiento	Fuente
10	Reino Unido	32/H	Uso de «éxtasis» durante 12 semanas. Uso de cannabis.	Síndrome psicótico con ilusiones persecutorias. Ataques de pánico.	Antecedentes de ideas paranoides a causa de consumo de cannabis. Antecedentes familiares de depresión y enfermedad psicótica no especificada.	Neurolépticos.	McGuire <i>et al.</i> , 1994.
11	Reino Unido	20/H	Había estado tomando 2-5 comprimidos de «éxtasis» a diario durante 5 meses. Usuario ocasional de cannabis 5 años.	Síndrome psicótico con ilusiones persecutorias y de grandiosidad. Intento de suicidio. Abandono el tratamiento. Reingresó 2 meses después.	Historia personal de desórdenes conductuales. Padre con personalidad antisocial.	Se inició tratamiento con trifluoperacina.	McGuire <i>et al.</i> , 1994.
12	Reino Unido	21/H	Uso de «éxtasis» 52 semanas. Uso de LSD.	Síndrome psicótico con ilusiones persecutorias e ilusiones visuales.	Psicosis transitoria a causa de consumo de LSD.	Neurolépticos.	McGuire <i>et al.</i> , 1994.
13	Reino Unido	20/H	Uso de «éxtasis» 88 semanas. Uso de cocaína.	Síndrome psicótico con ilusiones persecutorias y alucinaciones auditivas.	Ideas paranoides a causa del consumo de cocaína.	Neurolépticos.	McGuire <i>et al.</i> , 1994.

predisposición. Es más, existe al menos un caso observado en condiciones experimentales en un laboratorio en el que una dosis de 140 mg de MDEA indujo en un individuo completamente sano y sin ningún antecedente de trastornos psiquiátricos personal o familiar una psicosis esquizofrénica de dos horas y media de duración:

Los efectos psicotrópicos comenzaron 30 minutos después de la ingestión de la MDE. Mientras el voluntario estaba solo en la sala de experimentos, de repente empezó a dar voces a «gente» que hablaba «muy alto» y le molestaba. Durante las 2,5 horas siguientes, experimentó alucinaciones acústicas y visuales muy intensas. Vio a su hermano en la habitación hablándole, vio «hombrecitos» detrás de la cortina, oyó voces, y confundió el ruido de la máquina de electroencefalogramas contigua con el rugido de un animal salvaje. Su estado de ánimo cambió rápidamente de la euforia y seguridad a la apatía, ansiedad y sospecha. Él hizo muchos comentarios en relación con este estado, parecía estar presionado y mostraba una excitación psicomotora en aumento, pérdida de ideas y presión en el habla. Fue posible calmarlo «hablándole bajo» y recordándole que estaba en una situación experimental. Entonces pudo darse cuenta durante unos breves instantes de que se encontraba en un «viaje», pero en seguida volvió, una vez más, a perder el control. Los síntomas psicóticos se desvanecieron a las 2,5 horas sin necesidad de medicación. Los resultados de los exámenes físicos realizados durante el experimento no revelaron ninguna alteración significativa de los parámetros cardiovasculares ni ninguna otra alteración, salvo una leve taquicardia.

(Gouzolis et al., 1993: 75. Véase también Hermle et al., 1993)

Durante nuestro trabajo de campo encontramos siete usuarios que habían sido internados temporalmente en centros de salud mental por trastornos psiquiátricos ocasionados o agravados por el consumo de derivados anfetamínicos y estimulantes. Uno de estos casos fue el de José, un joven estudiante madrileño de veinte años, consumidor habitual de «éxtasis», que ingresó en un centro psiquiátrico con un brote psicótico del que todavía hoy no se ha recuperado totalmente. Su historia con las drogas comenzó en el verano de 1992. Hasta entonces había sido siempre un buen estudiante, pero a partir de COU su rendimiento escolar cayó bruscamente, coincidiendo con la primera fase de su consumo regular de «éxtasis» y otras drogas psicoactivas. A pesar de sus malas calificaciones logró pasar el COU y la selectividad. Se matriculó en Empresariales, pero el primer curso suspendió todas las asignaturas. Este fracaso en los estudios tuvo lugar durante su período de uso más intensivo de «éxtasis», cannabis y cocaína. Las relaciones con sus padres fueron empeorando cada vez más, a medida que crecía su consumo de drogas. Les mentía sistemáticamente para ocultar esta actividad.

Me había acostumbrado a mentir con una frialdad increíble, y el problema es que estaba llegando un momento en que no sabía qué era la verdad.

(José, nacido en 1975, residente en Madrid)

Para pagar las drogas que consumía, se vio obligado a realizar pequeños hurtos, sustraeles dinero a sus padres y vender él mismo al detalle las mismas drogas que tomaba [«trapichear»]. Durante meses perdió el apetito y, a consecuencia de ello

y del intenso ejercicio físico realizado bailando durante los fines de semana, adelgazó notablemente. Simultáneamente, su salud mental se fue deteriorando gravemente, hasta acabar experimentando síntomas psicóticos: celos patológicos, delirios con contenido persecutorio, pérdida de identidad y desrealización. Anteriormente nunca había experimentado trastornos psiquiátricos, ni entre sus familiares de primer y segundo grado había habido antecedentes de alteraciones psicóticas. Sus celos obsesivos fueron dañando las relaciones con su pareja y con sus amigos, todos ellos también consumidores de las mismas drogas.

Me comía mucho la cabeza y pillaba unas paranoias que no veas. Con la niña con la que salía, le decía que me quitaba el costo [hachís], que me robaba. Además no me fiaba nada de ella y pensaba que se lo hacía con mis colegas. Cada vez que veía hablar a la peña, pensaba que hablaban de mí, que se reían porque ésta se lo estaba haciendo con ellos. No sé. Es que eran unos rollos muy chungos. Estaba todo el día dándole vueltas y me encontraba muy mal. Por eso yo creo que estaba fumando todo el día, e incluso me tomaba pastillas [de «éxtasis»] en casa para estar de buen rollo.

¿Pero te las tomabas en casa, tú solo?

Sí. Es que me sentía tan mal, con tales comeduras de coco, que necesitaba ponerme para sentirme bien. Pero, claro, tampoco funcionaba, porque me comía mucho más el coco y lo pasaba peor. Y, claro, no podía estudiar, ni hacer nada. Me encontraba mal, tira'o, sin ganas de nada. ¡Joder!, ahora lo pienso y me parece increíble.

(José, nacido en 1975, residente en Madrid)

Debido al empeoramiento de su salud mental, a comienzos de 1995 sus padres decidieron internarle en un hospital psiquiátrico, donde permaneció ingresado veintiocho días. El psiquiatra que le atendió le diagnosticó un brote psicótico. Durante el tiempo que estuvo ingresado fue tratado con tranquilizantes y neurolépticos. Al salir del sanatorio se sumió en una profunda depresión con ideas de suicidio y una enorme ansiedad.

Después de salir del hospital estaba con pensamientos de éstos, de ahora qué voy a hacer yo. Me voy a suicidar. No me queda otra salida, no sé qué...

(José, nacido en 1975, residente en Madrid)

Desde entonces hasta el momento en que fue entrevistado por última vez (7-6-1995) ha estado visitando semanalmente a un psiquiatra y a un psicólogo. Aunque ha experimentado cierta mejoría, no ha superado todavía la depresión y ha vuelto a consumir, aunque más esporádicamente, cannabis, «éxtasis» y cocaína.

Yo antes me encontraba más dicharachero, más... yo qué sé. Ahora me quedo ya totalmente así..., que no hablo nada. Veo que estando al lado de la misma gente de siempre..., y que no puedo hablar. No sé qué decir, ¿sabes? Me encuentro como distante de la gente y eso (...). Este fin de semana me puse también dos tritos [rayas de cocaína] y tal. Y... ya no me mola tanto como antes, ¿sabes? (...).

Ahora no me vale nada la vida que llevo. Antes estaba más feliz, yo qué sé, era distinto, ¿entiendes?

(José, nacido en 1975, residente en Madrid)

MUERTES RELACIONADAS CON EL CONSUMO DE MDMA Y ANÁLOGAS

Historia de las muertes reconocidas por la medicina oficial

Aunque existen indicios médicos desde 1987 de que tanto la MDMA como la MDEA ingeridas en dosis moderadas pueden causar la muerte de un ser humano, sólo muy recientemente se han aportado pruebas convincentes de algunos de sus presuntos mecanismos de acción en dichas reacciones adversas. Esta falta de información ha sido un elemento que ha contribuido a que el debate sobre las muertes «causadas» por el «éxtasis» se saquen de contexto.

Las dificultades para obtener datos válidos sobre esta cuestión son mayores de las que a simple vista pudiera parecer. Para saber si una persona ha fallecido a causa de la ingesta de drogas como la MDMA y sus análogos, es preciso que primero se produzca la sospecha por parte de los médicos de la posible intoxicación, y luego se realicen los análisis oportunos para comprobar la presencia de la droga en el cuerpo. Una vez comprobada la ingesta, no resulta fácil estimar la cantidad que ha tomado la persona, ya que prácticamente no existen datos experimentales sobre la farmacocinética de esta sustancia en humanos.

En 1988, Verebey, Alrazi y Jaffe informaron en una carta publicada en *JAMA* (la revista de la Asociación Médica Norteamericana) que, con anterioridad a la prohibición, en un experimento realizado con un voluntario al que suministraron una dosis única de 50 mg de MDMA observaron una concentración de esta sustancia en la sangre del sujeto experimental de 0,1 mg/l a las dos horas, que fue disminuyendo monoexponencialmente en las 24 horas siguientes, hasta quedar reducida tras ese período de tiempo a 0,005 mg/l. Además, midieron la cantidad de MDMA que esta persona expulsó a través de la orina en 72 horas: 36 (72 por 100) de los 50 mg administrados. Cuatro años más tarde, en 1992, Henry y sus colaboradores, en un artículo sobre las muertes relacionadas con el consumo de «éxtasis» que se habían producido en Inglaterra hasta entonces, mencionaron una segunda referencia sobre la cinemática de la MDMA que resulta congruente con la de Verebey, Alrazi y Jaffe: al comentar el caso de una persona que había tomado 42 comprimidos de MDMA, dijeron que su concentración en plasma había sido de 7,72 mg/l, un dato bastante próximo al del experimento de Verebey y sus colaboradores, suponiendo que cada comprimido hubiera contenido una media de 90 mg de MDMA. Parece, por tanto, que sólo una pequeña parte de la droga es asimilada por el organismo, mientras que el resto es expulsada directamente a través de la orina o transformada en otras sustancias como MDA en el hígado. Pero debemos ser cautos ante estos datos, teniendo en cuenta las escasas evidencias experimentales: esto no tiene por qué suceder igual, ni en todos los individuos ni en todas las ocasiones en que una misma persona ingiere la sustancia. Es perfectamente posible que algunas personas asimilen una mayor can-

tividad de MDMA que otras ingiriendo dosis similares. Esto podría explicar en parte por qué a veces dos personas que toman la misma cantidad de «éxtasis» en las mismas circunstancias experimentan efectos distintos, lo cual resulta congruente con una de nuestras observaciones de campo en la que dos personas tomaron la mitad de un mismo comprimido de «éxtasis» al mismo tiempo y en las mismas circunstancias, pero sólo una de ellas experimentó los efectos característicos que produce la ingesta de esta sustancia⁵.

La historia de las muertes producidas por el «éxtasis», tal y como ha quedado registrada en la literatura médica, se remonta a 1987. Desde ese año hasta la fecha actual se han atribuido 37 muertes al consumo de MDMA o MDEA (véase cuadro 9.8), una cifra que, contrariamente a lo que hasta ahora se ha sostenido, seguramente subestima el número real de casos. Existen diversas razones para creer esto. En primer lugar, no todas las muertes conocidas han aparecido reseñadas en la literatura médica. Por ejemplo, en 1995 murió en San Francisco un joven norteamericano tras consumir dos comprimidos de «éxtasis», sin que hasta el momento haya aparecido ninguna referencia en las publicaciones médicas internacionales⁶. La mayoría de las muertes que se han producido en España, de las que hablaremos más adelante, tampoco han sido comentadas en las publicaciones periódicas médicas. Y lo mismo ha ocurrido con muchos casos aparecidos en distintos medios de comunicación, pero que nunca han sido analizados en la literatura médica, o tan sólo han sido comentados anecdóticamente, como la muerte de una chica en Australia en 1996 que fue objeto de discusión por parte de dos médicos en el *Medical Journal of Australia* (McCauley, 1996a, 1996b; Dowsett, 1996)⁷. En segundo lugar, el registro médico presenta unos claros patrones de distribución geográfica y temporal de los casos que podrían deberse

⁵ No pretendemos que ésta sea la única explicación del caso reseñado, ya que son muchos los factores que pueden afectar la absorción de una sustancia: la vía de administración y, si es por vía oral, el contenido que haya en el estómago, la grasa corporal, etcétera.

⁶ Su padre envió una carta describiendo su muerte y los resultados de los análisis toxicológicos al grupo de discusión de Internet «San Francisco raves» [sfraves-request@sfraves.stanford.edu] al que estaba suscrito su hijo. El contenido de dicha carta, criticando la falsa seguridad que algunos centros de información sobre el «éxtasis» existentes en Internet ofrecen a muchos usuarios, junto con las réplicas que recibió, pueden consultarse en la página que Nicolas Saunders tiene en la red.

⁷ En la prensa han aparecido varias noticias de las muertes causadas por el «éxtasis» en diversos países que, de ser ciertas, significaría que existen niveles muy altos de ocultamiento de casos en los indicadores aparecidos en las publicaciones médicas. En Alemania, por ejemplo, se produjeron 18 muertes en 1995 y otras 14 hasta octubre de 1996, según un informe de la Oficina Federal de lo Criminal de este país, mientras que sólo ha aparecido una reseña sobre una de las mismas en una publicación médica hasta el momento (*El País*, 3 de noviembre de 1996, p. 32). Con esto no queremos decir que los medios de comunicación sean fuentes válidas y fiables para conocer las defunciones relacionadas con el consumo de «éxtasis». Un buen ejemplo lo tenemos en el famoso caso de Leah Beaths. En noviembre de 1995 los medios de comunicación británicos se hicieron eco de la muerte de la joven británica de dieciocho años Leah Beaths a causa del consumo de «éxtasis». La noticia de esta muerte se extendió rápidamente por todo el mundo, llegando incluso hasta nuestro país. El diario *El País* publicó el 17 de noviembre en su sección de Sociedad una crónica relatando el caso, titulada: «Fallece la joven inglesa que tomó "éxtasis"». El morbo del caso, y no la búsqueda de la verdad, fue la causa de su rápida y extensa difusión. El padre de Leah Beaths era miembro de la brigada de estupefacientes y su madre trabajaba en campañas de prevención escolar de uso de drogas. Además, se atribuyó la muerte a la ingesta de un solo comprimido de «éxtasis», cuando en realidad la causa fue una ingesta excesiva de agua (hiponatremia dilucional).

más al interés que ha suscitado el tema entre los médicos de los distintos países que a la incidencia real de las defunciones. Resulta especialmente llamativo que las muertes se hayan producido en secuencias discretas, y no continuas, como cabría esperar del crecimiento progresivo del número de usuarios en los últimos años. Las series de casos aparecen en un momento determinado y cesan al poco tiempo, sin que se puedan relacionar estas fluctuaciones con incrementos o disminuciones en el consumo de «éxtasis». Esto, unido al hecho de que cada vez son más los países donde se han producido casos (Estados Unidos, Reino Unido, Italia, Alemania, España, Australia, Japón, etc.), nos lleva a pensar que el número de muertes asociadas con el consumo de estas drogas ha sido probablemente mucho mayor del reconocido hasta la fecha.

Primera etapa: Estados Unidos (1987-1992)

Las primeras muertes comentadas en la literatura médica tuvieron lugar en Estados Unidos, donde el consumo de esta droga fue legal hasta 1985. En marzo de 1987 apareció en *JAMA* un informe sobre cinco fallecimientos relacionados con el consumo de «éxtasis» y «Eva» (MDMA y MDEA) en Estados Unidos (Dowling *et al.*, 1987). A pesar de la poca claridad de los casos (uno de ellos, por ejemplo, murió electrocutado, y no a causa de los posibles efectos tóxicos de la MDMA), éste ha sido el trabajo más citado en relación con el tema⁸. Un año más tarde se publicó la referencia de un nuevo caso (Suárez y Riemersma, 1988), y en 1990 uno de los autores del primer trabajo, en una nueva revisión, añadió un caso más a la lista (Dowling, 1990). La serie de casos producidos en Estados Unidos y comentados en las revistas médicas se cierra hasta la fecha con una muerte por sobredosis comunicada en 1992 (Rohrig y Prouty, 1992). Excluyendo esta última muerte, las seis anteriores fueron explicadas aduciendo cierta predisposición de los sujetos para sufrir enfermedades cardiovasculares o respiratorias, o como producto de posibles reacciones alérgicas. En su momento, los médicos que analizaron estas defunciones plantearon sin demasiada convicción la posibilidad de que la MDMA y la MDEA hubieran jugado algún papel desencadenante o agravante de las arritmias cardíacas que dieron lugar a esas seis muertes, hipótesis que hoy en día parecería bastante plausible, ya que sabemos con certeza que estas sustancias producen hipertensión y taquicardia.

Posteriormente se descubrió que Leah Beaths había consumido «éxtasis» al menos en otras cuatro ocasiones más, y que el día en que sufrió el colapso había tomado alcohol y cannabis, además de éxtasis.

⁸ Hyperreal, una de las principales fuentes informativas sobre la MDMA que existen en Internet, continúa ofreciendo este trabajo prácticamente como si fuera el único o el principal que existiese sobre el tema, a pesar de estar bastante desfasado.

Cuadro 9.8. Muertes relacionadas con el consumo de MDMA o MDEA, 1987-1996

Casa	País	Edad/ sexo	Circunstancias	Anál. toxicológico (mg/l plasma)	Curso clínico	Autopsia	Fuente
1	USA	25/H	Sufrió un colapso cardiovascular mientras conducía un automóvil, saliéndose de la carretera y chocando contra un poste.	MDEA: 0,95; butalbital: 0,8.	Muerte por fallo cardíaco.	Enfermedad cardiovascular aterosclerótica latente. Estrechamiento de ambas arterias coronarias por placas arteroscleróticas.	Dowling <i>et al.</i> , 1987; Dowling, 1990.
2	USA	32/H	Encontrado muerto junto al coche.	MDMA: 1,1; etanol: no detectado.	Proceso asmático agudo con resultado de muerte.	Asma bronquial crónica aguda.	Dowling <i>et al.</i> , 1987; Dowling, 1990.
3	USA	18/M	Colapso tras ingerir 1,5 tabletas de éxtasis con alcohol.	MDMA: 1,0; etanol: 40 mg/dl.	Muerte por fallo cardíaco.	Congestión pulmonar y edema, asociados con congestión de otras vísceras.	Dowling <i>et al.</i> , 1987; Dowling, 1990.
4	USA	21/H	Encontrado muerto en la ducha después de ingerir 3 cápsulas de éxtasis, una de propoxifeno (65 mg) y etanol en 11 horas.	MDEA: 2,0; propoxifeno: 0,26; norpropoxifeno: 1,0.	Cardiomiopatía idiopática con resultado de muerte.	Corazón: 420 gr. Hipertrofia ventricular izquierda concéntrica.	Dowling <i>et al.</i> , 1987; Dowling, 1990.

Cuadro 9.8. Muertes relacionadas con el consumo de MDMA o MDEA, 1987-1996 (cont.)

Caso	País	Edad/ sexo	Circunstancias	Anál. toxicológico (sang./plasma)	Curso clínico	Autopsia	Fuente
5	USA	34/H	Usuario regular de éxtasis con historia de síndrome de Wolff Parkinson White. Convulsiones y palpitaciones tras tomar «éxtasis».	MDMA: 0,2 (en orina: 5).	Fibrilación ventricular y colapso cardiovascular.	Corazón: 394 gr. Fibrrosis en el tercio superior de la pared lateral del ventrículo izquierdo.	Suárez y Riemersma, 1988.
6	USA	35/H	Rápido colapso tras presunto consumo de LSD, valium y MDMA.	MDMA: 1,46; MDA: 0,03; LSD: no determinado.	Intoxicación aguda de MDMA con resultado de muerte.	N C	Dowling, 1990.
7	Inglaterra, Reino Unido	16/M	Ingestión de una tableta de «éxtasis» en un club; convulsiones (policía).	MDMA: 0,424; estomago: 28.	Alucinaciones; temp. 42° C; pulso 190; PA 80/50; CID; acidosis metabólica. Fallecido 36 horas después del ingreso.	Sin rhabdomiólisis aparente.	Chadwick <i>et al.</i> , 1991.
8	Inglaterra, Reino Unido	18/H	Ingestión de 3 tabletas de «éxtasis» en un concierto pop; cayó inconsciente (policía y amigos).	MDMA: 1,26.	Convulsiones; sudoración; temp. 42° C; pulso 180; hipotenso; CID; rhabdomiólisis; IRA. Fallecido 5 horas después del ingreso.	N C	Champkin y Davis, 1992.

Cuadro 9.8. Muertes relacionadas con el consumo de MDMA o MDEA, 1987-1996 (cont.)

Caso	País	Edad/ sexo	Circunstancias	Anál. toxicológico (sang. plasma)	Curso clínico	Autopsia	Fuente
9	Inglaterra, Reino Unido	19/H	Encontrado en un estado de confusión aguda a la salida de un club. Estaba golpeándose la cabeza contra el pavimento.	MDMA y amfetamina detectados en plasma y orina.	Temp. 43,3° C; pupilas dilatadas; pulso 160; rigidez muscular; comatoso; CID; rabdomiólisis; hemorragias cerebrales múltiples con resultado de muerte.	N C	Screaton <i>et al.</i> , 1992.
10	USA	35/H	Encontrado muerto en la calle por la policía.	MDMA; 2,8; MDA: < 0,5; etanol: 0,21.	N. C.	Muerte atribuida a los efectos tóxicos de la MDMA y el etanol.	Rohrig y Prouty, 1992.
11	Inglaterra, Reino Unido	18/H	Ingestión de 3 tabletas en un club, caído inconsciente y dejado en el suelo 60 min., luego trasladado al hospital.	MDMA: 0,36.	Cianosis; pupilas dilatadas y fijas; temp. 41,8° C; pulso 160; PA 70/60; arritmias y asistolia. Muerte a las 2,5 horas de ingresar.	N C	Henry <i>et al.</i> , 1992.
12	Inglaterra, Reino Unido	17/H	Ingestión de 2 tabletas en una fiesta; encontrado inconsciente en el exterior.	MDMA: detectado.	Comatoso, hipertónico, convulsiones; temp. 41° C, taquicardia, hipertensión, CID. Muerte a las 24,5 horas de la ingestión (11 horas después del ingreso).	N C	Henry <i>et al.</i> , 1992.

Cuadro 9.8. Muertes relacionadas con el consumo de MDMA o MDEA, 1987-1996 (cont.)

Caso	País	Edad/ sexo	Circunstancias	Anál. toxicológico (mg/l plasma)	Curso clínico	Autopsia	Fuente
13	Inglaterra, Reino Unido	18/H	Ingestión de 5 tabletas en una fiesta; rigidez y convulsiones, fue expulsado y se le encontró caído e inconsciente.	MDMA: detectado en sangre y orina.	Temp. 42,1° C a las 4,5 horas de la ingestión, normotenso al ingreso; hemorragia gastrointestinal. Muerte a las 15,5 horas de la ingestión (11 horas después del ingreso).	N C	Henry <i>et al.</i> , 1992.
14	Inglaterra, Reino Unido	21/M	Ingestión de tabletas en una fiesta, hiperactividad que acabó en convulsiones.	MDMA: 0,11.	Convulsiones; temp. 41° C; pulso 170; PA 170/100; rabdmiólisis; CID; IRA. Trasplante de hígado al cuarto día, muerte por rechazo del injerto a los 18 días.	N C	Henry <i>et al.</i> , 1992.
15	Inglaterra, Reino Unido	20/H	Encontrado colapsado en la calle después de una fiesta. Hemofílico.	MDMA: 1,16; MDA: 0,06; anfetamina: 0,10.	Convulsiones, aumento del tono muscular; temp. 40° C; pulso 125; PA 81/40; CID; rabdmiólisis, IRA. Muerte a las 60 horas del ingreso.	N C	Henry <i>et al.</i> , 1992.
16	Inglaterra, Reino Unido	20/H	Uso regular de éxtasis durante 3 meses hasta 2 semanas antes del ingreso. LSD y cannabis usados 2 años.	N C	Ictericia; encefalopatía, coagulopatía; síndrome de distrés respiratorio; muerte.	N C	Henry <i>et al.</i> , 1992.

Cuadro 9.8. Muertes relacionadas con el consumo de MDMA o MDEA, 1987-1996 (cont.)

Caso	País	Edad/ sexo	Circunstancias	Anál. toxicológico (mg/l plasma)	Curso clínico	Autopsia	Fuente
17	Escocia, Reino Unido	20/H	Colapso tras ingerir «éxtasis» diluido en una bebida no alcohólica. Ingresó inconsciente en el hospital.	N C	Ataque de <i>grand mal</i> ; pupilas fijas y dilatadas, inconsciente; PA 170/90; hematoma frontal de 1,5 cm en el cerebro; dilatación ventricular contralateral; malformación arteriovenosa frontal izquierda. Se le practicó una craneotomía sin resultado. Un día después del ingreso se declaró muerte cerebral.	N C	Haries y De Silva, 1992.
18	Inglaterra, Reino Unido	16/H	Ingresó inconsciente en urgencias después de ser expulsado de un club.	MDMA: presente en el examen postmortem.	Taquipnea; hipotenso; taquicardia ventricular; temp. 42° C, convulsiones; CID. Murió al sexto día de ser ingresado.	Edema cerebral; hemorragia intraputamonar.	Watson <i>et al.</i> , 1993.
19	Irlanda	17/H	N C	N C	Hipertermia; CID; IRA; muerte por fallo cardíaco congestivo.	N C	Cregg y Tracey, 1993.
20	Irlanda	19/H	N C	N C	N C	N C	Cregg y Tracey, 1993.

Cuadro 9.8. Muertes relacionadas con el consumo de MDMA o MDEA, 1987-1996 (cont.)

Caso	País	Edad/ sexo	Circunstancias	Anál. toxicológico (mg/l plasma)	Curso clínico	Autopsia	Fuente
21	Irlanda	21/H	Ingestión de «éxtasis» en una fiesta; fumó cannabis antes de acostarse; 7 horas después fue encontrado muerto en su cama. Junto al cadáver se encontraron cápsulas de temacepam y comprimidos de MDMA (60 mg) y MDEA (45 mg).	Anfetamina: 256 µg/l; MDA: 8,5 (299 estómago); MDMA: 2,1 (96 estómago); MDEA: 3,5 (324 estómago); LSD y cannabinis: detectados en orina.	N C	Gran edema hemorrágico en ambos pulmones. La muerte se produjo por inhalación de contenidos gástricos durante la intoxicación.	Forrest <i>et al.</i> , 1994. Milroy, Clark y Forrest, 1996.
22	Inglaterra, Reino Unido	30/H	Tomó «éxtasis», anfetamina y heroína en un <i>rave</i> . Al día siguiente bebió una gran cantidad de alcohol. Fue encontrado inconsciente junto a un charco de vómitos.	N C	Temp. 38,5° C; CK 3.468 IU/l; comatoso, hipertónico.	Bronconeumonía, absceso pulmonar, embolia pulmonar, necrosis en los <i>globus pallidus</i> de cerebro.	Squier, 1995.
23	Irlanda	21/H	Sufrió un colapso en un <i>rave</i> .	MDMA: 4,1; anfetamina: 1,4.	Agitación inconsciente; temp. 44° C; paro cardíaco.	Necrosis en banda de contracción del corazón; necrosis focal en el hígado, hemorragia focal en el cerebro; degeneración neuronal.	Milroy, Clark y Forrest, 1996.

Cuadro 9.8. Muertes relacionadas con el consumo de MDMA o MDEA, 1987-1996 (cont.)

Caso	País	Edad/ sexo	Circunstancias	Anál. toxicológico (mg/l plasma)	Curso clínico	Autopsia	Fuente
24	Irlanda	20/H	Sufrió un colapso en una discoteca.	MDMA: 0,04.	Convulsiones; sed; temp. 36° C; hipertensión; baja concentración de sodio; inconsciente; intoxicación por agua (se estima que bebió 12 litros).	Focos generalizados de necrosis en el corazón; focos de necrosis en el hígado; un gran edema y hemorragia focal en el cerebro; necrosis total de la glándula pituitaria.	Milroy, Clark y Forrest, 1996.
25	Irlanda	24/H	Sufrió un colapso y murió en una discoteca.	MDEA: 0,187; anfetamina: 0,453.	N C	Necrosis focal en el corazón; necrosis focal en el hígado.	Milroy, Clark y Forrest, 1996.
26	Irlanda	20/H	Encontrado inconsciente en la cama.	MDMA: 0,09; MDA: 0,13.	Rigidez; temp. 39,5° C; pruebas de funcionamiento del hígado altas; hipoxia cerebral. Murió a los 4 días.	Focos generalizados de necrosis en el corazón; necrosis extensa en el hígado; cambios hipóxicos en el cerebro; CID; infartos pulmonares.	Milroy, Clark y Forrest, 1996.
27	Irlanda	25/H	Sufrió un colapso repentino en la calle (observado por testigos). Ingresó cadáver.	MDMA y MDA.	N C	Focos generalizados de necrosis en el corazón; necrosis focal en el hígado.	Milroy, Clark y Forrest, 1996.

Cuadro 9.8. Muertes relacionadas con el consumo de MDMA o MDEA, 1987-1996 (cont.)

Caso	País	Edad/ sexo	Circunstancias	Anál. toxicológico (mg/l plasma)	Curso clínico	Autopsia	Fuente
28	Irlanda	23/H	Hepatitis progresiva. Reconoció un uso intensivo de «éxtasis», incluso después del ataque de hepatitis.	N C	Hepatitis; fallo hepático.	Hígado 795 g; necrosis hepática masiva; corazón y cerebro normales.	Milroy, Clark y Forrest, 1996.
29	Irlanda	18/M	Después de ingerir un comprimido de «éxtasis» en un club vomitó varias veces, tuvo alteraciones visuales y sintió calambres en las piernas. Era la primera vez que tomaba «éxtasis» y no tenía una historia regular de uso de drogas.	MDMA: detectada en orina; MDA: 0,246 y detectada en orina.	Sudorosa; agitada; <i>grand mal</i> ; temblorosa; temp. rectal 40,3° C aumentando a 43° C; PA 100/60; pulso 140; pupilas dilatadas. Insuficiencia renal; CID; hepatitis progresiva, a los 2 días rabdomiólisis. Resultó deterioro 8 días después de ingreso, falleciendo al noveno.	Necrosis hepática extensiva con colestasis; necrosis pancreática aguda.	Coore, 1996.
30	Alemania	19/H	Se intentó suicidar ingiriendo varios comprimidos de una sustancia desconocida en su casa.	MDEA 20,2; post-mortem 45 en plasma y 40,6 en fluido cerebrospinal.	Midriasis; sudoración; pulso 170; hipertensión moderada; temp. rectal 42,5° C; convulsiones; CID; rabdomiólisis. Falleció horas después de su ingreso de fallo cardiovascular.	Alteraciones focales en el hígado.	Iwersen y Schmoldt, 1996.

Cuadro 9.8. Muertes relacionadas con el consumo de MDMA o MDEA, 1987-1996 (cont.)

Caso	País	Educación/sexo	Circunstancias	Anál. toxicológico (mg/l plasma)	Caso clínico	Autopsia	Fuente
31	Escocia Reino Unido	22/H	Fumó marihuana antes de acudir a una discoteca, donde tomó 2,5 comprimidos de «éxtasis» y una cantidad indeterminada de alcohol.	MDA 0,24; 0,11 (estómago); 1,75 (orina). MDMA 0,55; 2,09 (estómago); 14,3 (orina). MDEA 0,49; 0,25 (estómago); 68,0 (orina).	Convulsiones; pulso 160; hiperventilación (60); temp. 41,8° C; CID; acidosis metabólica; muerto 17 horas después del ingreso.	Acentuada hemorragia subendocardial; edema pulmonar difuso agudo; edema cerebral difuso.	Cox y Williams, 1996.
32	Italia	20/H	Estuvo en una discoteca hasta las dos de la madrugada. Al llegar a su casa tenía 40° C de fiebre. Se acostó y amaneció muerto.	MDMA 0,18; 263,1 (orina). MDEA 1,59; 183,7 (orina).	N C	Éxtasis plurivascular, gran edema pulmonar; CID probablemente como resultado de hiperpirexia y rabdomiólisis (mioglobina en los túbulos renales).	Fineschi y Masti, 1996.
33	Inglaterra, Reino Unido	21/M	Colapso 6 horas después de tomar «éxtasis» y LSD en una fiesta.	MDMA 0,11; 0,04 en orina.	Inconsciente; IRA; insuf. hepática hiperaguda; temp. 41° C; pulso 180; PA 170/100; CID.	Hepatocitos hinchados a causa de infiltraciones de grasa; necrosis dispersas de eosinófilos aislados.	Ellis <i>et al.</i> , 1996.
34	Inglaterra, Reino Unido	18/M	Uso regular de MDMA.	N C	Ictericia; encefalopatía; muerte antes de poder realizar el trasplante de hígado.	N C	Ellis <i>et al.</i> , 1996.

Cuadro 9.8. Muertes relacionadas con el consumo de MDMA o MDEA, 1987-1996 (cont.)

Caso	País	Edad/ sexo	Circunstancias	Anál. toxicológico (org/ plasma)	Curso clínico	Autopsia	Fuente
35	Inglaterra, Reino Unido	36/M	Había tomado una capsula 10 días antes de la aparición de la hepatitis.	N C	Ictericia; encefalopatía; ascitis; muerte 25 días después de trasplantarle un hígado.	Pérdida generalizada de células hepáticas; hepatocitos hinchados y vesiculados.	Ellis <i>et al.</i> , 1996.
36	Inglaterra, Reino Unido	22/M	Uso de MDMA durante 6 meses.	N C	Ictericia; encefalopatía; muerte 30 días después de un trasplante parcial de hígado.	Colapso externo con pequeñas áreas de regeneración; colestasis aguda compatible con sepsis	Ellis <i>et al.</i> , 1996.
37	España	19/H	Había ingerido 15 «pastillas» de una droga de diseño, presuntamente para evitar un chequeo policial.	MDEA: 314 µg/ml (en orina); etanol: 10,18 mg/dl.	Agitación; sudoración; midriasis; temp. normal; pulso 150; PA; 18/11; crisis hipertónica; asistolia; falleció a las 2 horas del ingreso.	N C	Balanzó <i>et al.</i> , 1996.

CID: coagulación intravascular diseminada; CK: creatinina (valor normal: 15-110 µl/l); IRA: insuficiencia renal aguda; N C: no consta; PA: presión arterial.

Segunda etapa: Reino Unido (1991-1993)

La segunda serie de defunciones empezó a detectarse en el Reino Unido a comienzos de los años noventa. Entre 1991 y 1993 se publicaron reseñas de 11 muertes relacionadas con la ingesta de MDMA y análogas (Chadwick *et al.*, 1991; Campkin y Davis, 1992; Sreaton *et al.*, 1992; Henry *et al.*, 1992; Harries y De Silva, 1992; Watson *et al.*, 1993). Estos casos aportaron nuevas e importantes evidencias sobre el tema. A diferencia de los casos estadounidenses, estas reacciones adversas se produjeron casi siempre después de que los individuos pasasen horas bailando en discotecas, por lo que se pensó que estas conductas, combinadas con los efectos que producen la MDMA y sus congéneres (especialmente el aumento del pulso, el ritmo cardíaco y la temperatura corporal), podían explicar la causa de las muertes. Por primera vez se descubrió un patrón claro en la mayoría de las defunciones que podía explicar el mecanismo desencadenante de las mismas. Un seguimiento detallado de los casos reveló la existencia de una sintomatología muy parecida en la mayoría de ellos, caracterizada por hipertermia (temperatura axilar por encima de los 40° C, superando a veces los 43° C), coagulación intravascular diseminada, rabdomiólisis e insuficiencia renal aguda. El «éxtasis» podría haber producido en muchas de las víctimas un súbito aumento de la temperatura corporal que, junto con la realización de un ejercicio excesivo, habría originado un colapso circulatorio y daños hipóxicos (por falta de aporte de oxígeno) en algunos tejidos. En algunos casos, estos efectos podrían haber desencadenado coagulopatías intravasculares diseminadas, como las observadas en las autopsias, y/o rabdomiólisis (destrucción del tejido muscular). La concentración de agentes coagulantes en puntos dispersos del sistema circulatorio, a causa del aumento de la temperatura, habría dado lugar a la formación de coágulos y a la apertura de hemorragias internas que, bien sea directa —como en un caso en el que se detectó una hemorragia cerebral grave (Harries y De Silva, 1992)— o indirectamente, pudieron producir la muerte de las personas que habían tomado «éxtasis». En otros individuos, la falta de aporte de oxígeno a los tejidos musculares pudo dañarlos, produciendo así la liberación de mioglobina a la sangre, un pigmento que en altas concentraciones puede dar lugar a un fallo renal y finalmente a un paro cardíaco. Los efectos cardiovasculares y las alteraciones de los mecanismos termorreguladores del organismo que producen la MDMA y sus congéneres parece que jugaron un papel importante en las reacciones adversas que dieron lugar a la mayoría de estos fallecimientos. Esto resulta congruente con los conocimientos que tenemos de la forma en que actúa esta droga a nivel neuronal. En concreto, se sabe que la MDMA produce alteraciones en uno de los neurotransmisores del cerebro, la serotonina, que desempeña, entre otras funciones, un papel importante en la termorregulación del organismo.

Dos de los casos quedaron excluidos de esta interpretación. En ambos la causa de la muerte fue un fallo hepático. La aparición de otros casos de hepatotoxicidad inducida por la ingesta de MDMA, aunque sin resultado de muerte, hizo pensar en un segundo mecanismo de toxicidad que afectaba directamente al hígado.

Tercera etapa: Irlanda (1993-1996)

A mediados de los noventa se produjo en Irlanda una tercera oleada de defunciones relacionadas con el consumo de «éxtasis», de la que ha quedado clara constancia en la literatura médica. Entre 1993 y 1996 se publicaron en revistas médicas internacionales referencias de 10 fallecimientos en Irlanda directamente relacionados con el consumo de MDMA y análogas (Cregg y Tracey, 1993; Forrest *et al.*, 1994; Milroy, Clark y Forrest, 1996; Coore, 1996). Nuevos hallazgos reforzaron la hipótesis de que uno de los mecanismos desencadenantes de los fallecimientos podía ser la hipertermia inducida por la MDMA y sus congéneres. Al comparar los cambios patológicos observados en los cuerpos de siete personas fallecidas tras la ingesta de MDMA con los de otros individuos fallecidos a causa de un golpe de calor (mineros, soldados, etc.), se encontraron grandes similitudes, sobre todo en los daños producidos en el cerebro, corazón, pulmones e hígado (Milroy, Clark y Forrest, 1996: 151-152). Nuevas evidencias confirmaron la sospecha de que el «éxtasis» podía resultar también hepatotóxico en usuarios regulares, y se planteó la hipótesis de que la MDMA pudiese dañar también el miocardio sin que mediase hipertermia (Coore, 1996; Milroy, Clark y Forrest, 1996). La atención prestada en Irlanda a las muertes relacionadas con el uso de «éxtasis» durante este período contrasta con lo ocurrido en Inglaterra, donde tan sólo se publicó una nueva reseña de una defunción en 1995 —además—, con una etiología confusa, ya que la víctima había tomado heroína, alcohol y anfetamina junto con «éxtasis» (Squier *et al.*, 1995).

Un año crítico: 1996

El mayor número de reseñas en la literatura médica sobre defunciones relacionadas con el uso de MDMA o MDEA ha tenido lugar en 1996. Además de siete de las muertes irlandesas ya comentadas, en este año se han publicado otros ocho casos más ocurridos en diversos países: sobre todo en Inglaterra, pero también en Escocia, Alemania, España e Italia (Ellis *et al.*, 1996; Cox y Williams, 1996; Iwersen y Schmoltdt, 1996; Balanzó *et al.*, 1996; Fineschi y Masti, 1996). La aparición de estos indicadores se correlaciona con la popularización y masificación que ha alcanzado durante los años noventa el uso de «éxtasis» en todos estos países. Podemos decir que existe ya una globalización del consumo de «éxtasis» en los países desarrollados y, como consecuencia, las defunciones relacionadas con el uso de esta sustancia empiezan a ser visibles. Por otra parte, cada vez es mayor la certeza de que el consumo regular de «éxtasis» puede dañar el hígado, llegando a producir la muerte si no se realiza un trasplante inmediato de este órgano. Los cuatro fallecimientos registrados en Inglaterra en 1996 se debieron a fallos hepáticos, tras los cuales no se pudo realizar a tiempo un trasplante o éste resultó infructuoso (Ellis *et al.*, 1996).

Del análisis de esta serie de casos podemos extraer algunas conclusiones, aunque todavía provisionales, sobre la relación entre el uso de «éxtasis» y la aparición de reacciones adversas fatales:

1. Las muertes que se han relacionado con el uso de «éxtasis» han sido producto de una reacción alérgica, un golpe de calor o un fallo hepático agudo.

2. Aunque no existe una relación comprobada entre el grado de gravedad de la reacción y la dosis, la intensidad y la frecuencia del uso de MDMA y congéneres, cada vez parece más claro que los usos regulares e intensivos pueden llegar a ocasionar daños hepáticos graves.

3. Un número considerable de muertes se han producido pocas horas después de la ingesta, como consecuencia de una reacción adversa alguna. Parece, por tanto, que el mero consumo episódico de dosis no muy elevadas de MDMA o análogas puede ser suficiente para que algunas personas predispuestas puedan sufrir una reacción anafiláctica idiosincrásica. Por otra parte, cualquier persona que ingiera estas sustancias, aunque sea ocasionalmente y en dosis moderadas, puede sufrir un «golpe de calor», sobre todo si las consume en atmósferas con un grado de humedad y una temperatura elevados (como ciertas discotecas y locales de baile) y desarrolla al mismo tiempo una intensa actividad física sin tomar medidas preventivas, como descansar o beber líquidos con cierta frecuencia.

4. En un número significativo de casos, la muerte podría haberse producido tras la ingesta de dosis altas de MDMA o MDEA. Esto quedaría de manifiesto en la existencia de concentraciones de la sustancia de hasta 4 mg por litro de plasma en algunos casos. Los análisis toxicológicos realizados a muchas de las víctimas son una fuente de información acerca de las cantidades ingeridas por éstos mucho más válida y fiable que sus propias declaraciones. La mayoría de los usuarios tienden a reducir las dosis y la regularidad de los consumos cuando se les pregunta acerca de estas cuestiones en los servicios de urgencias. Esto no quiere decir que toda persona que ingiera una dosis elevada de «éxtasis» vaya a experimentar una reacción adversa. Una referencia ya clásica a este respecto es el caso de una persona que presuntamente tomó 42 comprimidos de «éxtasis» (concentración de MDMA en plasma = 7,72 mg/l) experimentando tan sólo taquicardia e hipertensión y una cierta «resaca» al día siguiente (Henry *et al.*, 1992: 385).

5. Como ya señaló J. A. Henry en un artículo sobre la imprevisibilidad de las reacciones graves que puede ocasionar el «éxtasis», «la experiencia previa con la droga no constituye ninguna garantía de seguridad» (1993: 19). La MDMA y sus congéneres parecen haberse cobrado la vida tanto de personas que al parecer sólo la tomaron una vez, como de usuarios que llevaban algún tiempo consumiendo esta droga con una cierta regularidad.

Muertes en España

En nuestro país no se empezó a hablar de manera generalizada de la existencia de posibles fallecimientos a causa de intoxicación por «éxtasis» hasta 1995. A finales de marzo de ese año todos los medios de comunicación se hicieron eco de la muerte de un joven de diecinueve años en Mataró después de que hubiese ingerido varias «pastillas» en una discoteca de dicha localidad. Sin embargo, esa no era la primera defunción que se producía en nuestro país relacionada con el uso de «éxtasis».

Tras consultar diversas fuentes de información, hemos podido averiguar que entre 1989 y 1995 se produjeron en España al menos 14 fallecimientos relacionados con el consumo de MDMA y otros derivados anfetamínicos de sustitución (véase tabla 9.2).

Diez de los casos fueron hallados en los archivos del Instituto Nacional de Toxicología⁹. Otros dos fueron descubiertos en el transcurso de nuestra investigación etnográfica, al entrevistar a familiares y amigos de los fallecidos, y posteriormente al forense que realizó las autopsias de los cadáveres. Ambos fallecimientos se produjeron en Ibiza, el primero en el verano de 1992 y el segundo en agosto de 1993. En las autopsias de los cuerpos de esas dos personas, ordenadas por orden judicial, se descubrió la presencia de MDMA, además de alcohol y cocaína. Del primero de estos dos casos sólo disponemos de algunos datos anecdóticos: Se trataba de un alemán que acababa de salir de la cárcel después de cumplir una pena por tráfico de drogas, y que pasó el período previo al fallecimiento en varias discotecas de la ciudad bailando y consumiendo intensivamente diversas drogas, entre ellas «éxtasis». El segundo caso es el de un joven que iba a cumplir diecisiete años la misma semana en que falleció. Hemos podido reconstruir las circunstancias en que se produjo la muerte a partir de las declaraciones cruzadas de un hermano de la víctima y una amiga íntima, que recogimos en entrevistas separadas.

Al parecer, el joven había tenido una historia muy rápida e intensiva de consumo de drogas. A pesar de su corta edad, ya había probado la mayoría de las drogas psicoactivas, y era un consumidor regular de cannabis, alcohol, cocaína, «speed» y «éxtasis». Unos meses antes de su muerte había sufrido un coma etílico. Por otra parte, las semanas previas a la defunción parece que había estado consumiendo con mayor frecuencia de la habitual, y en dosis más altas, sus drogas habituales. La noche anterior al fallecimiento estuvo bailando y tomando drogas con sus amigos en varias discotecas de la isla. Por la mañana prosiguió haciendo lo mismo en una discoteca «after-hours» hasta el mediodía, y desde allí se fue a su casa, donde fue encontrado muerto en la cama. El médico certificó como causa de la muerte una hemorragia cerebral. Así describieron lo acontecido su amiga y su hermano:

Murió un amigo nuestro en Ibiza.

¿Por qué?

Dieciséis años. En la apertura de *Galaxy*. Tenía dieciséis años y estaba yendo ya muy fuerte. Se metió mucho. Se metió... en seis horas se metió, yo no sé cuántos, más de diez pastillas [de «éxtasis»], «speed»... y se murió de un paro cardíaco en casa, en la cama.

¿Se fue de la discoteca a la casa y ahí le dio?

Sí. Cerraron, se terminó, ¿no?, la fiesta. Fue de las seis de la mañana a las dos de la tarde. A lo mejor, como fue el día de la apertura, duró hasta las cuatro. Entonces, el tío se volvió a casa con un montón de *colegas* y tal... Estaban allí, se echó en la cama, y lo encontraron muerto de un paro cardíaco.

(Lola, nacida en 1971, residente en Málaga, amiga del fallecido)

⁹ Agradecemos a Concha Lora y Teresa Tena, del Instituto Nacional de Toxicología, su desinteresada y laboriosa ayuda en la revisión de esos archivos.

Tabla 9.2. Fallecimientos relacionados con el consumo de MDMA o análogos registrados en España entre 1989-1995

Caso	Año	Lugar	Circunstancias	Edad y Sexo	Sustancias encontradas
1	1989	Valencia	Cayó por una ventana	17/M	Etriptamina
2	1992	Madrid		30	MDMA, Anfetamina, Heroína
3	1992	S. Vicente, Alicante		20	MDMA
4	1992	Ibiza	Había pasado la noche bailando en discotecas	17/H	MDMA, Alcohol, Cocaína
5	1993	Coslada, Madrid		27	MDEA, MDA, Alcohol, Cocaína
6	1993	Valencia		17	MDEA, PMMA, Alcohol
7	1993	Ibiza	Había pasado la noche bailando en discotecas	H	MDMA, Alcohol, Cocaína
8	1994	Valencia	Accidente de tráfico	26	MDMA, MDEA, Alcohol, Cannabis, Cocaína
9	1994	Vigo		32	MDEA, Alcohol
10	1994	Bilbao		29	MDMA, Alcohol, Heroína, Alpreazolán
11	1994	Orihuela, Alicante		30	MDMA, Alcohol, Heroína, Cocaína
12	1994	S. Vicente, Alicante		27	MDEA, Heroína, Cocaína
13	1995	Mataró, Barcelona	Se tomó 15 «pastillas» para evitar un control policial.	19/H	MDEA: 314 µg/ml en orina; Alcohol: 10,18 mg/dl.
14	1995	Madrid	Había pasado la noche bailando en discotecas	19/H	MDMA, Anfetamina (sin confirmar)

Fuentes: Casos 1-3, 5, 6 y 8-12 archivos del Instituto Nacional de Toxicología, Madrid; casos 4 y 7: investigación etnográfica; caso 13: (Balanzó *et al.*, 1996); caso 14: informaciones de prensa. Las sustancias citadas se encontraron, para los casos contrastados, en los análisis realizados a muestras de tejidos, sangre u otros fluidos de los fallecidos, generalmente por mandato judicial

¿A vosotros os dijeron realmente de qué había muerto?

No, que había tomado muchas cosas. Que había tenido una subida de sangre y había tenido un derrame cerebral. Ya está. Punto.

¿Y sabéis qué es lo que había hecho ese día?

Según me han dicho a mí, él salió de *Galaxy*. Eeeeee, ¿cómo fue? Quedó con un amigo para ir a la playa. Quedó con un amigo para ir a la playa, y se fue a casa. Y, a partir de ahí, ya no sabe nadie nada. Mi hermano se metió en la cama y no se despertó más. Incluso el chico éste me decía: «Sí, había queda'o con tu hermano, pero en la playa. Pero no se presentó y dije: "¡Bah!, éste se ha ido a dormir." Y yo también me fui a dormir.»

No sé, hay un rollo muy raro por ahí en medio. Hay un periodo de tiempo que no sabemos qué pasó, ni qué no pasó, ni, ni, ni con quién habló, ni con quién no habló. No lo sabemos.

¿Salió de *Galaxy* y se fue directamente a casa?

Sí. Se metió en la cama y no se levantó. A él lo encontraron en la cama.

(*Tito, nacido en 1968, residente en Ibiza, hermano del fallecido*)

Los dos últimos casos que hemos hallado en nuestra búsqueda fueron noticia en todos los medios de comunicación nacionales (véase *El Mundo*: 28-3-1995, 6-7-1995 y 8-7-1995, y *El País*: 6-7-1995). De uno de ellos existe además un detallado seguimiento médico, que fue publicado en la revista *Medicina Clínica* en 1996 (Balanzó *et al.*, 1996). Precisamente, uno de los aspectos que llama la atención al comparar ambas fuentes de información es la insistencia de algunos medios de comunicación en atribuir las muertes a consumos de baja intensidad y muy esporádicos, cuando en realidad un número significativo de las muertes parece que se debieron a consumos excesivos, como ocurrió en uno de estos dos casos:

Investigan si un joven murió tras ingerir 15 pastillas de «éxtasis»

El joven falleció dos horas después de ingresar en la Clínica de la Alianza de Mataró, a donde se dirigió por su propio pie al sentirse indispuerto tras haber consumido, según su testimonio, varios comprimidos de «éxtasis» que adquirió en una conocida discoteca de la localidad de Mataró (Barcelona).

F. A. C. *no era consumidor habitual de drogas* y fuentes hospitalarias señalaron ayer que *era la primera ocasión en que el joven consumía este tipo de estupefaciente*.

(...) Los facultativos le realizaron también análisis de sangre y un electrocardiograma que dio como resultado un cuadro de agitación y alucinaciones...

(...) El joven sufrió una parada cardiorrespiratoria por una arritmia maligna (...).

(*El Mundo*, 28-3-1995, *Sucesos. Énfasis nuestro*)

Intoxicación aguda mortal por metilendioxfanfetamina

A las 4.30 de la madrugada de un domingo acudió por su propio pie [al Hospital CS de Mataró] un varón de diecinueve años manifestando que hacía una hora y media que *había autoingerido voluntariamente 15 «pastillas»* de una droga de diseño, acto presuntamente realizado como protección por temer un posible chequeo policial (...). Un análisis toxicológico posterior efectuado en la orina que se obtuvo por sondaje vesical reveló la presencia de una sustancial cantidad de MDE (314 µ/ml). Ello es compatible con un posible consumo de más de 2,5 g de MDE (metilendioxiétanfetamina [MDEA]), cifra estimada a partir del número de pastillas

que afirmó haber ingerido. Se diagnosticó como intoxicación aguda mortal por fallo cardíaco irreversible tras la ingestión de una *sobredosis de MDE*.

(Balanzó et al., 1996: 50. Énfasis nuestro)

Todos estos datos confirman que en nuestro país se han producido muertes imputables a intoxicaciones producidas por MDMA y análogas, así como a accidentes en los que esos usos contribuyeron decisivamente. Uno de los fallecidos en nuestra muestra de casos sólo había consumido MDMA; otros dos habían tomado MDEA y alcohol, y un cuarto había ingerido MDEA, PMMA y alcohol.

Aunque la mayoría de los fallecidos tenían edades superiores a los veinticinco años, sin embargo las víctimas más jóvenes (con edades comprendidas entre los diecisiete y veinte años) son aquellas que menos sustancias habían mezclado y, de ellas, tan sólo un chico de veinte años había tomado también cocaína, mientras que ninguna había consumido heroína. Resulta destacable que estos jóvenes murieran en dos de las zonas donde existe un mayor consumo de «éxtasis»: la costa levantina (Valencia, Alicante) y la Comunidad de Madrid. Por otra parte, salvo una muerte por consumo de etriptamina, todos los fallecimientos relacionados con el consumo de MDMA o análogas que se han producido en nuestro país tuvieron lugar durante el período de vulgarización de este tipo de drogas (1992-1996). El número de fallecimientos se incrementó notablemente en 1994, y es muy probable que haya continuado ascendiendo en los años siguientes de manera paralela al consumo, aunque no hemos podido recopilar datos de este período.

CONDUCCIÓN Y ACCIDENTES DE TRÁFICO

La mayoría de los usuarios de nuestro estudio, el 80 por 100, piensan que existe una relación entre el consumo de «éxtasis» y los accidentes de tráfico que se producen durante los fines de semana. Sin embargo, esta percepción de los riesgos que comporta conducir bajo los efectos de esta droga no ha hecho que las personas que la consumen adopten precauciones adecuadas. El 75 por 100 declaran haber viajado en alguna ocasión en un automóvil conducido por alguien que había tomado «éxtasis». Más aún, 106 usuarios de nuestra muestra reconocieron haber conducido ellos mismos alguna vez bajo los efectos del «éxtasis».

También son mayoría (el 81 por 100) los usuarios que consideran que la conducción es distinta cuando se está bajo los efectos de esta droga. Para unos pocos la conducción se vuelve más placentera y, por ello, engañosamente segura. Veamos algunos ejemplos:

Era muy feliz, iba despacio, disfrutando de las luces e intentando controlar lo mejor posible

(Ignacio, nacido en 1968, residente en Granada)

Parece que vas encima de una nube; no tuve ningún problema.

(Miguel, nacido en 1974, residente en Jaén)

Da confianza. Sensación de estar más despierto y concentrado. Ganas de correr o de ir más despacio.

(Carmen, nacida en 1964, residente en Madrid)

Te relaja. Aumenta tu concentración. Disfrutas la conducción. No tienes prisa en llegar a ninguna parte. No necesitas demostrar nada. ¡Te gusta estar vivo!

(Rogelio, nacido en 1964, Granada)

Se vuelve uno más seguro y *la caga*. Yo sentí pánico una vez que me fui con unos *extasiados* en coche. Creían que la autopista era una autopista hacia el cielo.

(Pilar, nacida en 1970, residente en Madrid)

Hay una ausencia de la realidad; aun así, hay algo que te dice que no puedes estrellarte, e inconscientemente todos tus sentidos están en la carretera, casi un piloto automático.

(Andrés, nacido en 1974, residente en Almería)

No obstante, la mayoría considera que el «éxtasis» disminuye las capacidades para una conducción segura: con la euforia disminuye la sensación de peligro y se toman menos precauciones; reduce la capacidad de concentración, los reflejos y la visibilidad; aumenta el tiempo de reacción; produce luminiscencias y, en ocasiones, alucinaciones visuales y acústicas; de bajada provoca sueño.

Me descuido un poco más conduciendo producto de la propia euforia.

(Eduardo, nacido en 1962, residente en Granada)

Tengo menos respeto, en cuanto a velocidad se refiere. Pierdo temor a los accidentes.

(Clara, nacida en 1967, residente en Granada)

Iba más rápido, reía continuamente y le dio por hacer trompas y pegar frenazos.

(Natalia, nacida en 1975, residente en Granada)

Falta de reflejos, disminución de la gravedad, sensación de que flotas y que no dominas el coche, sino que el coche te domina.

(Javier, nacido en 1964, residente en Granada)

Me daban escalofríos y subidas. Sí, tuve que parar para desahogarme y hacer carreras para quitarme la tensión de las piernas.

(Ignacio, nacido en 1968, residente en Almería)

Al conducir, la visión se te reduce considerablemente, te distraes muy fácilmente, las reacciones son muy tardías (frenar, girar). Muy difícil mantener la concentración.

(Jorge, nacido en 1973, residente en Sevilla)

Con el bajón, me dormí, y por poco me mato. Creo que es bastante peligroso [conducir con «éxtasis»]. Hay momentos en que la cabeza no está en la carretera, sino en las nubes. Disminuye la capacidad de concentración.

(Lucas, nacido en 1975, residente en Cádiz)

Fue casi imposible conducir. Los reflejos, la visibilidad, no son los mismos.

(Margarita, nacida en 1964, residente en Granada)

Se cree que vas muy rápido, a lo mejor vas superdespacio, y a mí me agobia un poco/bastante. No me gusta conducir drogado pues me baja el rollo.

(José, nacido en 1966, residente en Almería)

Disminuye el campo de visión, aumenta el tiempo de reacción.

(Heliodoro, nacido en 1973, residente en Granada)

Conduce igual, pero tiende a quedarse dormido.

(Juan, nacido en 1975, residente en Huelva)

Cuando llegamos al destino en uno de los casos el conductor nos confesó que no veía a los coches del carril contrario, sólo líneas luminosas.

(Andrés, nacido en 1974, residente en Almería)

No tienes la cabeza bien, ves cosas raras, no reaccionas bien porque no tienes una buena percepción.

(León, nacido en 1971, residente en Valencia)

El mayor problema son las alucinaciones visuales y acústicas.

(Patricia, nacida en 1976, residente en Madrid)

Yo he conducido con alcohol y no hay comparación. Con los porros también controlas más que con las pastillas. A lo mejor vas conduciendo y vas hablando y te parece que vas más deprisa, y vas parado. No controlas igual. Menos. Se nota en las distancias, no las controlas igual. La vista, cuando la mueves, se te va. (...). Pierdes muchos reflejos, vas bastante más despacio. Te parece que vas más deprisa, pero miras el marcador y vas a 80. Te parece que vas más deprisa (...). A lo mejor vas normal, y notas que no controlas las distancias. A lo mejor ves un coche a lo lejos, y te parece que está más lejos. (...) Cuando estás de subida notas como si fueras muy deprisa. Vas más despacio, pero que no controlas. Cuando estás de bajada, notas que las distancias no las controlas. Entra sueño también cuando te está bajando, que es cuando normalmente coges el coche para ir a casa.

(Ralf, nacido en 1969, residente en Madrid)

A los efectos directos del «éxtasis» sobre la conducción, que aumentan su peligrosidad, deben agregarse como factores de riesgo añadido las condiciones en las personas que lo consumen; suelen conducir: de noche, cansadas, con el sonido de la radio a todo volumen y en vehículos muchas veces repletos de gente que distrae al conductor.

Pierde muchos reflejos. Conduce con la música más alta. Va con más gente que le distrae en el coche.

(Guadalupe, nacida en 1974, residente en Valencia)

La conjunción de la radio puesta a tope junto con el «éxtasis» producen en el conductor una especie de amnesia temporal (parece que está en otro mundo).

(Paco, nacido en 1972, residente en Sevilla)

Trece usuarios de nuestra muestra reconocieron haber sufrido accidentes de tráfico mientras conducían bajo los efectos del «éxtasis». Por ejemplo, Ernesto, un estudiante universitario de veinticuatro años, que se salió de la carretera una noche mientras él y un amigo conducían habiendo tomado antes «pastillas»:

Generalmente siempre me cojo el *puntillo* de «pastillas» para no pasarme y que no se me vaya la cabeza. Si me tomo media de repente y me he pasado ya no puedo hacer nada... Además, como tuve un accidente de coche...

¿Cuándo?

Hace tres años. Estaba *empastillado*, salimos toda la noche con unas «pastillas» gordas que decían que tenían caballo...

¿Por qué caballo?

No sé. Porque te dejaban tirado... Bueno, y salimos toda la noche hasta las cinco del día siguiente... Y estábamos en (...) y nos fuimos a otro pueblo a vendérselas a uno, y nos la dimos, y me quedé seis meses en la cama.

¿Quién conducía?

Un amigo mío. Se me rompió el cristal de delante en la cabeza, me rompí la cuarta vértebra y tuve que estar dos meses inmóvil en la cama. Se me quedaron unas cicatrices.

¿El que conducía también iba de «pastillas»?

También, pero fue mi culpa, porque yo iba puesto, y en ese camino hay una señal que pone «polideportivo», y yo le indiqué mal la desviación, y al torcer nos caímos en un hoyo.

¿Te asustó como para evitar una situación parecida en el futuro?

¡Qué va! Bueno, ahora me pongo el cinturón.

¿Conduces puesto de porros?

Sí, sí. Conducir con un porro es *dabuti*, no vas agobiado.

¿No pierdes percepción o reflejos?

No, no. Me divierten más las curvas, je je, y no me parece peligroso. De «pastillas» también conduzco y no pasa nada.

(Ernesto, nacido en 1971, residente en Madrid)

Treinta usuarios más declararon conocer a terceras personas que habían tenido algún accidente de tráfico habiendo tomado «éxtasis» el conductor.

Viniendo de una fiesta unos amigos se quedaron dormidos [y tuvieron un accidente].

(Jesús, nacido en 1978, residente en Huelva)

La gente intenta mantenerse activa hasta el final. Al regreso (rutas *bakalao*) se quedan dormidos. Conozco dos casos: uno murió, el otro destrozó el coche.

(Andrés, nacido en 1974, residente en Almería)

Unos amigos iban en un coche y otros que iban ciegos se cambiaron al carril contrario. Chocaron de frente.

(*Guadalupe, nacida en 1974, residente en Valencia*)

Se han matado dos amigos míos volviendo de *Nave 32* (Almería) de una «after-hours».

(*Natalia, nacida en 1975, residente en Granada*)

Una de las investigadoras de este estudio tuvo ocasión de observar *in situ* los efectos del «éxtasis» sobre un conductor. El 6 de agosto de 1994 a las 4.30 de la madrugada se montó en el coche con un joven, que se acababa de tomar un comprimido y cuarto de «éxtasis», para dirigirse a una «fiesta» que iba a tener lugar al aire libre en plena montaña en la provincia de Málaga. El conductor realizó la mayoría del trayecto por una carretera de montaña a 140 km/h. A la petición de la investigadora de que condujera más despacio, respondió que controlaba perfectamente. En dos ocasiones se salió de la carretera, afortunadamente sin que les sucediera nada a ellos ni al coche. Una de las veces el conductor dijo haber visto un perro [inexistente] cruzando la carretera. Otro usuario, Pedro (nacido en 1967), que tuvo dos accidentes de tráfico graves mientras conducía bajo los efectos del «éxtasis», en uno de los cuales destrozó el coche al salirse de la carretera en una línea recta y chocar contra una farola a gran velocidad, también reconoció haber visto en varias ocasiones animales imaginarios en la carretera mientras conducía.

A pesar de la importancia que parece tener este problema, en la literatura internacional hasta el momento tan sólo se han descrito cuatro accidentes de tráfico relacionados con el consumo de MDMA o análogas, con el resultado de cinco víctimas, dos de ellas mortales (Henry *et al.*, 1992). También se ha reseñado el caso de un joven que murió tras caer de un coche mientras hacía «car-surfing» después de tomar MDMA, alcohol y anfetaminas (Hoof y Vandevoorde, 1994). En un reciente estudio sobre 285 conductores fallecidos en accidentes de tráfico en España se descubrieron «drogas de diseño» en tres casos (Rodríguez y González, 1997).

Por último, hay que señalar que los controles realizados en las carreteras españolas para detectar a personas que conducen bajo los efectos del alcohol resultan absolutamente ineficaces para comprobar si alguien está conduciendo bajo los efectos de otras drogas psicoactivas que, como la MDMA y sus congéneres, pueden suponer riesgos para la conducción. Esto es algo que saben los propios usuarios de «éxtasis»:

¿Ves algún tipo de relación entre los accidentes de tráfico de los jóvenes durante el fin de semana y esto [el consumo de pastillas]?

No, no, no, porque yo te cuento una experiencia mía, de ir con un amigo en el coche, ir totalmente *pedos* de pastillas, pararnos un control, el control dar cero, y no pasar absolutamente nada, y ir... ir bastante... bastante colocado.

¿Estás diciendo que tú has conducido bajo los efectos del «éxtasis» y muy pedo?

No, yo no. Yo no conduzco. No, no conduzco. Conducía mi amigo y, cuando nos pararon (nos han para'o y tal), no hay problema, no he tomado alcohol, y iba... iba *pedo*.

(*José Carlos, nacido en 1970, residente en Madrid*)

RELACIONES SEXUALES MÁS ARRIESGADAS

Parece razonable pensar que el uso de una droga como el «éxtasis», que produce euforia o relajación, desinhibe, aumenta la sensualidad, estimula el deseo sexual, y hace que la práctica del sexo sea más placentera, pueda estar relacionado con el ejercicio de conductas sexuales arriesgadas, entendiéndose por tales en este caso aquellas conductas que puedan producir embarazos no deseados o conllevar el contagio de enfermedades muy peligrosas o mortales, como el SIDA.

El problema para investigar esta cuestión es que no es un tema sobre el que se puedan obtener fácilmente datos observacionales. Prácticamente la totalidad de los estudios que se han realizado para investigar la relación entre el uso de drogas psicotrópicas y la práctica de conductas sexuales arriesgadas se han basado en informaciones de los propios usuarios o de informantes cualificados (cfr. Buffum, 1988). Esto mismo hemos tenido que hacer nosotros.

Al preguntar a las personas que habían tenido relaciones sexuales después de ingerir «éxtasis» (53 mujeres y 103 hombres) si habían tomado menos precauciones de las habituales para prevenir embarazos o enfermedades de transmisión sexual, un 24 por 100, casi un tercio de las personas que respondieron a la pregunta, lo hicieron afirmativamente (véase tabla 9.3).

Tabla 9.3. Mayor riesgo en las relaciones sexuales reconocido por los usuarios. Porcentajes por sexos (N: 156)

<i>Te arriesgas más en tus relaciones sexuales cuando tomas «éxtasis», adoptando menos precauciones para prevenir embarazos o enfermedades de transmisión sexual?</i>						
	<i>Mujeres</i>		<i>Hombres</i>		<i>Totales</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Sí.....	16	30	21	20	37	24
No.....	29	55	50	49	79	51
No contesta.....	8	15	32	31	40	25

Como en las otras ocasiones en que se preguntó a los usuarios por los comportamientos sexuales, hubo algunas diferencias significativas ($p = 0,066$) en las respuestas de ambos géneros. El porcentaje de no respuestas fue algo más del doble en los hombres que en las mujeres. Además, las mujeres que reconocieron haber mantenido relaciones sexuales más arriesgadas a causa del «éxtasis» fueron un 10 por 100 más que los hombres. Sin embargo, sería erróneo inferir a partir de estos datos que las mujeres que toman «éxtasis» se arriesgan más en sus relaciones sexuales que los hombres que consumen la misma droga. En lugar de esto, lo que estos datos reflejan es la mayor preocupación de las mujeres por los riesgos que conllevan las relaciones sexuales sin tomar precauciones, sobre todo para prevenir embarazos no deseados. Los usuarios de «éxtasis» masculinos no consideran tan arriesgado como las mujeres mantener relaciones sexuales sin usar preservativo. Un claro ejemplo lo

tenemos en Moncho, un joven ejecutivo que casi nunca utiliza preservativos en sus contactos sexuales y, cuando los emplea, se los pone al final, después de llevar un rato realizando el coito:

¿Siempre has tenido cuidado y has puesto los medios o has usado los métodos anticonceptivos oportunos para cada ocasión, o te da lo mismo?

Estoy a medias, porque muchas veces hago la tontería de empezar sin condón. Muchas veces, por no decir que, a pesar de todo, sigo haciendo eso. Y... me asusta, no mucho. Es que el SIDA yo no lo vivo. Antes te quería preguntar sobre el SIDA. Llevo sin oír «Fulanito se ha muerto de SIDA» *mogollón* de tiempo. Hombre, se acaba de morir el de Sea... Factory, de SIDA. Y artistas se mueren de vez en cuando. Pero en Madrid de oír tal... Hombre, también yo, en las horas de comunicación que yo llamo, es decir, hasta las tres de la madrugada, salgo con amigos de toda la vida, de un medio muy pijo, etc. Que yo soy como el que... Se escandalizan de mí, porque yo me subo en un altavoz y ellos son hijos de ministros y trabajan en bancos y... No, pero me quieren mucho, y me conocen, y saben que... que... que yo soy así y se mean de risa, y encantados. Pero luego, esa gente con la que trato yo a partir de las tres, es que con ellos casi no hablo, ¿no? Y a mí me dicen: ¡Pero joder!, ¿tú cómo sales tanto, y con la bazofia que hay por la noche? Y yo, por la noche, lo único que me importa es ir a sitios donde pongan buen *house* o buen *trance*. Si hay un podium mejor, y si hay diez tías buenas a las que pueda atacar una detrás de otra, y la que me diga que sí estupendo. Y con eso, es decir, es mi planteamiento de diversión, ¿no?

¿Notas alguna diferencia entre ir de «éxtasis» o no, a la hora de poner o usar los métodos anticonceptivos?

¿Al control de los métodos para follar? Follar de «éxtasis», he follado muy pocas veces. He follado estas dos noches en Londres, con un poquito. Una vez con una novia, que fue novia en Ibiza precisamente. Y follamos pues en seis o siete ocasiones. Con mi otra novia follé una vez de «éxtasis». Yyyy..., entonces, dos casos han sido con novias, con lo cual siempre lo hacíamos sin condón, hasta al cabo de un rato que ya nos lo po... ya me lo ponía. Y éstas de Londres pues lo mismo, follé un poco sin y luego ya con. Y con una de ellas me mosqueé, porque era una tía que era bailarina, sudafricana, que había venido unos días a Londres, treinta tacos, y que fue muy fácil. Es decir, la del día siguiente no me asusté tanto, porque era una tía de veinticuatro, y es más normal, una tía de veinti... o de veintitrés. Una tía más jovencita queda más satis..., pero las tías mayores son imposibles. Entonces me asusté y dije: «Uiiii, bailarina, en medio de bailarines, tal», pues lo típico. Y le pregunté. Entonces me quedé con las ganas y digo: «Bueno, en vez de quedarme con la ganas, pues le pregunto.» Y nada, me hizo un currículum rápido de su pasado y me quedé tranquilo porque, bueno, no tenía por qué mentirme. Y se hizo unos análisis hace cinco meses, y sólo había estado con un tío, pero era un tío que tal y cual. La pregunté, pero más que nada..., porque normalmente no me preocupa. Pero, ¿sabes?, cómo estuvimos tres horas y media, porque es un poco lo que te digo, ¿no?, los polvos de «éxtasis» siempre... Hubo una vez que estuve con una novia, y no exagero, como cinco horas y media o seis. Eeeeeee... es decir, ya al final, no se convierte en aburrido, pero casi, ¿no? Yyyyyy... y con ésta fue cómo muyyyyy tal. Entonces, me preocupaba, tenía mucho... muy afeitado en la parte del éste, y esos pinchos, pues claro, es... medidas microscópicas, tacatá, tacatá, tacatá, mezclándose ahí. Y por eso pregunté.

(Moncho, nacido en 1968, residente en Madrid)

Teniendo en cuenta estas ideas de los usuarios masculinos, cabe esperar que el porcentaje de personas que practican el sexo con más riesgos cuando toman «éxtasis» sea superior al reconocido por los propios usuarios. Las mujeres resultan más fiables al hablar de estos temas, por lo que el porcentaje de mujeres que reconocen haber mantenido relaciones sexuales más arriesgadas, un 30 por 100, parece un indicador probablemente más cercano a la realidad. Como dice Guadalupe:

Desde luego, en esos momentos piensas mucho menos en todo; por lo tanto, también estás mucho menos pendiente de que te puedas quedar embarazada.

(Guadalupe, nacida en 1974, residente en Valencia)

X

RESUMEN DE CONCLUSIONES

INTRODUCCIÓN

El «éxtasis», una droga que se presenta en forma de pastillas o cápsulas que pretendidamente contienen MDMA (3,4-metilenedioximetanfetamina) o alguno de sus congéneres, es el fármaco ilícito de más éxito de todos los que han aparecido en Europa Occidental en la última década. No es, ni mucho menos, la droga ilegal más utilizada, pero sí aquella cuyo consumo ha aumentado más que ninguna otra en los años noventa. Ese éxito no debe contemplarse aisladamente, sino como un cambio de tendencia en las constelaciones dominantes de policonsumo de drogas, y, por tanto, en las formas problemáticas de politoxicomanía o policonsumo intensivo que se han dado en el continente. En España, uno de los países europeos donde estos cambios han sido más radicales y dramáticos, dada, entre otras diferencias, su menor vinculación anterior con las redes de comercio y consumo regional, el «triunfo» del «éxtasis» debe comprenderse dentro de un cambio de ciclo, en una nueva época en la construcción social del problema de «las drogas».

Una nueva época

Hacia 1987 se puede establecer un cambio de tendencia en el problema social de «la droga» en España. Entonces comienza a fraguarse una nueva configuración de las pautas más comunes de usos de drogas en nuestro país. En primer lugar, en esos años puede datarse un punto de inflexión en la «crisis de la heroína», que va transformándose de un problema eminentemente sociopolítico (de «seguridad ciudadana») en un problema de salud pública. En segundo lugar, ese año se inicia la popularización de «nuevas» pautas de consumo de drogas, algunas de las cuales venían extendiéndose desde años atrás¹, aunque alcanzarán desde entonces el centro del escenario público. Tres de esas pautas se han masificado y han generado con-

¹ En el caso del alcohol, incluso desde hacía décadas.

siderable alarma social, aunque en ningún caso «crisis de drogas» comparables a la causada por la heroínomanía:

1. La extensión entre los jóvenes de formas de uso excesivo de bebidas alcohólicas, caracterizadas por frecuentes intoxicaciones y unos cambios notables en las pautas y motivaciones de ingesta de alcohol respecto a generaciones anteriores.

2. La expansión e intensificación del uso de cocaína entre sectores de la población que desconocían previamente esa droga y que no usaban heroína.

3. La más reciente popularización de ciertas drogas de síntesis producidas en laboratorios clandestinos y entre las que destacan ciertos derivados anfetamínicos de anillo sustituido, como la MDMA o «éxtasis» y sus congéneres, que, además de efectos estimulantes, producen otros que podríamos considerar psicodélicos o de distorsión perceptiva.

Este estudio se centra en estos últimos compuestos y la expansión de su uso. Pero para comprender tal proceso es necesario situarlo en un contexto histórico preciso: el causado por la «crisis de la heroína» en la década anterior. La popularización de las «pastillas» de «éxtasis» se produce en un contexto social de profundo y casi unánime desprecio y rechazo a la heroína y a los «yonquis».

Drogas de síntesis: la extensión del «éxtasis»

A mitad de los ochenta comienza a extenderse en nuestro país el uso de ciertos derivados anfetamínicos de sustitución, sobre todo la MDMA y sus congéneres o diversos preparados que se ingieren como tal. Esos preparados, que se presentan en forma de comprimidos y, en menor medida, de cápsulas, reciben diversos nombres entre los usuarios, el más popular el de «éxtasis», pero también: «pastillas», «pastis» y «pirulas», y abren el camino a la popularización de una nueva categoría de drogas, producidas clandestinamente en laboratorios basándose en el inmenso poder creativo de la química moderna: las drogas «de diseño» o de síntesis.

¿Drogas de «diseño» o drogas de síntesis?

En este contexto de innovación química y prohibicionismo, sobre todo en Norteamérica, donde aparece el concepto de «drogas de diseño», un concepto más socio-político que farmacológico. Se trataría de psicofármacos sintéticos producidos de forma clandestina, que semejan algunas de las drogas ilegales o ilícitas de amplio consumo, y que pueden generar amplia demanda. Parece que el término «designer drugs» fue acuñado por Gary Henderson, un farmacéutico de la Universidad de California, en los años sesenta incorporando ese doble sentido:

1. Drogas que podían fabricarse en laboratorios clandestinos y que podían «diseñarse» a la medida del consumidor para imitar los efectos de otras drogas cuyo tráfico era delito.

2. Drogas que, por su novedad estructural, no podían estar incorporadas en los estatutos legales, evitando así la persecución penal. Es decir, se trata de productos

aún no registrados como ilegales que aprovechan el hueco legal que se derivaba de su novedad química.

Estas dos características, semejanza a drogas ampliamente demandadas y novedad estructural que permitía el soslayo temporal de la prohibición, son los aspectos centrales de la popularización de este tipo de drogas. Por un lado, ofrecen materia para el creciente deseo de acceder a estados alterados o inusuales de conciencia y experiencia usando principios psicoactivos, que caracteriza a amplios sectores de la juventud occidental. Hay, por lo tanto, un proceso social de reformulación o redefinición cultural de estas sustancias que aún se acentúa más cuando se produce un uso masivo de ellas. Pero no suele tratarse de drogas nuevas u originales, ni tampoco de drogas elaboradas o sintetizadas «a la carta», o sea, diseñadas con un objetivo específico, sino sustancias preexistentes para las que en un cierto momento se trata de encontrar mercado satisfaciendo nuevas demandas o sustituyendo a psicofármacos controlados. Se trata más bien de drogas sintéticas o semisintéticas conocidas, que encuentran de pronto una cierta aceptación en el mercado y el consumo de psicotrópicos o, en términos de mercado, potenciales consumidores, y que pueden ser fabricadas industrialmente. Hablamos por eso de drogas de síntesis química y ése es el término que usaremos en este trabajo.

«Éxtasis»: MDMA y análogos

La MDMA o 3,4-metilendioxitmetanfetamina, vulgarmente conocida como «éxtasis», pero también como «E», «X», «XTC», «ADAM» y, en nuestro país, como «pastillas», «pastis» y «pirulas», es un análogo n-metilado de la MDA y, como esa droga, única en el sentido de estar emparentada con la mescalina y las anfetaminas.

En su forma pura se presenta como un polvo blanco de sabor amargo. Rara vez, no obstante, se encuentra así en la calle, donde suele distribuirse en forma de clorhidrato y mezclada con otras muchas sustancias de soporte o psicoactivas, como cafeína, anfetaminas, efedrina, presentándose en forma de píldoras de diversos colores o en cápsulas transparentes.

La MDMA fue sintetizada en 1912 por químicos de la compañía alemana Merck, que pensaron que podría ser útil en la supresión del apetito, patentándose así en 1914, aunque no se le encontraron usos comerciales ni terapéuticos y no llegó a pasar la etapa preclínica (Camí y Farré, 1995).

En los primeros años cincuenta, diversas secciones del ejército y la armada norteamericanos experimentaron también con este fármaco por su posible utilidad bélica, constatándose su potencial toxicidad en varias especies animales.

En los sesenta comienza a usarse como droga psicoactiva y en los setenta aparecen los primeros estudios sobre sus efectos psicoactivos (Shulgin, 1986, 1991; Eisner, 1989). Paralelamente se pone de moda en el movimiento «underground» norteamericano vinculándolo a otras sustancias pretendidamente psicodélicas y visionarias, atribuyendo su síntesis a Shulgin, un químico famoso por sus investigaciones sobre alucinógenos, quien en 1962 había sintetizado el DOM, el TMA-2 y otros congéneres,

y quien ha cantado posteriormente las excelencias de algunos de estos derivados de los que afirma «haberse enamorado» (1991).

A finales de los sesenta se acumulan las evidencias sobre la presencia de MDMA en diversos entornos estudiantiles y contraculturales norteamericanos, a la vez que comienza a popularizarse su uso recreativo. También se usa en psicoterapia, sobre todo de orientación analítica, como ayuda al desbloqueo emocional y la comunicación personal (Beck y Rosenbaum, 1990; Peroutka, 1987; Eisner, 1989). Su producción y venta fue la tarea de químicos aficionados que instalaron diversos laboratorios más o menos clandestinos, como el que existió en Marin County en el sur de California.

En los primeros ochenta esta droga tomó diversos nombres de argot, entre otros, «XTC», «essence», «clarity» y la más popular, «éxtasis» y su uso aumentó dramáticamente. En 1983 el «éxtasis» se convierte en la droga favorita en ciertas discotecas y clubs de la ciudad de Dallas, en Tejas, donde es utilizada incluso por abstemios que no la consideran una droga. De su disponibilidad nos habla el hecho de que algunos usuarios la conseguían en pubs y clubs pagando con tarjetas de crédito. Para entonces la droga ya se había extendido también por diversos países de Europa asociada a varios movimientos culturales y a modas musicales.

La prohibición

Paralelamente había ido creciendo la información y la alarma pública sobre la sustancia, que en 1985 fue incluida por iniciativa de la DEA en la lista I de sustancias controladas en Estados Unidos. La MDMA pasó entonces a compartir con la heroína y el LSD el *status* legal de las drogas que se consideraban más peligrosas y a las que no se reconocía ningún uso terapéutico legítimo. Son muchos los científicos y terapeutas convencidos de que la inclusión en esa lista, que dificulta la investigación controlada en humanos, se llevó a cabo sin suficiente información.

La polémica que siguió a tal medida y su rechazo por un grupo de psiquiatras y psicoterapeutas contribuyó a concentrar extraordinariamente la atención pública en esta droga. Casi todas las revistas y periódicos de gran difusión mundial concedieron amplio espacio a esa «maravillosa y peligrosa» sustancia, en artículos y reportajes que, a menudo, ofrecían una imagen «sensacionalista de sus pretendidas cualidades eufóricas y terapéuticas (...)». Ese aumento en publicidad se vio acompañado de lo que pareció ser un incremento exponencial de su demanda en la calle» (Beck y Rosenbaum, 1990: 305).

«En términos de su uso popular, la MDMA es esencialmente la sucesora de la MDA, la “droga del amor” de la contracultura de finales de los sesenta y primeros setenta (...). Rápidamente adquirió gran reputación por producir una euforia sensual y fácil de controlar. En 1970, la MDA fue incluida en la lista I del recién creado Controlled Substances Act (CSA), junto con prácticamente todas las drogas psicodélicas conocidas en ese momento. Como la MDMA era casi desconocida en 1970, no fue incluida en la lista de drogas ilegales» (Beck y Rosenbaum, 1990: 304).

A finales de los ochenta y primeros noventa el interés por la MDMA experimentó una reactivación, llegándose a convertir en objeto de consumo masivo en varios países

europesos y en Australia, generándose «una nueva ola de consumo de MDMA en los países occidentales» (Camí y Farré, 1995: 1).

Esa ola se apoya «en el consumo recreativo entre grupos de jóvenes que se reúnen masivamente en grandes discotecas en las que se emite la denominada música “máquina”. Una música evolución del “high tech”, de lírica repetitiva a ritmo muy acelerado en la que predomina la percusión y que se emite a un volumen muy alto con proyecciones computerizadas de vídeo y láser; en fin, una ceremonia en la que el *disc-jockey* adquiere un protagonismo central» (Camí y Farré, 1995: 1-2).

Hay una considerable polémica respecto a los efectos que produce esta sustancia y sus más cercanos congéneres (como la MDEA, o «Eva», recientemente popularizada también como «éxtasis»). El debate concierne tanto los usos psicoactivos primarios, como los efectos adversos inmediatos o los daños permanentes que pudieran producir los usos reiterados, entre los que algunos incluyen las lesiones neurológicas que el uso intensivo produce en animales de laboratorio.

La MDMA y la MDEA son activas en humanos a partir de los 75 a 100 mg (o a 1 mg/kg de peso), y comienzan a producir efectos en menos de media hora, la mayoría de los cuales desaparecen después de entre cuatro y seis horas. Dedicaremos todo un capítulo a analizar los efectos de estas sustancias en el contexto español.

En estos años ha predominado, y aún predomina, una visión de esas drogas que fomenta el experimentar con ellas (¿quién no querría probar, al menos una vez, algo que se ofrece como «éxtasis»?) y que las considera divertidas, estimulantes y relativamente seguras, sobre todo en relación con la heroína. Nuestro trabajo ha detectado reiteradamente que existe poca prevención o precaución respecto a la experimentación con este tipo de sustancias, incluso por parte de personas que no consumen habitualmente ninguna droga ilícita.

En este sentido, resulta más evidente la percepción relativamente benigna de las «pastillas» si la comparamos con la que se tiene de otras sustancias, en especial de la heroína.

Los medios de comunicación han jugado y juegan un papel central en la popularización de esas sustancias, utilizando casi siempre un modelo internacional que une las nuevas drogas con otros objetos de consumo masivo.

EL USO INTERNACIONAL DEL «ÉXTASIS»

El uso de MDMA se ha popularizado recientemente en otros países desarrollados (Reino Unido, Alemania, Holanda, Australia, entre otros), asociado a la expansión de ciertas formas musicales y subculturales juveniles de origen británico («acid house» y «rave»), así como a espacios de gran importancia en cierta cultura del ocio juvenil como las macrodiscotecas. Esos usos tenían directos antecedentes en la experiencia de grupos y entornos norteamericanos y, a su vez, el movimiento «rave» europeo está influyendo en el desarrollo de nuevos estilos y eventos semejantes en Estados Unidos en los que el uso de MDMA y análogos encuentra nuevos significados y motivaciones. Estos procesos de acelerada difusión global de innovaciones conduc-

tuales son uno de los aspectos más importantes de esta «nueva ola» en el uso de drogas.

Inicios de la expansión del «éxtasis»: Estados Unidos

En los setenta y la primera mitad de los ochenta se fue extendiendo el uso de MDMA en diversos ambientes y poblaciones norteamericanas. En su estudio sobre ese período, Beck y Rosenbaum han definido cuatro «universos sociales» fundamentales donde se popularizó entonces el uso de esta droga sintética: 1) entre estudiantes universitarios; 2) entre jóvenes (y no tan jóvenes) profesionales; 3) entre homosexuales, y 4) entre «new agers» en pos de experiencias espirituales y terapéuticas. Además, los autores han analizado la rápida expansión del consumo de «éxtasis» en tres escenas cada vez más amplias y populosas: 1) entre los «deadheads», seguidores de la banda de rock «psicodélico» Grateful Dead; 2) entre los «festeros» visitantes de «la noche» en Dallas (Tejas) entre 1983 y 1985, y, más recientemente, 3) entre los «ravers» contemporáneos surgidos en Europa (1994).

Masificación del consumo recreativo en Europa

En Europa, en los noventa, los usos de MDMA o «éxtasis» han sido fundamentalmente recreativos, lúdicos y públicos, asociados a conciertos, discotecas y fiestas multitudinarias. Los usos espiritualistas, cuasi-religiosos o psicoterapéuticos han jugado un papel mucho menos importante que en los orígenes del uso de MDMA en Estados Unidos. En Europa el uso de estas sustancias se ha masificado y vulgarizado.

Reino Unido

En el Reino Unido se ha hecho un uso muy amplio del «éxtasis», primero dentro de un estilo y movimiento juvenil, cuyos eventos centrales eran conciertos y «raves» —reuniones multitudinarias para bailar al son de una música fuerte, radical, sintética, que se llamó «acid house»—, y después de forma más generalizada. En los últimos años, diversos autores han señalado que la MDMA y sus análogos podrían estar sustituyendo a la marihuana y al LSD, como las drogas más utilizadas por los jóvenes británicos en su introducción al uso de drogas ilegales (Gilman, 1991).

Pequeñas cantidades de MDA y sus derivados habían estado entrando en Gran Bretaña desde el comienzo de la década. A partir de 1985 se incrementan las confiscaciones policiales de estas sustancias (véase capítulo 5). A principios de 1987 se descubrió un laboratorio en el oeste de Londres que producía MDMA. En el verano de ese año ya se percibió la presencia de MDMA en las principales ciudades británicas. La eclosión del uso de estas sustancias se produjo, sin embargo, en 1988 de la mano del rechazo del movimiento «acid house», los «raves» o la «dance culture», un estilo que existía ya en 1985, pero que se popularizó tras el sonado verano de 1988, generando una gran alarma social y una desmedida reacción de las autoridades.

En este nuevo movimiento juvenil, el «éxtasis» se considera un catalizador ideal, tanto para provocar la adecuada situación emocional como para favorecer la sociabilidad, y la capacidad de bailar y bailar durante horas. El «éxtasis», ésa ha sido su fama, reduce drásticamente las «inhibiciones sociales y la necesidad de espacio privado» (Rietveld, 1993: 42).

La simbiosis de una droga y un estilo músico-festivo es un hecho reiterado en las oleadas de nuevos estilos juveniles. Ocurrió con los derivados de la cannabis y el rock en los sesenta y con la música psicodélica y el LSD tras el «verano del amor» de 1967, cuyo reflejo muchos han observado en el verano de 1988, cuando surge el «culto» del «acid house», con su acontecimiento o liturgia central, el «rave», un tipo de fiesta de baile con música sintética. Éste es un estilo sintético, ecléctico y posmoderno que mezcla elementos musicales norteamericanos con elementos de música «disco» en ritmos sintéticos muy rápidos y monótonos, buscando recordar originalmente el sabor de las discotecas de las noches del Mediterráneo. En ese nuevo estilo musical, que ya se había anunciado en Manchester en 1986 y 1987, aunque alcanzará una forma propia en el verano de 1988, parece haber jugado un papel decisivo la estancia de varios de sus iniciadores en Ibiza (Melechi, 1993).

Además de la música, otros elementos visibles del estilo son su preferencia por locales industriales, la decoración industrial, el uso de luces de neón, la imaginería psicodélica a partir de láser e imágenes de ordenador, fractales, etcétera.

A pesar de la obsolescencia probable del estilo de cuya mano se popularizó, «el éxtasis», lejos de ser una moda cara y efímera, «se ha consolidado rápidamente como una parte esencial de ciertos círculos de usos de drogas en Gran Bretaña» (Redhead, 1993: 10). Algunos autores han producido obras de divulgación de las propiedades del «éxtasis» de gran éxito comercial, que muestran el gran interés que despiertan estas sustancias en entornos juveniles tan variados como los de los fans del fútbol inglés o los círculos de movilización política o incluso paramilitar de Irlanda del Norte (Saunders, 1995).

Holanda

También en los Países Bajos, la extensión ha sido multitudinaria porque la escena techno y «rave» se ha popularizado hasta convertirse en «mainstream music», música popular juvenil que domina ya ambientes nada particulares o subculturales, sino grandes discotecas, radios y fiestas públicas y privadas. El uso de «éxtasis» ha ido, sin embargo, más allá incluso de esa música, con la que también mantiene aquí una peculiar simbiosis, generalizándose en amplios sectores juveniles (Korf y Lettink, 1994).

Tres estudios entre diversas poblaciones de riesgo encontraron que el «éxtasis» se ha extendido a finales de los ochenta y principios de los noventa. En uno de los estudios entre una muestra de usuarios regulares de cannabis en Amsterdam, los autores encontraron que el 28 por 100 habían usado alguna vez «éxtasis»; una mayoría seguía consumiéndolo (Korf, Blanken y Nabben, 1991). En un estudio sobre adolescentes y jóvenes adultos problemáticos en programas de apoyo se encontró que uno de cada 10 declaraba haber usado «éxtasis» en el último mes. En Kampen,

una pequeña ciudad demográficamente homogénea, otro de los estudios informó que más de un tercio de todos los que acudían a los bailes de la zona habían consumido «éxtasis». En un 28 por 100 de los casos, los usuarios lo habían consumido en el último mes (Korf y Van der Steenhoven, 1993).

Entre 1991 y 1993 se realizaron cuatro encuestas entre estudiantes de diversas poblaciones y en diferentes áreas geográficas. La tasa de estudiantes que había probado alguna vez «éxtasis» fue máxima en Amsterdam, donde alcanzó el 5 por 100. La mayoría de los usuarios había consumido muy recientemente, por lo que las tasas de prevalencia de por vida y actual eran muy similares. El mercado de MDMA y análogos tiene su centro fundamental en Amsterdam, donde se realizan algunas de las mayores transacciones.

Otros países europeos

En otros países europeos se reportan también incrementos en el consumo y comercio de «éxtasis», que se ha configurado en los noventa como la droga nueva que más se está utilizando en diversos contextos, aunque en ningún país se ha estudiado el fenómeno como en el Reino Unido y Holanda, que han liderado en diversos sentidos el proceso de extensión de esta droga.

La reciente revisión de las tendencias y los sistemas de monitorización de los nuevos consumos de drogas en Europa realizado por Korf y Würth para el Consejo de Europa confirma que esta región, a diferencia de lo ocurrido en Estados Unidos, «el “éxtasis” es entre las nuevas drogas mucho más importante que el crack» (1995: 5). En Europa Occidental, el «éxtasis» se ha convertido en la segunda droga más popular —junto al cannabis— entre la gente joven», aunque los niveles de consumo sean todavía muy inferiores a los de los derivados del cáñamo (ibíd.: 7). La expansión del uso de «éxtasis» se ha comprobado en Alemania, Austria, Bélgica, Croacia, Dinamarca, Estonia, Finlandia, Francia, Hungría, Irlanda, Italia, Luxemburgo, Malta, Noruega, Portugal, Eslovenia, Suecia, Suiza y hasta Turquía.

En Austria se observa sobre todo en las fiestas y discotecas de los suburbios de Viena; en Croacia se estima que el 30 por 100 de los jóvenes en los «raves» de Zagreb bailan bajo la influencia de MDMA; en Finlandia, el «éxtasis» es la nueva droga más importante, aunque concentrado su consumo en el área de Helsinki (ibíd.: 12-14).

En Alemania se ha constatado el consumo de «éxtasis» en la mayoría de las grandes ciudades, aunque no parece haber alcanzado la extensión ni la intensidad que otras drogas, como el cannabis y la cocaína. Una encuesta domiciliaria entre adultos (18-59 años) encontró que sólo el 0,4 por 100 reconocía haber probado esa droga (ibíd.: 15).

En Italia también se reconoce al «éxtasis» como la droga de moda y algunas regiones reportan que están apareciendo notificaciones de problemas de salud relacionados con su consumo, sobre todo en combinación con el alcohol. Las estadísticas policiales son todavía, sin embargo, la fuente de datos fundamental en este país (ibíd.: 16).

«Éxtasis» en España

También en España se ha extendido el consumo de esas drogas de síntesis, parcialmente asociado a la popularización de una «escena» local de «fiestas» y discotecas de música «máquina» o «bakalao». Los inicios de la popularización de esos consumos se remontan a 1986 y 1987, pero el período de masificación comienza en 1992.

A partir de entonces, como en los demás países de Europa, el uso de «éxtasis» ha ido atrayendo a diversos sectores poblacionales que conectan con diversos «universos sociales» y frecuentan «escenas» o «ambientes» variados. Hoy son ya cientos de miles los españoles que han consumido esas drogas sintéticas; algunos han llegado a hacer de su consumo un elemento importante en sus vidas.

Hay ya varios trabajos nacionales donde se revisan los principales hallazgos de la literatura y la investigación internacional y que conciernen sobre todo a los mecanismos de acción farmacológica y la potencial neurotoxicidad de esta sustancia (Camí y Farré, 1995; Roig Traver, 1990); las últimas encuestas poblacionales también ofrecen algunos datos sobre la extensión y la demografía y ecología del uso (DGPND, 1995; CIS, 1994; EDIS, 1994); pero son muy escasos los estudios que analicen las características del uso y los usuarios de estas sustancias en nuestro país, los sentidos, motivos y percepciones de tales usos, los problemas que plantean o incluso el contenido mismo de las «pastillas» consumidas (véase De la Fuente *et al.*, 1996).

Por lo tanto, sabemos todavía poco respecto a quiénes usan estas sustancias, cómo, por qué y para qué se usan; dónde y cómo las adquieren los usuarios; qué contienen esas «pastillas» y cuáles son los efectos que causan en sus usuarios y cómo perciben e interpretan ellos y ellas tales efectos y, por último, qué riesgos y daños están causando y pueden causar estos nuevos consumos que se extienden en nuestro país, y hasta qué punto la expansión del «éxtasis» puede potencialmente derivar en un problema de salud pública.

Nuestro trabajo en general, y este artículo en particular, pretende ofrecer respuestas empíricas a esas preguntas basándose en un trabajo fundamentalmente antropológico, esto es, holístico, multimodal y etnográfico, recogiendo datos sobre los usuarios de estas sustancias en los entornos en los que habitualmente las adquieren y las ingieren.

Para la realización de nuestra investigación sobre los usos de drogas de diseño en España se ha utilizado un enfoque etnográfico y multimodal, combinando múltiples métodos de recogida y análisis de datos relativos a cinco Comunidades Autónomas. Por etnográfico entendemos aquí un enfoque que se basa en una estrecha interacción con los sujetos estudiados, a los que se observa en su entorno natural y prestando atención a sus propias motivaciones y categorías, es decir, un estudio observacional e intensivo de procesos a nivel local (Bernard, 1994). El resultado reúne todas las características de una investigación antropológica: se trata de un estudio comparativo, holístico y etnográfico.

La investigación se ha llevado a cabo paralelamente en cinco Comunidades Autónomas (Andalucía, Baleares, Madrid, Valencia y Murcia) en las que se han detectado diversas pautas de venta al detalle, adquisición y consumo de drogas de diseño. Para

la elección de las zonas de estudio se siguieron dos criterios básicos: 1) el orden temporal de emergencia de este fenómeno en la zona, y 2) el nivel de intensidad de la venta y consumo de estas drogas.

LA EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE «ÉXTASIS» EN ESPAÑA

El consumo de MDMA y análogos se ha extendido en España en cuatro fases fundamentales:

1. Período previo: 1978-1985.
2. Período inicial: 1986-1989.
3. Período de popularización, 1990-1992.
4. Período de vulgarización y consumo masivo: 1992-1995.

En el último período (1992-1995) se masifica el consumo de comprimidos y cápsulas que pretendidamente contienen MDMA y se amplía enormemente la curiosidad y el deseo por probar esas sustancias. El «éxtasis» se convierte en un producto cada vez más desideologizado, esto es, despojado de muchos de sus contenidos espirituales, terapéuticos o contraculturales y se convierte en un producto de consumo masivo utilizado por decenas de miles de usuarios.

En paralelo aumenta y se facilita la disponibilidad de estas sustancias, que se refleja en un mayor número de ofertas de venta y una caída en los precios. Si por una cápsula de «éxtasis» se pagaban hasta 7.000 pesetas en 1988, hoy se pueden adquirir comprimidos que pretendidamente contienen esa sustancia por 2.000 y hasta por 1.500 pesetas. Los precios varían según el producto concreto (hay una gran variedad de comprimidos y, en menor medida, de cápsulas) y también según la zona del país.

La masificación del consumo de «éxtasis» supone también su extensión a zonas donde era desconocido, incluidas zonas del interior peninsular, a entornos provincianos e incluso rurales. En esta fase se van ampliando las redes de distribución y consumo, las cuales completan el mapa y abarcan crecientemente toda la geografía española.

Empiezan a repetirse los casos de intoxicación clínica, las secuelas indeseadas por el uso de «éxtasis» (aislado o en sinergia con otras sustancias psicoactivas), que en varios casos producen la muerte de los usuarios.

En cuanto a las pautas de difusión de los nuevos consumos y productos en España se aprecia una extensión desde algunas zonas turísticas cosmopolitas a las grandes ciudades y de éstas al interior, de las zonas más cosmopolitas, sobre todo turísticas, a las zonas más aisladas. Se ha tratado de un fenómeno oriental o levantino, que ha ido penetrando en las grandes ciudades del interior y se ha extendido después a las ciudades menores e incluso a las zonas rurales.

Magnitud del fenómeno: prevalencia del uso de «éxtasis»

Es difícil conocer con cierto rigor cuántas personas han usado estas sustancias en nuestro país, un problema que comparten todos los usos de drogas ilícitas. Un

repasso de los datos disponibles, sin embargo, ayuda a hacerse una idea de la magnitud del fenómeno.

En una encuesta a una muestra de la población general de ciudadanos mayores de quince años realizada en 1994 en toda España, un 2,2 por 100 de los entrevistados declaró haber probado drogas sintéticas. Esta estimación plantea, sin embargo, un problema respecto a lo que los informantes entendieran por «drogas sintéticas», que en muchos casos incluye al LSD, una droga que se viene usando aquí desde hace más de dos décadas.

La última encuesta escolar, realizada a finales de 1994, sobre una amplia muestra aleatoria de escolares de Enseñanzas Medias de catorce a dieciocho años de edad, encontraba que un 3,5 por 100 de los estudiantes declaraba haber consumido alguna vez «éxtasis» y «otras drogas químicas». Considerando que la encuesta parte de un muestreo que infravalora tales consumos, podríamos pensar que son más los jóvenes de esas edades que han consumido tales drogas.

En la última encuesta nacional, realizada en 1996 sobre una amplia muestra (N: 10.000) de personas mayores de quince años, se encontró que el 1,6 por 100 de todos los entrevistados había probado el «éxtasis», porcentaje que se elevaba casi al 5 por 100 en los jóvenes de diecinueve a veinticinco años, y casi al 8 por 100 cuando se consideraba ese grupo de edad en las grandes ciudades. Los resultados eran semejantes para el «speed» y la LDS y confirmaban el notorio incremento del consumo de estas drogas «de laboratorio» en los últimos años.

LOS USUARIOS DE «ÉXTASIS» Y SUS CONSUMOS

En nuestro trabajo de campo hemos entrevistado una muestra de usuarios de «éxtasis» y sustancias análogas (N: 418) formada a partir de técnicas de referencia en cadena. Aunque se trata de una muestra intencional, y por tanto no podemos decir que sea representativa, hemos intentado maximizar su heterogeneidad, incluyendo la mayor diversidad de usuarios en cuanto a criterios de sexo, edad y lugar de residencia, y su posible aleatoriedad, iniciando un gran número de redes distintas. Por ello, pensamos que la muestra contiene a los principales tipos de usuarios de estas sustancias que existen en nuestro país, e ilustra bien las principales diferencias, circunstancias y características de los usuarios de estas sustancias y su reciente evolución.

Sexo

Un 66,1 por 100 de los usuarios son varones; esto es, hay dos hombres que usan este tipo de sustancias por cada mujer. Este dominio o mayoría masculina es menor que la existente entre los usuarios de heroína en España y más semejante a la de los usuarios de cocaína.

Edad

La mayoría de los usuarios de «éxtasis» tiene entre dieciocho y veinticuatro años, aunque el rango de edades es muy amplio, incluyendo usuarios con edades entre los catorce y los cincuenta y tres años. La media de edad para todos los usuarios es de 22,9 (d.s.: 5,1), ligeramente superior para los hombres, 23,4 (d.s.: 5,1), que para las mujeres 21,9 (d.s.: 5,0). A los diecisiete años la tasa de prevalencia parece incrementarse, alcanzando un máximo en torno a los veinticuatro años.

Grupos de edad

El uso de «pastillas» que pretendidamente contienen «éxtasis» se ha extendido en varios grupos de edades. Esas diferencias de edad son relevantes porque se relacionan con otras diferencias, como pueden ser la antigüedad en el uso, la disponibilidad de dinero y la capacidad de establecer relaciones. Los cuatro grupos de edad principales son los siguientes:

1. **Usuarios adolescentes (14-17 años):** menores de edad, estudiantes en la mayoría de los casos y con una dependencia familiar muy elevada.
2. **Usuarios jóvenes (18-24 años):** un grupo que comprende a la mayoría de los estudiantes universitarios, así como a los jóvenes trabajadores.
3. **Usuarios jóvenes-adultos (25-30 años),** los cuales ya se han independizado o empiezan a hacerlo.
4. **Los usuarios adultos, mayores de 30 años:** jóvenes y menos jóvenes profesionales, obreros, administrativos y que muestran ya una orientación ocupacional (o su definitiva ausencia) y una cierta independencia económica y familiar.

Más de la mitad de los usuarios de «éxtasis» tiene entre dieciocho y veinticuatro años. El 90 por 100 no ha cumplido treinta años. Los menores de edad constituyen un grupo todavía pequeño (uno de cada ocho) pero creciente de los usuarios de «éxtasis».

Nivel educativo

El nivel educativo de los usuarios de «éxtasis» es variado, aunque alto en comparación con los individuos de semejante edad, y sobre todo con los usuarios de heroína, mientras que es más parecido al de los usuarios de cocaína que no son heroínómanos o ex heroínómanos. Casi un tercio de los usuarios de MDMA y análogas han cursado algún tipo de enseñanza universitaria.

Ocupación

Los usuarios de «éxtasis» tienen una gran diversidad de ocupaciones y profesiones. Nuestra muestra contiene desde parados hasta directivos de empresas y altos cargos

de la Administración, así como artistas, profesores universitarios, «go-go girls» (y «boys») y hasta amas de casa que han experimentado/usado «éxtasis» o sustancias que se engloban bajo ese rótulo.

La mayoría (un 35,2 por 100) son estudiantes. Las siguientes ocupaciones por frecuencia son: camareros o camareras (7,7 por 100) o las semejantes de «barman», «hostelería», «dueño de bar o restaurante», «socio de un local de bakalao». Nuestra muestra contiene también ocho «disc-jockeys», uno de los cuales se declara también estudiante.

Comparación internacional

Nuestros usuarios se parecen bastante en sus perfiles fundamentales a los usuarios holandeses e ingleses de los noventa, aunque con algunas diferencias que pueden deberse a las muestras utilizadas y las formas de explotarlas. Por ejemplo, entre heroinómanos holandeses se dan pautas de uso experimental de «éxtasis» superiores a las que nos ofrecen nuestras encuestas. Las tasas de prevalencia total en poblaciones estudiantiles, si embargo, eran bastante semejantes a las de España.

Los usuarios españoles de «éxtasis» presentan, sin embargo, notables diferencias respecto a los usuarios americanos de los ochenta descritos por Beck y sus colaboradores (Beck *et al.*, 1989; Beck y Rosenbaum, 1994), así como por las descripciones menos sistemáticas de otros autores más o menos apologeticos de estas sustancias (Eisner, 1989). Los usuarios españoles son más jóvenes, con una mucho menor presencia de motivos terapéuticos y espirituales para el uso de estas sustancias.

Pautas de uso de drogas: uso de otras drogas

La mayoría de los usuarios de «éxtasis» usan otras drogas, lícitas e ilícitas, además de MDMA. Tres de cada cuatro son fumadores de tabaco y otros tantos consumen actualmente bebidas alcohólicas. En una proporción muy cercana se sitúan los que fuman derivados del cáñamo, sobre todo hachís, de forma regular.

Los varones consumen drogas psicoactivas, tanto lícitas como ilícitas, con más frecuencia que las mujeres, con excepción del tabaco y los tranquilizantes, en los que el consumo se inclina ligeramente a favor de las mujeres, aunque la diferencia no es significativa. La diferencia entre hombres y mujeres respecto al consumo de cocaína sí que resulta estadísticamente significativa. Los consumidores de «éxtasis» consumen más a menudo cocaína que las consumidoras. La mitad de ellos lo hacen.

Por el contrario, son relativamente pocos los usuarios de «éxtasis» que consumen opiáceos. De otro lado, el «éxtasis» no es una droga especialmente atractiva para los heroinómanos. El consumo de «éxtasis» afecta a una población más amplia y significativamente distinta a la que consume regularmente opiáceos.

Uno de cada cuatro usuarios de «éxtasis» consume actualmente anfetamina y metanfetamina (o sus sales) en polvo («espid»). La mayoría de los usuarios entre-

vistados distinguen entre «anfetaminas», que han consumido en forma de pastillas, y «espid» («speed»), que se obtiene y consume en forma de polvo. Aunque muchos de ellos puedan conocer que se trata de sustancias análogas o semejantes, hay una distinción simbólica clara entre ambas.

Casi un tercio de los usuarios de MDMA consumen también LSD. Ese porcentaje aumenta para los usuarios actuales de «éxtasis». La relación entre los usos de ambas sustancias son significativos pero complejos, pues suelen tener ritmos, frecuencias e intensidades distintas. El consumo de «tripsis» rara vez sobrepasa el nivel de uso experimental u ocasional.

El alcohol y el tabaco son las drogas psicoactivas (excluyendo cafeína) que primero comienzan a consumir los usuarios de «éxtasis», que se comportan a este respecto de forma semejante a la población general de sus mismas características demográficas.

El cannabis es la primera droga ilegal e ilícita consumida por la mayoría de los usuarios de «éxtasis», seguida de los usos más instrumentales de las anfetaminas y los experimentos con LSD. Después, cocaína y otras drogas. En las cohortes más jóvenes el «éxtasis» va tras el cannabis como la siguiente droga a probar, tomándole en algunos casos la delantera.

Pautas de uso de «éxtasis»: primer uso

La edad más temprana de inicio en el consumo de este tipo de sustancias en nuestra muestra es de trece años; la más tardía, cuarenta.

Los usuarios más jóvenes se inician en estos consumos en edad más temprana y muestran una menor variación entre sí a este respecto. Esto puede deberse a la novedad de estos consumos para todas las generaciones, aunque también podría ser que las nuevas sustancias se estuvieran convirtiendo en una de las primeras drogas ilegales que empiezan a usar los jóvenes españoles, algo a lo que su presentación en forma de comprimidos (aceptable para los que no fuman) y su relativa buena fama pueden estar contribuyendo.

Frecuencia de uso

Muchos usuarios han consumido MDMA y análogas unas pocas veces, otros han continuado usándolas de forma esporádica en los últimos años. Algunos, sin embargo, ha adoptado las «pastillas» como elemento central de sus actividades de ocio e incluso de sociabilidad. La media de veces que han usado MDMA o equivalentes los usuarios de nuestra muestra es de 71 veces por persona (d.s.: 124,7) y la mediana de 25. Los hombres usan «éxtasis» un número de veces significativamente superior que las mujeres ($p < 0,05$).

Atendiendo a la frecuencia de uso y a la compulsividad o necesidad sentida, y modificando ligeramente el modelo propuesto por Siegel (1986, 1989), distinguimos cinco tipos de usuarios de «éxtasis»:

1. **Usuarios experimentales** (menos de 10 veces): Representarían, según nuestros datos, el 23,7 por 100 de todos los usuarios.
2. **Usuarios ocasionales** (entre 10 y 49 veces): Representarían un tercio de los usuarios.
3. **Usuarios regulares/instrumentales** (entre 50 y 99 veces): Representarían una cuarta parte de los usuarios.
4. **Usuarios intensivos** (entre 100 y 399 ocasiones de uso): Supondrían algo más del 10 por 100 de los usuarios.
5. **Usuarios compulsivos** (usado en más de 400 ocasiones; uso diario en algún período de tiempo): Supondrían más del 3 por 100 de todos los usuarios.

La mayoría de los consumidores de «éxtasis», cerca del 60 por 100, son usuarios experimentales u ocasionales, que han usado estas drogas con una frecuencia limitada, sobre todo en fines de semana y otros períodos festivos. Hay, sin embargo, un porcentaje importante, que podría superar el 26 por 100 de los usuarios, que mantienen un uso regular e instrumental de esta sustancia (la utilizan siempre que quieren realizar una tarea u obtener un efecto específico), y son casi un 15 por 100 los usuarios que mantienen, durante períodos más o menos largos, pautas intensivas e incluso compulsivas de consumo, entre los cuales es de esperar se concentren en el futuro los problemas derivados de estos nuevos consumos.

La mayoría de los usuarios de «éxtasis» consume estas sustancias con una frecuencia sostenida relativamente baja a largo plazo. Pero hay una significativa minoría (6,8 por 100) que usa estas sustancias con una frecuencia a largo plazo que resulta alarmante, por encima de 10 veces al mes.

Entre los dieciocho y veinticuatro años se concentra el mayor número de usuarios y los usos más peligrosos por su frecuencia e intensidad.

Combinación del «éxtasis» con otras drogas

La mayoría de los usuarios mezclan las «pastillas» con otras sustancias psicoactivas, sobre todo con alcohol (63,6 por 100), tabaco (61,7 por 100) y cannabis (59,6 por 100). Es también frecuente combinar «éxtasis» con anfetaminas o cocaína. Un tercio de los usuarios (32,5 y 33,7 por 100 respectivamente) ha usado esas drogas en alguna ocasión junto con la MDMA y similares. La visión de los usuarios de «éxtasis» como abstemios que beben sólo agua mineral tiene hoy poca base real en la mayoría de los casos.

Contexto social del uso

En España son muy raros los usuarios de MDMA y análogas que consumen estas drogas en soledad. Sólo un 5,3 por 100 ha consumido estas sustancias alguna vez en solitario y la mayoría de ellos la toman también con amigos o con sus parejas. Menos de un 2 por 100 de los usuarios de «éxtasis» toman estas sustancias siempre en solitario. Por el contrario, son muy comunes, incluso típicos, los usos colectivos, con un propósito social: reunirse o dar una fiesta para consumir este tipo de sustancias.

A veces esos usos grupales toman un carácter voluntariamente «tribal», enfatizando la pertenencia a un grupo común, a unas señas de identidad compartidas de forma más o menos intensa, aunque no necesariamente perdurable.

En la mayoría de los casos, los usuarios consideran el «éxtasis» una droga social, que se toma con amigos, es decir, personas conocidas con las que hay cierta confianza y afinidad. Un 96 por 100 de los usuarios dicen tomarla con esa categoría de personas.

Es también frecuente consumir estas pastillas en pareja, en un entorno o contexto crítico o abiertamente sexual. Entre nuestros informantes, un 30 por 100 de los usuarios afirman tomar MDMA y análogas con su pareja.

Discotecas, pubs, «raves» o «fiestas» y fiestas privadas son los entornos sociales principales del uso de «éxtasis» en España. Más del 80 por 100 de todos los usuarios han usado estas sustancias en discotecas. Otro 40 por 100 las usa en fiestas privadas, «raves» («fiestas», con un sentido muy específico, en castellano) y «pubs» o bares musicales y especializados.

En el tiempo, los usos se incrementan notablemente los fines de semana (que a veces comienzan para algunos los jueves por la noche y se extienden hasta entrado el lunes), los períodos festivos («puentes», vacaciones de Navidad y Semana Santa, etc.) y la estación veraniega, sobre todo en las zonas turísticas.

MOTIVACIONES Y EFECTOS DEL USO DE «ÉXTASIS»

Expectativas, propósitos y racionalizaciones para el uso

Las primeras respuestas de los usuarios de nuestro estudio respecto a sus motivos para tomar «éxtasis» fueron: propósitos recreativos (71 por 100), «ir de fiesta» (64 por 100), curiosidad (61 por 100), como estimulante (46 por 100) y para celebrar algo (40 por 100).

Profundizando algo más, un análisis más detallado del comportamiento y los discursos de los usuarios revela la existencia de tres tipos de razones por las que decidieron iniciar y mantener el consumo de «éxtasis». Con fines analíticos las hemos agrupado bajo tres categorías: expectativas, propósitos y justificaciones.

La mayoría de las personas que decidieron en algún momento probar esta droga lo hicieron movidos por una serie de expectativas generadas por sus amigos, su pareja, los medios de comunicación, o los «universos sociales» a los que pertenecen. Muchas personas en nuestro país decidieron tomar «éxtasis» por primera vez al leer algunos de los artículos aparecidos en la prensa. La observación del comportamiento de otros individuos pertenecientes al mismo «universo social», o los mensajes que circulan en ciertos «escenarios sociales» también han sido para algunos usuarios una fuente de expectativas para iniciarse en el consumo de estas sustancias.

Entre las expectativas despertadas por todas estas fuentes de información destacan tres relacionadas con los supuestos efectos de esta droga: se suele presentar como una sustancia estimulante, poco peligrosa y erótica, esto último, que ha despertado

la curiosidad de muchísimas personas. La mitad de los usuarios declararon haber practicado el sexo después de tomar «éxtasis».

Una vez rebasado el umbral de la experimentalidad (cuando se consume más de 10 veces), el individuo comienza a utilizar estas drogas intencionalmente para lograr ciertos propósitos. La mayoría de las personas que mantienen un consumo regular de «éxtasis» lo hacen con propósitos lúdico-festivos: para salir los fines de semana, como estimulante y para encontrarse a gusto con personas del mismo grupo de edad que comparten las mismas formas de diversión. Algunas personas también lo utilizan intencionalmente para mejorar su rendimiento sexual. Un grupo pequeño de usuarios lo emplean para trabajar. Se trata de personas que desarrollan su trabajo en lugares de ocio juvenil (*disc-jockeys, go-gós, camareros/as, porteros, etc.*), donde se consumen habitualmente este tipo de drogas.

Aparte de las expectativas e intenciones, los usuarios de «éxtasis» comparten una serie de justificaciones o racionalizaciones del uso que han sido elaboradas a través del discurso colectivo en torno a estas drogas. Las más reiteradas son las siguientes:

- Es una droga que se puede controlar.
- Es una droga limpia, de uso fácil y cómodo.
- Es una droga que tiene un precio asequible, no es tan cara como otras drogas de efectos parecidos; por ejemplo, la cocaína.
- Es una droga segura, no peligrosa, ya que no produce adicción como la heroína. Muchos usuarios ni siquiera consideran que el «éxtasis» sea una droga.

Fenomenología de la MDMA y análogos

Los efectos normales de una dosis habitual de MDMA (entre 65 y 120 mg) ingerida oralmente empiezan a sentirse después de una media hora. Entre una hora y una hora y media después de la toma se alcanza la fase mesetaria, permaneciendo en ella aproximadamente durante dos horas, momento en el cual los efectos principales empiezan a disminuir para extinguirse al cabo de cuatro o, como mucho, seis horas después de la ingesta. Los efectos secundarios pueden prolongarse varias horas más. Algunos efectos residuales, principalmente psicológicos, pueden permanecer una vez que la droga ya ha sido metabolizada completamente por el organismo (aproximadamente cuarenta horas después de la ingesta) y prolongarse durante días.

Efectos principales

Los estudios realizados hasta el momento sobre la fenomenología de la MDMA, basados principalmente en autoinformes retrospectivos de los usuarios, atribuyen a la MDMA tres tipos de efectos fundamentales y distintivos: estimulantes, psicodélicos y entactógenos. Nuestro trabajo confirma esta visión general que se tiene de la fenomenología de la MDMA, pero añade una serie de puntualizaciones destacables.

Los efectos declarados por los usuarios pueden agruparse en cinco categorías:

1. **Cambios en el estado de ánimo:** euforia (93 por 100), energía (90 por 100), felicidad (90 por 100), desinhibición (81 por 100), hilaridad (81 por 100), mayor sensualidad (74 por 100), mayor espiritualidad (44 por 100), autoestima (69 por 100) y mayor agresividad (41 por 100).

2. **Variaciones en las relaciones interpersonales:** aceptación de otros (77 por 100), mayor locuacidad (78 por 100), deseo de establecer algún tipo de contacto físico con otras personas (72 por 100), empatía (62 por 100) y mayor intimidad (57 por 100).

3. **Alteraciones de la percepción:** distorsiones perceptivas (62 por 100), mayor agudeza perceptiva (52 por 100), alucinaciones acústicas (51 por 100) y alucinaciones visuales (47 por 100).

4. **Cambios en el comportamiento sexual:** deseo sexual (67 por 100).

5. **Alteraciones en los procesos cognitivos:** mayor atención (54 por 100), mayor claridad en las ideas (41 por 100) y mayor capacidad de concentración (33 por 100).

Los efectos de esta droga pueden variar en función de una serie de factores incontrolables, como el contenido real de los comprimidos o cápsulas que se venden como «éxtasis», las dosis de principio activo que lleven, y las sustancias con que vaya mezclada la MDMA. También pueden influir en la percepción de los efectos el contexto donde se tome la sustancia, el estado físico y psíquico en que se encuentre el usuario, y que se tome en combinación con otras drogas psicoactivas. No obstante, en general podemos decir que la mayoría de los usuarios españoles consideran el «éxtasis» una droga estimulante, erótica y que facilita la comunicación y la solidaridad grupal. Para la mayoría de los usuarios españoles se trata de una droga más estimulante que psicodélica. Casi todos dicen experimentar euforia y energía cuando la toman. Esto no quiere decir que no haya personas que a veces experimenten alucinaciones.

Un 67 por 100 de los usuarios consideran el «éxtasis» una droga afrodisíaca y la mitad han mantenido relaciones sexuales después de tomarlo.

Más de tres cuartas partes de los usuarios creen que el «éxtasis» aumenta la sociabilidad y produce una sensación de mayor solidaridad grupal, pero reconocen que este efecto es sólo aparente y desaparece al cabo de las pocas horas.

Efectos secundarios adversos

La experiencia producida por la MDMA y análogas suele conllevar una serie de efectos adversos colaterales. Los usuarios de nuestro estudio reconocieron como característicos dos grupos de efectos adversos:

1. **Efectos somáticos:** boca seca (85 por 100) o pastosa (68 por 100), sensación de calor (68 por 100), insomnio (65 por 100), diaforesis (64 por 100), taquicardia (62 por 100), movimientos involuntarios de la mandíbula (61 por 100), escalofríos (59 por 100), trismo (55 por 100), deseo de orinar (49 por 100), pérdida del sentido de la orientación (47 por 100), temblores (45 por 100), visión borrosa (41 por 100), náuseas (39 por 100), vómitos (33 por 100), movimientos involuntarios de los ojos

(31 por 100) y dificultad para coordinar los movimientos (29 por 100). Estos efectos son propios de una sobreestimulación simpática tanto en el área cardiovascular como neurológica.

2. Efectos psicológicos: agobio (57 por 100), pérdidas temporales de memoria (56 por 100), inquietud (54 por 100) o ansiedad (46 por 100), pérdida del control en las acciones (53 por 100), pensamientos extraños (51 por 100), confusión (44 por 100), dificultades para concentrarse (44 por 100), inestabilidad mental (40 por 100) e irritabilidad (39 por 100), paranoia (37 por 100), obsesión (33 por 100) y pánico (16 por 100).

Los efectos adversos más característicos son sequedad de boca, sensación de calor, insomnio, sudoración excesiva, taquicardia, movimientos involuntarios o rigidez de la mandíbula, agobio, inquietud y pensamientos extraños. Todos ellos suelen desaparecer horas después de la ingesta, si no se producen reacciones adversas agudas u otro tipo de complicaciones.

Aunque se trata de una droga que produce insomnio, la mayoría de los usuarios (56 por 100) consideran que permite conciliar el sueño, e incluso produce cierta somnolencia, una vez que sus efectos han desaparecido.

Efectos residuales

Entendemos por efectos residuales aquellos que todavía persisten veinticuatro horas después de la ingesta, una vez que la MDMA ha sido metabolizada por el organismo. Los principales efectos residuales relatados por los usuarios fueron los siguientes: fatiga (75 por 100), dificultad para concentrarse (71 por 100), anorexia (67 por 100), abulia (60 por 100), insomnio (57 por 100), pérdida de memoria (57 por 100), incapacidad para trabajar o estudiar (50 por 100), irritabilidad (50 por 100), depresión (48 por 100) y falta de deseo sexual (33 por 100).

La euforia y la energía que produce la MDMA en las horas siguientes a su ingesta contrastan con el estado apático en que se surge el usuario una vez que los efectos principales desaparecen. Este brusco contraste entre los síntomas que produce la MDMA durante el período de actividad de la sustancia en el organismo y en las horas y días posteriores, experimentado de manera repetida, podría inducir o agravar estados depresivos, de ansiedad, de despersonalización, e incluso desrealización, en personas sensibles a estas dolencias psiquiátricas.

La pérdida de apetito parece ser un efecto bastante generalizado entre los usuarios de «éxtasis» (67 por 100). Además, se trata de una droga que altera el sueño y puede producir insomnio. El 57 por 100 de los usuarios reconoce haber padecido problemas de insomnio alguna vez días después de haber tomado «éxtasis».

EL MERCADO DE «ÉXTASIS» EN ESPAÑA

En las dos últimas décadas se ha consolidado en nuestro país un amplio y estable mercado de drogas ilegales, basado en tres productos «estrella»: el hachís, la heroína

y la cocaína. A este mercado se ha sumado ahora el «éxtasis». Todos los mercados nacionales de drogas ilegales son ramas de una industria multinacional con un vasto nivel de ingresos y formas peculiares de promocionar sus productos y de «blanquear» sus beneficios (Dorn, Murji y South, 1992).

A diferencia de los otros mercados, el del «éxtasis» no se basa en materias primas producidas en zonas del Tercer Mundo, sino en productos de la industria química occidental. Las materias primas para elaborar tales sustancias son más fáciles de obtener en Occidente que las necesarias para producir cocaína o heroína.

Además, el sistema clandestino de manufactura de drogas «de diseño» es muy adaptable y plantea decisivos desafíos al sistema dominante de control de precursores (sustancia a sustancia, con listas cerradas, ciertas exenciones, falta de previsiones para el isomerismo, para las preparaciones, etc.) (Remberg, Nikirov y Buchbauer, 1994: 1).

Notas históricas sobre el mercado de «éxtasis»

La MDMA y sus derivados se viene fabricando y distribuyendo en Estados Unidos desde finales de los años sesenta. Parece que durante los setenta el uso clandestino de esa sustancia fue muy limitado y sólo comenzó a popularizarse en contextos psicoterapéuticos y espirituales a finales de esa década. En julio de 1985, la DEA incluyó, por el procedimiento de urgencia, esta sustancia en esa lista primera de las sustancias fiscalizadas por la ley, basándose en que la MDMA tenía «un alto potencial de abuso, ningún uso médico aceptado y una aceptada falta de seguridad para su uso en cualquier tratamiento». La lista I era incluye a las sustancias pretendidamente más peligrosas y que no tienen ningún uso terapéutico aceptado, como la heroína, la metacualona y también la LSD.

En 1986, las Naciones Unidas, aconsejadas por la OMS, incluyeron también al «éxtasis» y cinco de sus análogos más en la lista I del Tratado sobre Materias Psicoactivas de la Convención de Viena.

Al año siguiente, con el objeto de que tal «criminalización» del MDMA y otras drogas de laboratorio no se viera burlada mediante la fabricación de congéneres químicos, la DEA consiguió que se promulgase la «Controlled Substances Analogs Act», una medida legal específicamente «diseñada» para las drogas de síntesis, que permite perseguir a los fabricantes y distribuidores de sustancias que tienen una estructura análoga a las incluidas explícitamente. Las drogas de síntesis abrían así un nuevo espacio jurídico y represivo que se irá haciendo cada vez más internacional.

Estas medidas provocaron un intenso debate en diversos círculos expertos en Estados Unidos y una gran campaña de prensa respecto al «éxtasis», que ampliaron internacionalmente su conocimiento y popularidad. A primeros de 1998, sin embargo, la DEA promulgó una norma definitiva por la que colocaba a la 3,4-metilendio-ximetanfetamina (MDMA) y a sus congéneres entre las drogas más perseguidas.

A partir de entonces se abrió una nueva época en el mercado de MDMA y análogos, caracterizada por desarrollarse en un entorno de persecución e ilegalidad². La expansión del «éxtasis» en Europa ha tenido lugar sobre todo en ese contexto «prohibicionista».

El comercio en Europa: un objeto de consumo masivo

El comercio masivo de «éxtasis» se desarrolla en Europa a partir de 1988. En los años anteriores había ido apareciendo en Ibiza, en Manchester, Londres y otras ciudades inglesas en pequeñas partidas que procedían casi siempre de Estados Unidos. Poco después se introduce en algunas zonas de Alemania y Holanda, sobre todo en Amsterdam, que en unos años se consolidará como el centro de la distribución de esta droga a nivel europeo.

En los primeros años ochenta existía cierto consumo de «éxtasis» en Amsterdam. Hasta el verano de 1988 se consumía poco, aunque existían ciertos movimientos de pastillas en forma de tráfico y exportación. Amsterdam funcionaba como centro exportador, generalmente de mercancía que provenía de Estados Unidos.

Todavía en el verano de 1989, sin embargo, no era fácil obtener auténtico MDMA en la «movida» nocturna de la ciudad. A pesar de esos «humildes» inicios, Amsterdam se convirtió pronto en el centro de distribución de «éxtasis» para el resto de Europa, sobre todo cuando la fabricación se fue concentrando en zonas cercanas a esa ciudad.

Según Korf y Verbraeck (1993), sólo desde 1990 aparecen en el mercado las primeras pastillas procedentes de grandes laboratorios holandeses que producían cientos de miles de unidades cada vez, y sólo en este momento se puede hablar de una compleja escala de distribución que relaciona laboratorios clandestinos de cientos de miles de pastillas con distribuidores de miles y cientos de pastillas.

En Europa, por lo tanto, en los años 1990 y 1991 se desarrolla la producción masiva de «éxtasis» de calidad suficiente y constante para abastecer a un mercado transnacional que comienza a consolidarse. Esto confirma nuestro modelo sobre el salto del consumo del «éxtasis» en España a partir de 1991 y sobre todo de 1992.

El comercio en España

Inicios 1986-1989

La compra-venta de «éxtasis» en España se aprecia ya en 1987 y 1988. Antes de esos años, circularon algunas cápsulas que se vendían en algunas zonas ciertos comprimidos de aparente valor psicodélico, y diversa denominación y contenido, como las que en la costa levantina se vendían como «mescalina» y que, analizadas por laboratorios especializados, suelen contener MDA y otros congéneres o sucedáneos.

² La MDMA había sido restringida en el Reino Unido en 1971, pero en un contexto mucho menos criminalizado y alarmista que el que se dará a partir de 1986.

En algunos lugares cosmopolitas, sobre todo en Ibiza, habían circulado cápsulas y en menor medida comprimidos de MDMA desde años antes. Pero ese trasiego comienza a intensificarse en 1986 y 1987.

En agosto de 1987 se producen las primeras detenciones de vendedores o traficantes de esta sustancia, que provocan la primera campaña informativo/publicitaria del «éxtasis». Las informaciones de prensa incluyen casi siempre términos laudatorios que resaltaban el carácter agradable y cómodo de la nueva sustancia y sus efectos positivos, suaves y sin riesgo. Las informaciones enfatizan también el carácter sensual, erótico, de la sustancia, aunque no directamente «genital», es decir, consistente con una opinión elevada del usuario y de sus motivos. Conviene no perder de vista el activo papel de los medios de comunicación en la publicidad y popularización de ésta y otras drogas. En el caso del «éxtasis», conviene comprender que se trata de una sustancia que se presentaba como asociada con la belleza, el sexo, el placer y los ambientes a la moda.

En febrero de 1988 se celebra en la Audiencia de Palma de Mallorca el primer juicio por tráfico de «éxtasis» en el que son imputados los seis ciudadanos extranjeros (dos belgas y cuatro italianos) detenidos en agosto del año anterior en Ibiza con 120 comprimidos y cápsulas de «éxtasis». Entonces se produce la primera polémica en un juzgado respecto a los efectos tóxicos de la MDMA. Los problemas definitorios y clasificatorios han seguido complicando los procesos judiciales en relación al «éxtasis» y expandiendo la indefinición y ambigüedad respecto a su carácter y su uso (véase Herrero, 1995, para un buen resumen de las sentencias sobre «éxtasis»).

La mayoría de los importadores en esta época son extranjeros. Manejan partidas pequeñas, casi siempre decenas o cientos de pastillas, y no parecen contar con una infraestructura muy compleja ni con muchos colaboradores. La mayoría son también usuarios.

Período de popularización

El mercado en sentido amplio se inicia, sin embargo, entre 1989 y 1991, un período en el que la oferta era siempre inferior a la demanda.

Desde el principio, la ruta más frecuente de entrada a nuestro país pasaba por Amsterdam, tratándose en un principio de productos elaborados en laboratorios norteamericanos. Este período se caracteriza por la proliferación de importadores y de canales de venta independientes trabajando a pequeña o mediana escala.

En 1989 aumentan las confiscaciones y detenciones en Ibiza. Durante estos primeros años, la mayoría de las incautaciones policiales ocurrían en Ibiza, por lo que los procesos resultantes se juzgaban en la Audiencia de Palma de Mallorca, y esos juicios generarían un gran número de noticias.

También en estos años aumenta mucho más el consumo de anfetamina en polvo («speed») en la región valenciana, un comercio sobre el que más tarde se asentará el de «éxtasis».

En abril de 1990 se producen las primeras incautaciones en la Costa del Sol, otra zona, junto con Tenerife e Ibiza, donde algunos turistas y residentes británicos utilizan las nuevas sustancias y las importan para su propio consumo, produciéndose un fenómeno de difusión de las innovaciones, todavía limitado. En este período se observa también que bajo el rótulo del «éxtasis» se manufacturan, venden y consumen muchas sustancias distintas al MDMA. Por ejemplo, en agosto de 1991 se descubre en Ibiza un alijo de PMMA (para-metoximetanfetamina), del que se habían identificado muestras en años anteriores.

En 1991 crece considerablemente el comercio al por mayor en Alicante y Valencia, y un aumento paralelo del consumo.

El período de máxima expansión de este mercado comenzó hacia 1992 y dura hasta hoy (junio de 1996). Este período se ha venido caracterizando por un aumento notable de las cantidades importadas. Se trata ya de partidas que llegan a superar las 100.000 unidades, que requieren una inversión mayor, así como un mayor conocimiento de la estructura del mercado y del control. La masiva afluencia de extranjeros y de los viajes nacionales e internacionales en general con motivo de la Expo y las Olimpiadas de Barcelona pudo favorecer la consolidación de redes de distribución de estas drogas.

En el verano y otoño de 1993 hubo otra campaña publicitaria de los nuevos productos y consumos, asociados ahora a lo que viene en llamarse «la ruta del bakalao» y con una visión alarmista que asocia el «éxtasis» con los desplazamientos por carretera entre discotecas, los accidentes de tráfico. Esta campaña, que se prolongará hasta el invierno y alcanzará una notoriedad nacional, probablemente extendió el conocimiento y el interés por las nuevas sustancias entre poblaciones menos informadas por los canales de comunicación más minoritarios y también más interesadas en conductas de riesgo.

A partir de ese período, se observa un gran incremento de la oferta y de la competencia en los distribuidores, que tienen ahora más material del que pueden dar salida. Los precios al por mayor se resienten y bajan, mientras los precios en origen también descienden.

En este período comienza a observarse también una creciente concentración de los altos niveles del mercado en manos de unos pocos grupos, más profesionalizados y organizados. Esta concentración se debe, entre otros motivos, al incremento de la presión policial, que parece especialmente notable en lo que concierne al territorio francés. Por el contrario, la estructura del mercado al detalle sigue siendo bastante informal y desorganizada. Hay una multitud de vendedores al detalle, muchos de los cuales consumen.

En los últimos meses de 1994 y primeros de 1995 se detecta un movimiento muy intenso de «éxtasis», entrando en España: varias confiscaciones de cientos de miles de pastillas a veces en forma de polvo. Esta tendencia de incremento de partidas y amplia disponibilidad casi por todo el territorio nacional se consolidará en 1995 y 1996, convirtiendo al «éxtasis» en el centro de nuevas pautas de policonsumo antes desconocidas y en la droga de más éxito de los años noventa.

Fabricación de MDMA y análogas

Como hemos señalado, casi todo el «éxtasis» distribuido en España parece provenir de Holanda, donde se concentran desde 1990 la mayoría de grandes distribuidores de Europa y no pocos de los laboratorios clandestinos. La mayor facilidad para encontrar instrumental, precursores y productos químicos esenciales, así como químicos expertos y dispuestos, ha favorecido la concentración de la producción en ese país, a lo que también se suma el carácter de «ciudad global» de su capital y su especial legislación y abordaje respecto a las drogas ilícitas. En Holanda, Bélgica y Alemania han venido operando un número considerable de laboratorios, por lo que ninguno parece haber conseguido una cuota excesiva de mercado.

Hay indicios de que ha habido también algunos laboratorios de esos derivados en España, así como en Alemania y en el Reino Unido, y en otros países europeos. No es improbable que la manufactura se produzca en el futuro o se esté produciendo ya aquí o en otros países europeos, sobre todo en Europa Oriental.

El número de laboratorios confiscados no es siempre indicativo de una mayor fabricación local en la zona afectada, pues algunos laboratorios producen a una escala mucho mayor que otros.

Métodos de síntesis

Existen diversos métodos conocidos para la síntesis clandestina de MDA, MDMA, MDEA y compuestos afines, y es relativamente fácil para químicos expertos encontrar nuevas alternativas.

El más común de los utilizados por los laboratorios europeos se basa en el tratamiento de una cetona, la 3,4-MDF-2P³, también conocida como piperonil-metilcetona, o, técnicamente: 1-(3,4-metilenedioxifenil)-2-propanona, con amoníaco o metilamina en condiciones reductoras. La MDF-2P es un compuesto utilizado industrialmente cuya venta ha sido crecientemente regulada. Al hacerse menos asequible esa cetona, los fabricantes clandestinos han buscado métodos para la síntesis propia de MDF-2P, o han explorado rutas alternativas utilizando otros precursores. Por ejemplo, recientemente se ha detectado que diversos químicos estaban usando el safrol como un material de inicio para la síntesis de MDMA, tratándolo con ácido bromhídrico (BrH), y también el isosafrol, del que se han realizado importantes confiscaciones.

El mayor problema radica en obtener precursores. Es obvio que la información y la experiencia técnica, científica y comercial cobra un gran valor en esta creciente industria, a diferencia de lo que ocurre con las drogas ilegales de origen vegetal, donde los procesos son más sencillos y los reactivos mucho más comunes.

La obtención de instrumental especializado para el laboratorio plantea también problemas específicos, que redundan en costes mayores.

³ En inglés, MDP-2-P.

Organización de la manufactura de «éxtasis»

Aunque se fabrican pequeñas cantidades de MDMA y análogos con rudimentarios equipos caseros, para poner en marcha un laboratorio que pueda producir varios kilogramos de MDMA a la semana se necesita una inversión de decenas de millones de pesetas. Los grandes laboratorios se ven obligados a tener un «financiero» o socio capitalista, así como un químico que elabore el MDMA (Korf y Verbraeck, 1993).

Una vez sintetizada la MDMA o sus análogos, hay que mezclar la sustancia y prepararla para convertirla en comprimidos o cápsulas. Para ello, hay que diluir el producto activo en otros componentes de soporte, granularlo uniformemente y comprimirlo o encapsularlo. Las máquinas para hacer pastillas suelen venderse con matrices que permiten conseguir diferentes formas. Es común que los productores de «éxtasis» busquen copiar pastillas que hayan adquirido buena fama en el mercado, así como fabricar nuevos modelos que inciten la demanda y añadan cierta marca o marchamo a sus especialidades. De todas las drogas ilegales hoy consumidas ampliamente, sólo el LSD presenta una variedad tan grande de colores, grabados y formas como las pastillas del tipo «éxtasis».

A pesar de la gran variedad de productos que aparecen en el mercado al detalle, los grandes laboratorios holandeses y europeos en general han jugado un papel central en el mercado de «éxtasis» de los años noventa.

La estructura del mercado: niveles de distribución

El modelo más común del mercado de «éxtasis» concibe sus diversos escalones formando una estructura piramidal, con un número pequeño de financieros y fabricantes en la cúspide y la masa creciente de consumidores en la base. En los escalones medios se sitúa un variable número de intermediarios, aumentando en número y en visibilidad según se acercan al nivel de menudeo y la compra de unidades. En esa estructura genérica no se diferencia de los otros mercados de drogas (Reuter y Kleinman, 1986; Adler, 1985; Moore, 1977); las variaciones se producen, no obstante, en la composición de esos «escalones» y su relación mutua. En su análisis del mercado holandés de «éxtasis», sobre todo en sus niveles medios y altos, Korf y Verbraeck (1993: 165-192) describen su estructura como formada por seis niveles principales, según el número de pastillas que usualmente manejan los distribuidores en cada escalón, entre cientos de miles y decenas o unidades. Hay frecuentes combinaciones entre los diversos niveles. También hay ascensos y descensos en la «jerarquía», de modo que un minorista puede acceder, de forma transitoria, a partidas de miles o decenas de miles, o emprender negocios con socios («joint ventures») que le proporcionen una disponibilidad semejante.

La presentación del mercado como compuesto de niveles estáticos puede hacer pensar en un sistema más estable de lo que encontramos en la realidad. Y tampoco suelen presentar una estructura tan organizada y monopólica u oligopólica como las que nos suelen presentar el cine o la prensa.

Este mercado tiene un carácter transnacional; los niveles mayores pueden estar situados en un país determinado (Holanda o Gran Bretaña, por ejemplo), pero sus miembros cooperan y comercian con socios e intermediarios que distribuyen en otros países, incluido España. Los propios equipos o grupos de importadores están a menudo compuestos por socios de distintas nacionalidades, capaces de poner en contacto mayoristas, minoristas y consumidores en diversos países.

Debemos, por tanto, concebir el del «éxtasis» como un mercado regional europeo, bastante fluido e integrado, en el que los cambios legislativos o ejecutivos en un país pueden afectar el comercio en todo el continente. En este sentido, puede hablarse de un «mercado común» europeo del «éxtasis».

La pirámide truncada: el sector español

Parece que en España han faltado hasta ahora los escalones máximos que forman el vértice de la pirámide del mercado de estas sustancias en Holanda, incluida la síntesis de cientos de kilos y la distribución masiva de comprimidos. El español es, por lo tanto, un mercado que funciona todavía a un nivel más bajo de distribución que otros mercados europeos, o mejor, que otras secciones del mercado transnacional del «éxtasis». Por otro lado, se trata de un mercado subsidiario del holandés y, en menor medida, del británico. Esto podría cambiar deprisa, si los laboratorios o los centros de distribución se trasladasen a otros países. De otro lado, el mercado español del «éxtasis» parece un mercado emergente y como tal parece ser percibido por los fabricantes e inversores internacionales.

En principio, una característica del mercado español es su flexibilidad o, si se quiere, falta de estabilidad. Los niveles que encontramos aquí han cambiado constantemente en los últimos años y los actores han funcionado a niveles diversos del mercado. Es decir, entre importador y consumidor a veces sólo hay un intermediario que importa, transporta, almacena y menudea la mercancía.

Cada vez son más los importadores y grupos de importadores que traen cientos y decenas de miles de unidades. Nos consta, además de por las confiscaciones policiales, por las propias declaraciones de informantes cualificados y las observaciones del trabajo de campo, que las cantidades importadas por cada agente en los niveles más altos del mercado han aumentado muy notablemente desde primeros de 1993. Ahora no se trata ya sólo de importadores o contrabandistas extranjeros, sino de grupos de socios («joint ventures») en los que ciertos importadores locales han establecido acuerdos fijos con exportadores holandeses.

Todavía, sin embargo, el principal nivel de importación en España es el de las decenas de miles. Este nivel de distribución parece haber sido muy común en nuestro país, y hemos podido detectar la presencia de distribuidores a este nivel en todas las zonas estudiadas donde el consumo se ha consolidado, por ejemplo en Baleares, Madrid, Valencia, Alicante, Sevilla, Granada y la Costa del Sol. Desde ahí se aprovisionaban otros niveles más bajos, sobre todo los de los cientos de unidades, para abastecer otras regiones o provincias.

Venta al detalle

El menudeo es el más visible de los sectores del mercado de «éxtasis» y sobre el que hemos acumulado un número mayor de observaciones y datos. La venta al por menor de esa droga presenta en España una serie de diferencias con la de otras drogas ilegales. Algunos de las más importantes son las siguientes:

1. *Proliferación de detallistas no profesionales* que «trapichean» unas cuantas decenas de pastillas de forma inconstante.
2. *Visión relativamente benigna de este comercio* y de su propio papel por parte de los menudeadores. Los vendedores de «piruas» no suelen percibirse a sí mismos en términos tan negativos como perciben a los vendedores de heroína.
3. *Bajo nivel de negocio* por parte de muchos detallistas. El número de pastillas distribuido por cada detallista suele ser bajo. No abundan aún los grandes «camellos» de pastillas, que sean el centro de amplias redes de consumo y que sorprendan por su perseverancia, como ocurre en el mercado de heroína.
4. *Los menudeadores son generalmente jóvenes*, e incluso menores de edad. A diferencia de otros mercados de drogas, sobre todo de hachís y heroína, no suelen pertenecer a entornos o redes delincuenciales ni mantener contactos con ellos.
5. *Casi todos los detallistas son también consumidores*. En algunos casos el motivo fundamental por el que se iniciaron en la compra-venta es social y no financiero, para aumentar su prestigio e influencia entre amigos o para subvenir a necesidades grupales, formando redes recíprocas semejantes a las «trading charities» o las «mutual societies» de las que hablan Dorn y sus colaboradores (1992: 3-15).
6. Se trata de un sistema de venta al detalle que *ha funcionado «a crédito»*.
7. *Menudean en equipo*. Con frecuencia, la distribución al detalle la realizan varios jóvenes participando en diversos papeles y actividades cooperativas. A veces esa cooperación tiene un motivo comercial.
8. Por unidad, es *en los últimos escalones del mercado* donde se obtienen los mayores beneficios. En el período de nuestro trabajo de campo, desde el verano de 1994 al de 1995, los detallistas obtenían una ganancia de entre 800 y 1.500 pesetas por «comprimido».
9. Hay todavía *considerables variaciones locales* en el comercio de «éxtasis» entre unas zonas y otras. Por ejemplo, todavía a finales de 1995 los precios en Sevilla o Granada solían ser más altos que los de Madrid o Valencia para el mismo tipo de comprimidos o cápsulas.

Algunos de estos aspectos están cambiando y pueden no darse ya en un período cercano. En algunas ciudades se aprecia ya, por ejemplo, una mayor profesionalización de los mercaderes de pastillas y una mayor participación de individuos con antecedentes delictivos y un mayor interés comercial.

En los escalones intermedios, de cientos a miles de pastillas, se dan menos detenciones policiales. Parece como si ésos fueran los niveles más difíciles de acceder por parte de la policía en relación al número de participantes. En el nivel de los cientos se aprecia una alta participación de jóvenes menores de veinticinco años, incluso de adolescentes. En el nivel de los miles de unidades, sin embargo, la necesidad

de capital financiero y relacional parece requerir una mayor edad y experiencia, lo que se confirma en los datos obtenidos de las detenciones policiales. En ese nivel predominan los mayores de veintiséis años (tres de cada cuatro).

Llama la atención la presencia de algunos detenidos mayores de cincuenta años en posesión de unas cuantas unidades de «éxtasis», probablemente para su propio uso o el de sus allegados. Ese dato podría confirmar el argumento de que esta nueva droga ha sido utilizada, al menos de forma experimental, por diversos grupos de edad.

Una característica de la adquisición de «pastillas» que la diferencia notablemente de otros mercados de drogas deriva del hecho de que en todos los niveles de distribución, incluyéndose el más bajo, se regalan algunas pastillas o partes de ellas a los amigos y conocidos.

Hay una relación entre los «raves» o «fiestas» multitudinarias y el menudeo y consumo de «éxtasis», aunque no todos lo que acuden a esos eventos consumen estas drogas, ni el consumo se limita a los que gustan de tales encuentros músico-festivos.

La evolución de los precios

En los precios suele haber cierta versatilidad, dependiendo de la relación entre los actores que participan en la transacción, así como la forma de pago. Según los autores antes citados:

En España, los precios del «éxtasis» han bajado muy notablemente en los últimos años, en paralelo a la extensión de su consumo y al aumento de las confiscaciones.

PERFIL QUÍMICO DEL «ÉXTASIS»

Casi todo el «éxtasis» que se consume en España y en Europa se ofrece en forma de comprimidos y, en menor medida, de cápsulas. Los comprimidos presentan una variada apariencia, tanto en su forma, tamaño y color, como en las inscripciones grabadas en sus caras y sobre las que suelen basarse sus apelativos callejeros. Hemos tratado de conocer si esa variedad exterior corresponde a la variedad de los contenidos, tanto de los principios psicoactivos como de los diluyentes y adulterantes, pues la respuesta a las muchas cuestiones sobre los riesgos y efectos que plantea el uso de «éxtasis» dependen en gran medida de lo que tal droga contenga.

Hemos revisado los resultados de los análisis químico-forenses de seis laboratorios españoles que han estudiado diversas partidas de estas sustancias en casi todas las regiones españolas. Esos análisis ofrecen importantes datos respecto al perfil químico del «éxtasis» y su evolución reciente en España.

También hemos analizado análisis semejantes llevados a cabo en varios países europeos, así como en Estados Unidos. Todos esos análisis químico-forenses ofrecen

datos de gran interés sobre el contenido y la fabricación de la MDMA y sus congéneres, así como de su reciente evolución.

MDMA y análogos en España

La revisión de los análisis realizados en España muestra también el notable incremento de las cantidades decomisadas ya analizadas en los siete años estudiados, lo que indica un aumento de la oferta y probablemente de los consumos.

Características externas de las «pastillas»

En la presentación de los comprimidos se da una enorme variedad. Decenas de tipos básicos de «pastillas» circulan por el mercado cada año, distinguiéndose unas de otras por el tamaño, la forma, el color y la textura, así como por los signos que a menudo llevan grabados en su superficie, y que sirven como una especie de marchio o etiqueta, e incluso como una garantía de calidad. Así, algunos comprimidos llevan grabados los aros olímpicos (las «olímpicas», que se vendieron, sobre todo, en Barcelona en 1994); otras, un delfín, o el garabato «Fido dido», o una hoz y un martillo (las «soviéticas»), o un pájaro, o la boca anagrama de los Rolling Stones, etc. De su apariencia exterior derivan los nombres con los que son conocidas y apreciadas. En el discurso de los usuarios se llega a perder la denominación genérica. Se habla así no ya de «éxtasis», y ni siquiera de «pastillas», sino de: *fido didos*, *taponés*, *tanques*, *delfines*, *pájaros*, *cacharros*, *adanes*, *elefantes*, *blancas*, *ovaladas*, *lentejas*, *tortugas*, *rolloices*, etc. La jerga asociada a estos usos también cambia deprisa, lo que desconcierta a muchos de los que se acercan a este entorno, sobre todo a los adultos.

Colores

Las pastillas tienen una gran diversidad de colores (en algunos lugares les llaman «pastillas de colores»), entre los que predomina el blanco (dos de cada tres pastillas), ya sea liso, moteado, manchado, moteado de puntos negros o pardos, o con un tono hueso, crema o gris; también hay pastillas de color rosa más o menos saturado, verdes, crema, marrón oscuro o marrón hueso, rojo burdeos, etcétera.

Formas y tamaños

El «éxtasis» se presenta en forma de comprimidos de entre 250 y 300 mg de peso, de 8 a 10 mm de ancho y de 3 a 4 mm de alto. Algunos ejemplares resultan excepcionalmente grandes en relación a la norma, alcanzando los 500 y 600 mg; con frecuencia se trata entonces de productos que no contienen MDMA o sustancia análoga.

En cada entorno, las pastillas más abundantes y disponibles cambian frecuentemente. Así encontramos pastillas de forma ovalada, redondeada, plana, biselada,

etc. De la forma y color deriva a veces el nombre que se da a las pastillas entre los usuarios: «ovaladas blancas», «tapones», «cacharros» etcétera.

A pesar de sus variaciones, los usuarios consideran a las pastillas una sola droga, y sus percepciones no siempre se corresponden con el contenido estudiado. Los usuarios desconocen en gran medida lo que consumen. Muchas de las especulaciones más extendidas entre los usuarios, incluso entre los experimentados, respecto al contenido de las «pastillas» han resultado ser erróneas. En ninguna de las muestras analizadas en los diversos laboratorios cuyos resultados hemos revisado se ha detectado la existencia de estricnina, opiáceos u otras sustancias que se mencionan en el discurso de muchos usuarios al hablar del contenido de las pastillas.

Variedad de contenidos

La variedad exterior viene acompañada de una intensa variedad en los contenidos. Hay una gran diferencia en el contenido de unas pastillas y otras. Incluso pastillas de aspecto semejante difieren a menudo en sus componentes o en la proporción o cantidad de éstos.

Casi el 80 por 100 de las pastillas y cápsulas de «éxtasis» que se consumen hoy en nuestro país podrían contener como principales principios activos uno de los cuatro derivados anfetamínicos emparentados química y farmacológicamente. Se trata de MDA, MDMA y MDEA. Recientemente se ha popularizado una cuarta, la MBDB.

La frecuencia de los tres derivados en los comprimidos usados en nuestro país sería hoy: MDMA > MDEA > MDA. La más frecuente es la MDMA («éxtasis» propiamente dicho), seguida de la MDEA, un análogo muy próximo cuya presencia ha crecido notablemente en los últimos años y, a mayor distancia, la MDA. La presencia de MDA es preocupante por su constatada toxicidad.

Recientemente se viene detectando con frecuencia otro análogo de estas sustancias, la MBDB, un pariente del MDMA que podría tener efectos similares a esta droga, pero que todavía no ha sido fiscalizado en la mayoría de los países occidentales.

Dosis de MDMA y análogas

Las oscilaciones en el contenido de principio activo son considerables. Una pastilla puede contener cuatro o cinco veces más cantidad de MDA o derivados que otra, sin que nada en su aspecto exterior lo delate. Esas variaciones son un elemento potencial a considerar en la variación de los efectos del «éxtasis» y del incremento del riesgo de su consumo.

El mayor rango de pesos lo encontramos en las muestras que contienen MBDB como principio activo, pero porque se trata también de las muestras con una mayor cantidad de principio activo por comprimido. Las mayores oscilaciones se dan proporcionalmente en las partidas que contienen MDA.

Esa variedad implica que los usuarios no saben si los efectos de una pastilla tomada hoy equivaldrán a los de otra tomada anteriormente. Un usuario acostumbrado a una cierta cantidad de pastillas puede un día consumir el triple de lo habitual sin saberlo, algo que puede ser especialmente grave en el caso de las ingestas elevadas. Los usuarios rara vez saben lo que están tomando bajo el rótulo de «éxtasis», ni en cantidad ni en contenido, por mucha seguridad que sientan al seguir fieles a alguna «marca» definida.

Otros principios activos: imitaciones y fraude:

En nuestro análisis de diversas muestras del menudeo de «éxtasis» hemos detectado que en el 20 por 100 de los casos las capsulas y comprimidos no contienen MDMA ni ninguno de sus análogos, sino otros fármacos legales e ilegales. En aproximadamente un 10 por 100 anfetamina (generalmente en forma de sulfato), metanfetamina o cafeína, y en porcentaje semejante principios con uso terapéutico reconocido y que se ofrecen en las farmacias como antihistamínicos, antialérgicos e incluso como antibióticos. En varios de los casos se trataba de medicamentos asequibles en farmacias. Por ejemplo, un compuesto que contiene teoadrenalina, que se vende en las farmacias bajo la marca «Bifort» producido por Merck, y está recomendado como analéptico cardiorrespiratorio y para tratar la hipotensión arterial. Un envase con 20 tabletas cuesta 567 pesetas. Por cada una de ellas, sin embargo, algunos usuarios de «éxtasis» han pagado 2.000 ó 3.000 pesetas.

Diluyentes y excipientes

En los comprimidos de «éxtasis» los diluyentes más frecuentes son carbohidratos, el más abundante la lactosa, seguido de la glucosa y el almidón. En algunos casos los diluyentes básicos son polioles, sobre todo manitol.

En suma, el «éxtasis» es hoy en España más de una sustancia. Se trata de una «droga» uniformemente percibida socialmente pero diversa química y farmacológicamente. Esta droga es casi siempre ofrecida en forma de comprimidos, con una gran variedad de tamaños, colores, formas e inscripciones, así como en la riqueza de sus contenidos psicoactivos. Su presentación como «pastillas» es uno de los primeros elementos a considerar en su impacto social. En la problematización de ciertos usos de drogas, las «formas» son a menudo tan importantes como los contenidos.

El «éxtasis» que se consume hoy 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 la 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 anfetamina o cafeína (en cerca del 10 por 100 de los casos), o fármacos del todo diferentes y que fraudulentamente se hacen pasar por «éxtasis».

El contenido específico de las pastillas, las oscilaciones de las dosis, la posibilidad de partidas conteniendo un derivado o productos intermedios más tóxicos y, en suma, la ignorancia de los usuarios de lo que realmente toman, así como las amplias lagunas en nuestro conocimiento de los efectos reales de estas sustancias, tornan la expansión del consumo de «éxtasis» en un potencial problema de salud pública.

PROBLEMAS ASOCIADOS AL USO DE «ÉXTASIS»

Los riesgos y problemas asociados al consumo de «éxtasis» conforman un área fundamental de debate respecto a la naturaleza de estas sustancias, así como a su adecuado *status* legal. Los datos sobre este aspecto cobran una especial relevancia en una situación en la que, como hemos visto en los capítulos anteriores, se combinan tres factores socioculturales de forma, en gran manera paradójica: el crecimiento exponencial del consumo de una sustancia cuya manufactura y venta ha sido prohibida, por lo que se fabrica y distribuye clandestinamente y sin controles ni garantías de calidad, y el desconocimiento de los efectos de estas sustancias en humanos, pues nunca antes habían sido usadas por tantas personas en contextos y maneras tan variopintas. Esa combinación de prohibición, popularización y lagunas farmacológicas convierte la extensión del «éxtasis» en un masivo experimento en el que miles de ciudadanos, la mayoría jóvenes, aportan sus organismos como elemento de prueba. Por eso es importante ir recogiendo, evaluando y discutiendo los datos que van apareciendo sobre los problemas sanitarios y sociales que se asocian más o menos directamente al consumo de estas sustancias.

Neurotoxicidad y posibles daños irreversibles

Se ha demostrado que la MDMA produce una depleción prolongada de los niveles de serotonina o sus metabolitos en el sistema nervioso central de diversas especies animales analizadas en laboratorio, incluidos varios primates no humanos (véase Ricaurte *et al.*, 1985, 1992). Se ha inferido que esa caída indicaría un patrón neurodegenerativo específico de la transmisión serotoninérgica en esas especies, aunque hay considerable polémica respecto al significado de esa depleción serotoninérgica. Por otra parte, se ha realizado un experimento *post-test* comparando a 30 seres humanos que habían tomado MDMA una media de 94,4 veces a lo largo de su vida con 28 personas que no habían tomado nunca esta droga, y se observaron significativas caídas en los niveles de ácido 5-hidroxi-indolacético, el principal metabolito de la serotonina en los usuarios de «éxtasis» (McCann *et al.*, 1994). No es posible concluir, sin embargo, que la MDMA sea una sustancia neurotóxica a las dosis activas usuales a partir de las evidencias con las que contamos y que han sido seriamente cuestionadas (Grob *et al.*, 1990, 1992). Dada la importancia de esta cuestión, esperamos que se reiteren los estudios controlados de esta sustancia. La inclusión de la MDMA y sus análogos en las listas más restrictivas del control internacional de psicoactivos no favorece el que tales estudios se realicen de forma abierta por equipos competitivos.

Riesgos para la salud

Se ha comprobado que la MDMA y sus congéneres puede producir daños físicos y psíquicos importantes en algunas personas. Un 20 por 100 de los usuarios reconocen haber sufrido en alguna ocasión reacciones adversas de cierta importancia tras la ingesta de «éxtasis». En la literatura médica se han descrito diversas reacciones adversas graves (que requirieron el ingreso del usuario en un servicio de urgencias o su hospitalización) causadas por la ingesta, a veces de dosis únicas, de MDMA o análogas. Las más frecuentes han sido las siguientes:

1) **Hipertermias malignas**, acompañadas de coagulopatías y/o rabdomiólisis y, a veces, insuficiencia renal aguda (Brown y Osterloh, 1987; Chadwick *et al.*, 1991; Campkin y Davis, 1992; Henry *et al.*, 1992; Fehal *et al.*, 1992; Screamton *et al.*, 1992; Watson *et al.*, 1993; Cregg y Tracey, 1993; Milroy, Clark y Forrest, 1996; Coore, 1996; Iwersen y Schmoldt, 1996; Cox y Williams, 1996; Fineschi y Masti, 1996; Dimirkiran *et al.*, 1996; Ellis *et al.*, 1996). En algunos casos estos efectos han llegado a ocasionar la muerte de la persona.

2) **Accidentes cerebro-vasculares**: hemorragias, trombosis e infartos cerebrales (Harries y De Silva, 1992; Gledhill *et al.*, 1993; Hughes *et al.*, 1993; Machanda y Connolly, 1993; Rothwell y Grant, 1993).

3) **Hiponatremias**, tanto dilucionales (a causa de un consumo excesivo de agua), como debidas a una secreción inadecuada de ADH. Las descripciones que se han hecho suelen ir acompañadas de estados catatónicos temporales (Maxwell *et al.*, 1993; Satchell y Connaughton, 1994; Kessel, 1993; Holden y Jackson, 1996).

4) **Insuficiencias hepáticas agudas**. La mayoría requirieron trasplantes totales o parciales de hígado, y algunas tuvieron resultado de muerte (Henry *et al.*, 1992; Shearman *et al.*, 1992; Gorard *et al.*, 1992; Ijermans *et al.*, 1992; De Mann *et al.*, 1992; Khakoo *et al.*, 1995; Dykhuizen *et al.*, 1995; Muniesa y Royo, 1995; Ellis *et al.*, 1996; Milroy, Clark y Forrest, 1996; Coore, 1996).

La mayoría de las reacciones adversas que se han producido tienen que ver con una cierta predisposición de los sujetos que las experimentaron (alergias, lesiones previas, etc.), consumos excesivos (que podrían calificarse como sobredosis) o consumos regulares intensivos. Esto no quiere decir que todos los consumos excesivos o regulares produzcan necesariamente una reacción adversa aguda. Este tipo de reacciones tienen un carácter más bien excepcional. Hay bastantes personas que han llegado a ingerir hasta 20 ó 30 comprimidos de «éxtasis» en un fin de semana sin sufrir ninguna de estas reacciones adversas. Por otra parte, para algunas personas alérgicas a los derivados anfetamínicos, una pequeñísima cantidad de «éxtasis» puede ser suficiente para experimentar una reacción anafiláctica de graves consecuencias.

Al analizar los problemas de salud de los usuarios españoles hemos comprobado que algunos han sufrido algunas de estas reacciones adversas. Aunque resulta muy difícil, y a veces es imposible, demostrar el papel que la MDMA o sus congéneres han podido jugar en el desencadenamiento de muchas de esas reacciones, no se puede descartar la existencia de alguna influencia, sobre todo en consumidores regulares e intensivos.

Parece que uno de los potenciales peligros del consumo de MDMA y análogos es el riesgo de alteraciones psiquiátricas en la conducta de algunos individuos. El consumo de MDMA se ha relacionado con tres tipos de dolencias psiquiátricas: crisis de ansiedad, trastornos depresivos y alteraciones psicóticas (véanse Camí y Farré, 1995, o Bobes *et al.*, 1995, para un repaso de la literatura a este respecto). A pesar de la reciente introducción de esta droga en nuestro país, hemos encontrado una decena de casos de usuarios que ya han tenido que ser internados temporalmente en centros de salud mental a causa de trastornos psiquiátricos ocasionados o agravados por el consumo de «éxtasis». La patología psiquiátrica más común entre los usuarios de «éxtasis» que han experimentado este tipo de problemas son las crisis de angustia, que en alguno de los casos de nuestro estudio ha derivado en un trastorno por ansiedad. En varios casos se les diagnosticaron trastornos psicóticos con síntomas de despersonalización, desrealización, celopatía y delirios de contenido persecutorio. También hemos hallado usuarios con trastornos depresivos menores, y en algunos casos con ideas de suicidio.

Muertes relacionadas con el consumo de MDMA y análogos

En la literatura médica internacional se han reseñado al menos 37 casos de fallecimientos imputados al consumo de MDMA y/o MDEA (Dowling *et al.*, 1987; Dowling, 1990; Suárez y Riemersma, 1988; Chadwick *et al.*, 1991; Campkin y Davis, 1992; Screaton *et al.*, 1992; Rohrig y Prouty, 1992; Henry *et al.*, 1992; Harries y De Silva, 1992; Watson *et al.*, 1993; Cregg y Tracey, 1993; Forrest *et al.*, 1994; Squier *et al.*, 1995; Milroy, Clark y Forrest, 1996; Coore, 1996; Iwersen y Schmoldt, 1996; Cox y Williams, 1996; Fineschi y Masti, 1996; Ellis *et al.*, 1996; Balanzó *et al.*, 1996). Las muertes que se han producido a causa del uso de «éxtasis» han sido producto de una reacción alérgica, un golpe de calor o un fallo hepático agudo. Aunque no existe una relación comprobada entre el grado de gravedad de la reacción y la dosis, la intensidad y la frecuencia del uso, cada vez parece más claro que los usos regulares e intensivos pueden ser causa de daños hepáticos graves, mientras que los meros consumos episódicos pueden ser suficientes para que algunos individuos predispuestos experimenten una reacción anafiláctica idiosincrásica, o para que cualquier persona pueda sufrir un golpe de calor, sobre todo cuando ingiere la droga en atmósferas con un grado de humedad y una temperatura elevadas —como ocurre en ciertas discotecas y locales de baile— y desarrolla una intensa actividad física —por ejemplo, bailar durante horas—. Por otra parte, en un número significativo de casos, la muerte podría haberse debido a la ingesta de dosis altas de MDMA o MDEA, ya que en los análisis toxicológicos realizados a las víctimas se descubrieron concentraciones en sangre de estas sustancias de hasta 4 mg por litro (lo que podría significar que habrían tomado hasta 2.000 mg de alguna de ellas).

Los datos recopilados en nuestro estudio confirman que en España se han producido muertes asociadas a intoxicaciones producidas por MDMA y análogos. Hemos contrastado la existencia de al menos 14 fallecimientos entre 1989 y 1995 de personas que habían consumido MDMA u otros derivados anfetamínicos de sustitución, la mayoría de las veces en combinación con otras sustancias psicoactivas, incluidas las

bebidas alcohólicas. En 13 de los casos se encontró en los análisis de fluidos o tejidos de las víctimas restos de MDMA y/o sus congéneres.

Seis de las personas fallecidas eran muy jóvenes, con edades comprendidas entre los diecisiete y veinte años, y los fallecimientos se produjeron en cuatro de las regiones donde existe un mayor consumo de «éxtasis»: la costa levantina (Valencia y Alicante), Cataluña (Barcelona), la Comunidad de Madrid y las islas Baleares (concretamente Ibiza). Ninguna había tomado heroína y sólo una de las seis había ingerido también cocaína. Según los análisis forenses, uno de los 14 fallecidos sólo había consumido MDMA. Otros dos habían tomado MDEA y alcohol, y un cuarto había ingerido MDEA, PMMA y alcohol. Estas muertes se produjeron coincidiendo con el período de vulgarización de este tipo de drogas en España (1992-1995).

Conducción y accidentes de tráfico

La mayoría de los usuarios piensan que existe cierta relación entre el consumo de «éxtasis» y los accidentes de tráfico, sobre todo aquellos que se producen durante los fines de semana. Sin embargo, esta percepción de los riesgos que comporta conducir bajo los efectos de esta droga no ha hecho que las personas que las consumen adopten algún tipo de precauciones al respecto. El 75 por 100 declaran haber viajado en alguna ocasión en un automóvil conducido por alguien que había tomado «éxtasis». Más aún, 106 usuarios de nuestro estudio reconocieron haber conducido ellos mismos alguna vez bajo los efectos del «éxtasis».

También son mayoría los usuarios que consideran que la conducción es distinta cuando se está bajo los efectos de esta droga. Para unos pocos la conducción se vuelve más placentera y, por ello, engañosamente segura. Pero la mayoría consideran que el «éxtasis» disminuye las capacidades para una conducción segura: con la euforia disminuye la sensación de peligro y se toman menos precauciones; se reducen la capacidad de concentración, los reflejos y la visibilidad; aumenta el tiempo de reacción; produce luminiscencias y, en ocasiones, alucinaciones visuales y acústicas; en la bajada, provoca sueño. A esos efectos directos del «éxtasis», que aumentan el riesgo de conducir tras haberlo ingerido, deben agregarse como factores de riesgo añadido las condiciones en las cuales suelen conducir las personas que lo consumen: de noche, cansadas, con el sonido de la radio a todo volumen y en vehículos muchas veces repletos de gente que pueden distraer al conductor.

Aunque es muy difícil dar una cifra aproximada del índice de siniestralidad entre los usuarios de «éxtasis», sí podemos decir que podría ser bastante más elevado que entre los no usuarios y que convendría tenerse en cuenta en los análisis de alcoholemia. Trece usuarios de nuestro estudio reconocieron haber sufrido accidentes de tráfico mientras conducían bajo los efectos del «éxtasis», y en un caso pudimos observar *in situ* cómo uno de estos conductores se salía dos veces de la carretera mientras conducía bajo los efectos de estas sustancias.

Relaciones sexuales más arriesgadas

Los usuarios de «éxtasis» parecen arriesgarse más en sus relaciones sexuales cuando están bajo los efectos de esta droga, tomando menos precauciones que habitualmente para evitar embarazos no deseados o enfermedades de transmisión sexual.

Al preguntar a las personas que habían tenido relaciones sexuales después de ingerir «éxtasis» (53 mujeres y 103 hombres) si habían tomado menos precauciones de las habituales para prevenir embarazos o enfermedades de transmisión sexual, un 24 por 100, casi un tercio de las personas que respondieron a la pregunta, lo hicieron afirmativamente.

Como en las otras ocasiones en que se preguntó a los usuarios por los comportamientos sexuales, hubo algunas diferencias significativas ($p = 0,066$) en las respuestas de ambos géneros. El porcentaje de no respuestas fue algo más del doble en los hombres que en las mujeres. Además, las mujeres que reconocieron haber mantenido relaciones sexuales más arriesgadas a causa del «éxtasis» fueron un 10 por 100 más que los hombres. Sin embargo, sería erróneo inferir a partir de estos datos que las mujeres que toman «éxtasis» se arriesgan más en sus relaciones sexuales que los hombres que consumen la misma droga. En lugar de esto, lo que estos datos reflejan es la mayor preocupación de las mujeres por los riesgos que conllevan las relaciones sexuales sin tomar precauciones, sobre todo para prevenir embarazos no deseados. Los usuarios de «éxtasis» masculinos no consideran tan arriesgado como las mujeres mantener relaciones sexuales sin usar preservativo. Teniendo en cuenta estas ideas de los usuarios masculinos, cabe esperar que el porcentaje de personas que practican el sexo con más riesgos cuando toman «éxtasis» sea superior al reconocido por los propios usuarios. Las mujeres resultan más fiables al hablar de estos temas, por lo que el porcentaje de mujeres que reconocen haber mantenido relaciones sexuales más arriesgadas, un 30 por 100, puede utilizarse como un indicador general probablemente más cercano a la realidad.

BIBLIOGRAFÍA CITADA

- ABBOTT, A., y CONCAR, D. (1992), «A trip into the unknown», *New Scientist*, August, núm. 29, pp. 30-34.
- ADLER, P. A. (1985), *Wheeling and Dealing. An Ethnography of an Upper-Level Drug Dealing and Smuggling Community*, New York, Columbia University Press.
- AGOUSTINOS M., y WALKER, I. (1995), *Social Cognition: An Integrated Introduction*, Londres, Sage.
- ALI, S. F.; NEWPORT, G. D.; SCALLET, A. C.; BINH NDA, Z.; FERGUSON, S. A.; BAILEY, J. R.; PAULE, M. G., y W. SLIKKER (1993), «Oral administration of 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA) produces selective serotonergic depletion in the nonhuman primate», *Neurotoxicology and teratology*, núm. 15, pp. 91-96.
- ÁLVAREZ ROLDÁN, A.; GAMELLA, J. F., y SÁNCHEZ JIMÉNEZ, J. (1997), «"Ecstasy" in Spain: Trends and patterns of use», *Illicit Drugs in Europe. Proceedings of the VIth Annual Conference on Drug Use and Drug Policy*, Amsterdam, en prensa.
- ALLEN, R. P.; MCCANN, U. D., y RICAURTE, G. A. septiembre de 1993, «Persistent effects of (+ -)3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA, "ecstasy") on human sleep», *Sleep*, núm. 16 (6), pp. 560-564.
- AMES, D., y WIRSHING, W. C. (1993), «Ecstasy, the serotonin syndrome, and neuroleptic malignant syndrome- a possible link?», *JAMA*, núm. 269 (7), pp. 869-870.
- BACHMAN, J. G.; JOHNSTON, L. D., y O'MALLEY, P. M. (1981), «Smoking, drinking and drug use among American high school students: correlates and trends», *Am J Public Health*, núm. 71 (1), pp. 59-69.
- BALANZÓ, X.; RAFEL, J.; DE LA TORRE, R., y J. CAMÍ (1996), «Intoxicación aguda mortal por metilendioxianfetamina», *Medicina Clínica*, núm. 106 (18).
- BARRETT, P. J., y TAYLOR, G. T. (1993), «Ecstasy ingestion: a case report of severe complications», *Journal of the Royal Society of Medicine*, núm. 86 (4), pp. 233-234.
- BARRIO, G., DE LA FUENTE, y CAMÍ, J., (1993), «El consumo de drogas en España y su posición en el contexto europeo», *Medicina Clínica (Barcelona)* núm. 101, pp. 344-355.
- BECK, J.; HARLOW, D.; MCDONNELL, D.; MORGAN, P. A.; ROSENBAUM, M., y WATSON, L. (1989), *Exploring Ecstasy: A Description of MDMA Users*, San Francisco, California, Institute for Scientific Analysis.
- BECK, J.; y MORGAN, P. A. (1986), «Designer Drug Confusion: A focus on MDMA», *Journal of Drug Education*, núm. 16 (3), pp. 267-282.
- BECK, J., y ROSENBAUM, M. (1994), *Pursuit of Ecstasy The MDMA Experience*, New York, State University of New York Press.

- BECK, J., y ROSENBAUM, M. (1990), «The Scheduling of MDMA ("Ecstasy")», en *Handbook of Drug Control in the United States*, J. A. Inciardi, pp. 303-316, New York, Pergamon Press.
- BENAZZI, F., y MAZZOLI, M. (1991), «Psychiatric-illness associated with ecstasy», *LANCET*, núm. 338 (8781), p. 1520.
- BENGOECHEA, A.; BATLLE, C., y BATLLE, A. (1993), «Análisis cuantitativo de 3,4-metilendio-xianfetamina y sus derivados por HPTLC. Estudio de aprehensiones en Cataluña entre 1985 y 1992», *II Congreso Iberoamericano de Toxicología y X Jornadas Toxicológicas Españolas. 27-30 de septiembre de 1993*.
- BERNARD, H. R. (1994), *Research Methods in Anthropology: Qualitative and Quantitative Approaches*, Thousand Oaks, C.A.: Sage.
- BERNARD, H. R.; KILLWORTH, P. D.; KRÖNFELD, D., y SAILER, L. (1984), «The Problem of Informant Accuracy: The Validity of Retrospective Data», *Annual Review of Anthropology*, núm. 13, pp. 495-517.
- BIERNACKI, P., y WALDORF, D. (1981), «Snowball Sampling. Problems and Techniques of Chain Referral Sampling», *Sociological Methods and Research*, núm. 10 (2), pp. 141-163.
- BLASCO MASCARÓ, I., et al. (1991), «MDMA "éxtasis": revisión y puesta al día», *Rev. Esp. Drogodep.*, núm. 16 (2).
- BLESS, R., KORF, D. J., y FREEMAN, M. (1995), «Open Drug Scenes: A Cross-National Comparison of Concepts and Urban Strategies», *European Addiction Research*, núm. 1, pp. 128-138.
- BLUM, L. H. (1966), «The discotheque and the phenomenon of alone-togetherness: A study of the young person's response to the Frug and comparable current dances», *Adolescence*, núm. 1.
- BOBES, J. Ed. (1995), *Éxtasis. Aspectos farmacológicos, psiquiátricos y médico-legales*, Barcelona, Ediciones en Neurociencias.
- BOBES, J.; SAIZ, P. A.; GONZÁLEZ, M. P.; BOUSOÑO, M., y HERRERO, S. (1994), «Aspectos médico-legales del éxtasis (MDMA)», *Adicciones*, núm. 6 (4), pp. 423-435.
- BRAVO, P. M., y DE LA FUENTE (1991), «Epidemiología de la infección por VIH en los usuarios de drogas por vía parenteral», *SESIDA* 2 (8), pp. 337-342.
- BROWN, C. R.; MCKINNEY, H.; OSTERLOH, J. D., et al. (1986), «Severe reactions to 3,4-methylendioxyamphetamine», *Vet. Hum. Tox.*, núm. 28 (5), p. 490.
- BROWN, C., y OSTERLOH, J. (1987), «Multiple severe complications from recreational ingestion of MDMA ("Ecstasy")», *JAMA*, núm. 258, pp. 780-781.
- BRIDEN, A. A.; ROTHWELL, P. J. N., y OREILLY, P. H. (1995), «Urinary Retention with Misuse of Ecstasy», *British Medical Journal*, núm. 310 (6978), p. 504.
- BUFFUM, J. (1988), «Substance abuse and high-risk sexual behavior: drugs and sex-The dark side», *Journal of Psychoactive Drugs*, núm. 20 (2), pp. 165-168.
- BUFFUM, J., y MOSER, C. (1986), «MDMA and human sexual function», *Journal of Psychoactive Drugs*, núm. 18 (4), pp. 355-361.
- CARRERA BONET, R., y DEL RÍO MUÑOZ, P. A. (1994), «Drogas anfetamínicas de diseño. Revisión toxicológica», *Revista de Toxicología*, núm. 11, pp. 49-57.
- CALLAWAY, E. (1986), «The biology of human information processing», *Journal of Psychoactive Drugs*, núm. 18 (4), pp. 315-318.
- CAMÍ, J. (1987), «Drogues de disseny: un nou repte», *Ciència*, núm. 61/62, pp. 425-428.
- (1995), *Farmacología y toxicidad de la MDMA (Éxtasis)*, Barcelona, Ediciones en Neurociencias.
- (1989a), «Methyl-Phenyl-Tetrahydropyridine Neurotoxicity: from clandestine drug synthesis to a model for Parkinson's disease», en *Cocaine, Marijuana, and Designer Drugs: Chemistry, Pharmacology and Behavior*, eds. K. Redda, C. Walker, y G. Barnett, pp. 201-209. Boca Raton, CRC Press.
- (1989b), «Síntesis clandestina de drogas: pasado, presente y futuro», *Política Científica*, núm. 19, pp. 18-21.

- (1990), «Síntesis clandestina de drogas: pasado, presente y futuro», *Medicina Clínica*, núm. 95, pp. 344-347.
- CAMI, J., y FARRÉ, M. (1995), «Éxtasis, la droga de la Ruta del Bakalao», *Medicina Clínica*
- CAMPBELL, D. T. (1957), «Factors relevant to the validity of experiments in social settings», *Psychological Bulletin*, núm. 54, pp. 297-312.
- CAMPKIN, N. T. A., y DAVIES, U. M. (1992), «Another death from ecstasy», *Journal of the Royal Society of Medicine*, núm. 85 (1), p. 61.
- CAPDEVILA, M. (1995), *MDMA o el éxtasis químico*. Barcelona, Libros de la liebre de marzo.
- CIS (CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS) (1994), *Opiniones y comportamiento de los españoles ante el consumo de drogas, tabaco y alcohol*, Madrid, Estudio núm. 2.080.
- COHEN, R. S. (1996), «Adverse symptomatology and suicide associated with the use of methylenedioxymethamphetamine (MDMA; "ecstasy")», *Biol. Psychiatry*, núm. 39, pp. 819-820.
- COHEN, S. (1972), *Folk devils and moral panics: the creation of the Mods and Rockers*, London, MacGibbon & Kee.
- COHEN, S., y SCULL, A. (1983), *Social Control and the Modern State: Comparative and Historical Essays*, Oxford, Martin Robertson.
- COHEN, S., y YOUNG, J. (1981), *The Manufacture of News: Social Problems, Deviance, and Mass Media*, Beverly Hills, Calif., Sage.
- COMAS ARNAU, D. (1995), «Drogas de diseño: cambio de ciclo», *Encuentros Intercentros PPD. (Programa de prevención de drogodependencias en centros educativos de la Comunidad de Madrid)*.
- (1985), *El uso de drogas en la juventud*, Madrid, Ministerio de Cultura.
- COOK, A. (1995), «Ecstasy (MDMA): alerting users to the dangers», *Nursing Times*, núm. 91 (16), pp. 32-33.
- COORE, J. R. (1996), «A fatal trip with ecstasy: a case of 3,4 methylenedioxymethamphetamine/3,4-methylenedioxymethamphetamine toxicity», *Journal of the Royal Society of Medicine*, núm. 89 (1), pp. 51P-52P.
- COURTWRIGHT, D. T. (1982), *Dark Paradise: Opiate Addiction in America before 1940*, Cambridge, Mass., Harvard University Press.
- COX, D. E., y WILLIAMS, K. R. (1996), «"Adam" or "Eve": a toxicological conundrum», *Forensic Science International*, núm. 77, pp. 101-108.
- CREGG, M. T., y TRACEY, J. A., julio 1993, «Ecstasy abuse in Ireland», *Irish Medical Journal*, núm. 86 (4), pp. 118-120.
- CREIGHTON, F. J.; BLACK, D. L., y HYDE, C. E. (1991), «Ecstasy Psychosis and Flashbacks», *British Journal of Psychiatry*, núm. 159 (nov.), pp. 713-715.
- CHADWICK, I. S.; CURRY, P. D.; LINSLEY, A.; FREEMONT, A. J., y DORAN, B. (1991), «Ecstasy, 3-4 methylenedioxymethamphetamine (MDMA), a fatality associated with coagulopathy and hyperthermia», *Journal of the Royal Society of Medicine*, núm. 84 (6), p. 371.
- DE KONING, C. (1988), *De ontwikkeling van de Nederlandse ecstasymarkt. De ontwikkeling van de Nederlandse ecstasymarkt sinds de strafbaarstelling in november*, Amsterdam, Criminologisch Instituut «Bonger», Universiteit van Amsterdam.
- DE LA FUENTE, L.; BARRIO, G.; VICENTE, J.; BRAVO, M. J., y SANTACREU, J. (1995), «The impact of drug-related deaths on mortality among young adults in Madrid», *American Journal of Public Health*, núm. 85 (1), pp. 102-105.
- DE LA FUENTE L.; RODRÍGUEZ, M. A.; VICENTE, J.; SÁNCHEZ, J., y BARRIO, G. (1997), «Epidemiología del consumo de drogas de diseño en España», *Medicina Clínica (Barcelona)*, núm. 108, pp. 54-61.
- DE MANN, R. A.; WILSON, J. H. P., y TJEN, S. L. M. (1993), «Acute liver failure caused by methylenedioxymetamphetamine ("ecstasy")» *Ned Tijdschr Geneesk.*, núm. 137, pp. 727-729.
- DEA (DRUG ENFORCEMENT ADMINISTRATION), «Drug and Chemical Evaluation Section (1995), Methylphenidate (A Background Paper)», *U.S. Department of Justice*, 28 pp.

- DEL CASON, T. A. (1989), «The Characterization of Some 3,4-Methyl-enedioxyphenlisopropamine (MDA) Analogs», *Journal of Forensic Sciences*, núm. 39 (4).
- (1990), «An evaluation of the potential for clandestine manufacture of 3,4-methylenedioxyamphetamine (MDA) analogs and homologs», *Journal of Forensic Sciences*, núm. 35 (3), pp. 675-697.
- DEMIRKIRAN, M.; JANKOVIC, J., y DEAN, J. M. (1996), «Ecstasy intoxication: An overlap between serotonin syndrome and neuroleptic malignant syndrome», *Clinical Neuropharmacology*, núm. 19 (2), pp. 157-164.
- DENZINI, N. K. (1989), *The research act. A theoretical introduction to sociological methods*, Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- DGPND (DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS) (1991), *Problemas de drogas: Valoración de necesidades locales* · Drug Indicators Project, 1985, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- (1992), *Informe anual, 1991*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- (1993), *Informe anual, 1992*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- (1994), *Informe anual, 1993*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- (1994), *Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 93*, Madrid.
- (1995), *Encuesta escolar sobre drogas, 1994*, Madrid, CUANTER/DGPND.
- DÍAZ, A.; BARRUTI, M., y DONCEL, C. (1992), *The lines of success?: A study on the nature and extent of cocaine use in Barcelona*, Barcelona, Laboratori de Sociologia. Ajuntament de Barcelona.
- DORN, N.; MURJI, K., y SOUTH, N. (1992), *Traffickers: Drug markets and law enforcement*, London, Routledge.
- DORN, N., y SOUTH, N. (1989), «Drug and leisure, prohibition and pleasure: From subculture to the drugalogue», *Leisure for leisure*, ed. C. Rojek, London, Macmillan.
- DOUGLAS, M. (1991), «The idea of a home: A kind of space», *Social Research*, núm. LVIII/1 (spring), pp. 287-307.
- DOWLING, G. P.; McDONOUGH, E. T., y BOST, R. O. (1987), «“Eve” and “Ecstasy”: a report of five deaths associated with the use of MDEA and MDMA», *JAMA*, núm. 257 (12), pp. 1615-1617.
- DOWLING, G. P. (1990), «Human deaths and toxic reactions attributed to MDMA and MDEA», *Ecstasy: The Clinical, Pharmacological and neurotoxicological Effects of the Drug MDMA*, ed. J. S. Peroutka, Boston, Kluwer Academic Publishers.
- DOWNING, J. (1986), «The psychological and physiological effects of MDMA on normal volunteers», *Journal of Psychoactive Drugs*, núm. 18 (4), pp. 335-340.
- DOWSETT, R. P. (1996), «Death attributed to “ecstasy” overdose», *Medical Journal of Australia*, núm. 164 (11), p. 700.
- DRAKE, W. M., y BROADHURST, P. A. (1996), «QT-interval prolongation with ecstasy», *South African Medical Journal*, núm. 86 (2), pp. 180-181.
- DYKHUIZEN, R. S.; BRUNT, P. W.; ATKINSON, P.; SIMPSON, J. G., y SMITH, C. C. (1995), «Ecstasy induced hepatitis mimicking viral hepatitis», *Gut*, núm. 36, pp. 939-941.
- EDIS (1987), *Los andaluces ante las drogas, I, 1987*, Sevilla, Junta de Andalucía, Comisionado para la Droga.
- (1989), *Los andaluces ante las drogas, II, 1989*, Sevilla, Junta de Andalucía, Comisionado para la Droga.
- (1992), *Los andaluces ante las drogas, III, 1992*, Sevilla, Junta de Andalucía, Comisionado para la Droga.
- (1994), *Encuesta sobre características. Actitudes y opiniones de usuarios de drogas que actualmente no están en tratamiento*, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Madrid.
- (1995), *Los andaluces ante las drogas, IV, 1995*, Sevilla, Junta de Andalucía, Comisionado para la Droga.

- EISNER, B. (1989), *Ecstasy: The MDMA Story*, Berkeley, Ronin Press.
- ELLIS, A. J.; WENDON, J. A.; PORTMANN, P., y WILLIAMS, R. (1996), «Acute liver damage and ecstasy ingestion», *Gut*, núm. 38 (3), pp. 454-458.
- ESCOHOTADO, A. (1989), *Historia general de las drogas* (3 vols.), Madrid, Alianza Editorial.
- FAHAL, I. H.; SALLOMI, D. F.; YAQOUB, M., y BELL, G. M. (1992), «Acute-renal-failure after ecstasy», *British Medical Journal*, núm. 305 (6844), p. 29.
- FARRE ALBALADEJO, M. (1989), «Complicaciones neurológicas de las toxicomanías. Aspectos generales. Complicaciones por "cannabis", drogas de diseño y sustancias volátiles», *Arch. de Neurobiol.*, núm. 52, pp. 143-148.
- FARRELL, M. (1989), «Ecstasy and the oxygen of publicity», *British Journal of Addiction*, núm. 84 (8), p. 943.
- FINESCHI, V., y MASTI, A. (1996), «Fatal poisoning by MDMA (ecstasy) and MDEA: a case report», *International Journal of Legal Medicine*, núm. 108 (5), p. 272.
- FINNEGAN, K. T.; RICAURTE, G. A.; RICHTIE, L. D.; IRWIN, I., PEROUTKA, S., y LANGSTON, J. W. (1988), «Orally administered MDMA causes a long-term depletion of serotonin in rat brain», *Brain Research* (447), pp. 141-144.
- FISHMAN, M. (1978), «Crime Waves as Ideology», *Social Problems*, núm. 25 (5).
- FISKE, S. T., y TAYLOR, S. E. (1991), *Social Cognition (2nd. ed.)*, New York, McGraw Hill.
- FORREST, A. R. W.; GALLOWAY, J. H.; MARSII, I. D.; STRACIAN, G. A., y CLARK, J. C. (1994), «A fatal overdose with 3,4-methylenedioxyamphetamine derivatives», *Forensic Science International*, núm. 64, pp. 57-59.
- FORSYTH, A. J. M. (1996), «Places and patterns of drug use in the Scottish dance scene», *Addiction*, núm. 91 (4), pp. 511-521.
- FRANK, R. S. (1983), «The clandestine drug laboratory situation in the United States», *Journal of Forensic Sciences*, núm. 28 (1), pp. 18-31.
- FRANZOSI, R. (1987), «The press as a source of socio historical data: Issues in the methodology of data collection from newspapers», *Historical Methods*, núm. 20 (1), pp. 5-16.
- FRASER, A.; GAMBLE, L., y KENNETT, P. (1992), «Ino the pleasuredome», *The ecstasy papers. A collection of ISDD's publications on the dance drugs phenomenon*, ed. M. Ashton, London, Institute for the Study of Drug Dependence (ISDD).
- FRITH, S., y HORNE, H. (1987), *Art into pop*, London, Methuen.
- FUNES, J., y ROMANÍ, O. (1985), *Dejar la heroína. Vivencias, contenidos y circunstancias de los procesos de recuperación*, Madrid, Dirección General de Acción Social.
- GAMELLA, J. F. (1989), *La Peña de La Vaguada. Análisis etnográfico de un proceso de marginación juvenil*, Ph.D. diss., Autónoma de Madrid, Madrid.
- (1989), «The World Through a Needle. The Expansion of Intravenous Drug Abuse in Post-Franco Spain», *Annual Meeting, Society for Applied Anthropology*.
- (1990), *La historia de Julián. Memorias de heroína y delincuencia*, Madrid, Editorial Popular.
- (1991), «Drogas: La lógica de lo endovenoso», *Claves de Razón Práctica*, (18), pp. 72-80.
- (1993), «Los heroínómanos de un barrio de Madrid: Un estudio cuantitativo mediante métodos etnográficos», *Antropología*, núm. 4-5, pp. 57-101.
- (1994), «The Spread of IV Drug Use and AIDS in a Neighborhood in Spain», *Medical Anthropology Quarterly*, núm. 8.
- (1997), «Heroína en España, 1977-1996. Balance de una crisis de drogas», *Claves de Razón Práctica*, p. 71 (en prensa).
- (1997b), «Métodos cualitativos avanzados en la investigación sobre acción social», IV Congreso Nacional sobre el sida, *SEISIDA*, núm. 8 (4), pp. 57-101.
- GAMELLA, J. F.; ÁLVAREZ ROLDÁN, A., y ROMO AVILÉS, N. (1997), «The content of "ecstasy" in Spain. Chemical realities and public representations», *Illicit drugs in Europe. Proceedings of the VIth Annual Conference on Drug Use and Drug Policy. Amsterdam* (en prensa).
- (1997a), «Éxtasis (MDMA) en España: usuarios y pautas de uso», *Revista Proyecto*, núm. 19, pp. 15-20.

- (1997b), «¿Qué contienen las “pastillas de colores”? Perfil químico del éxtasis», *Revista Proyecto*, núm. 21, pp. 10-14.
- GAMELLA, J. F., y MENESES, C. (1993), «Estrategias etnográficas en el estudio de poblaciones ocultas: Censo intensivo de los heroínómanos de cuatro barrios de Madrid», *Drogodependencias*, Ed. D. Comas, Madrid, Colegio de Ciencias Políticas y Sociología.
- GERSTEIN, D. R., y GREEN, L. W. (1993), *Preventing drug abuse. What do we know?*, Washington D. C., National Academic Press.
- GFROERER, J. (1985), «Influence of Privacy on Self-Reported Drug Use by Youths, *Self-Report Methods of Estimating Drug Use: Meeting Current Challenges to Validity*, eds. ROUSE, B. A., y RICHARDS, L. G., 22-31, Rockville, MD: NIDA. National Institute of Drug Abuse.
- GIDDENS, A. (1990), *The Consequences of Modernity*, Stanford, Stanford University Press.
- GILMAN, M. (1992), «Beyond opiates... and into the '90s», *The ecstasy papers. A collection of ISDD's publications on the dance drugs phenomenon*, M. Ashton, London, Institute for the Study of Drug Dependence (ISDD).
- GLEDHILL, J. A.; MOORE, D. F.; BELL, D., y HENRY J. A. (1993), «Subarachnoid hemorrhage associated with MDMA abuse», *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*, núm. 56 (9), pp. 1036-1037.
- GONZÁLEZ DURO, E. (1978), *Consumo de drogas en España*, Madrid, Villalar.
- GOODE, E., y BEN-YEHUDA, N. (1994), *Moral Panics: The Social Construction of Deviance*, Cambridge, Massachusetts, Blackwell.
- GORARD, D. A.; DAVIES, S. E., y CLARK, M. L. (1992), «Misuse of Ecstasy», *British Medical Journal*, núm. 305 (6848), p. 309.
- GOTFRIT, L. (1988), «Women dancing back: Disruption and the politics of pleasure», *Journal of Education*, núm. 170 (3).
- GOUZOULIS, E.; VONBARDELEBEN, U.; RUPP, A.; KOVAR, K. A., y HERMLE, L. (1993), «Neuroendocrine and cardiovascular effects of MDE in healthy-volunteers», *Neuropsychopharmacology*, núm. 8 (3), pp. 187-193.
- GRANQUIST, L. (1995), «Neurochemical markers and MDMA neurotoxicity», *Internet: Multi-disciplinary Association for Psychedelic Studies*.
- GREER, G., y TOLBERT, R. (1986), «Subjective Reports of the Effects of MDMA in a Clinical Setting», *Journal of Psychoactive Drugs*, núm. 18 (4), pp. 319-329.
- GRINSPOON, L., y BAKALAR, J. B. (1994), «The war on drugs. A peace proposal», *The New England Journal of Medicine*, núm. 330 (5), pp. 357-360.
- GROB, C. S.; BRAVO, G. L.; WALSH, R. N., y LIESTER, M. B. (1992), «The MDMA-neurotoxicity controversy: implications for clinical research with novel psychoactive drugs», *Journal of Nervous and Mental Disease*, núm. 180 (6), pp. 355-356.
- GROB, C., BRAVO, G., y WALSH, R. (1990), «Thoughts on 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA) neurotoxicity», *Arch. Gen. Psychiatry*, núm. 47, p. 288.
- HADLEY, D. (1993), «Ride the rhythm: Two approaches to DJ practice», *Journal of Popular Music Studies*, núm. V.
- HARRIS, D. P., y DE SILVA, R. (1992), «“Ecstasy” and intracerebral haemorrhage», *Scottish Medical Journal*, núm. 37 (5), pp. 150-152.
- HARTNOLL, R., et al. (1985), *Drug Problems: Assessing local needs*, London, Drug Indicators Project, University of London.
- (1992), «La heroína y la cocaína: Aspectos de la política de salud pública en la década de los 90», *Quadern CAPS* (17), pp. 34-62.
- HASTINGS, A. (1994), «Some observations on MDMA experiences induced through posthypnotic suggestion», *Journal of Psychoactive Drugs*, núm. 26 (1), pp. 77-83.
- HAYNER, G. N., y MCKINNEY, H. (1986), «MDMA. The dark side of the ecstasy», *Journal of Psychoactive Drugs*, núm. 18 (4), pp. 341-347.
- HEBDIGE, D. (1979), *Subculture: The meaning of style*, London, Methuen.

- HENRY, J. A. (1993), «Éxtasis y la danza de la muerte. Las reacciones graves son impredecibles», *British Medical Journal*, núm. 8 (7), pp. 18-20.
- HENRY, J. A.; JEFFREYS, K. J., y DAWLING, S. (1992), «Intoxicación y muerte por 3,4-metilendioxi-metanfetamina (Éxtasis)», *LANCET*, núm. 22 (1), pp. 1-5.
- (1992), «Toxicity and deaths from 3,4-methylenedioxy-methamphetamine (Ecstasy)», *LANCET*, núm. 340 (8816), pp. 384-387.
- HERMLE, L., *et al.* (1993), «Psychological effects of MDE in normal subjects: are entactogens a new class of psychoactive agents?», *Neuropsychopharmacology*, núm. 8 (2), pp. 171-176.
- HERRERO, S. (1995), «Aspectos médico-legales del uso y abuso de MDMA y otras drogas psicoestimulantes», en *Éxtasis: Aspectos farmacológicos, psiquiátricos y médico-legales*, BOBES, J. (ed.), Barcelona, Citrán, Ediciones en Neurociencias.
- HOCHSTIM, J. R. (1967), «A critical comparison of three strategies of collecting data from households», *Journal of the American Statistical Association* 62, pp. 976-989.
- HOLDEN, R., y JACKSON, M. A. (1996), «Near-fatal hyponatraemic coma due to vasopressin over-secretion after "ecstasy" (3,4-MDMA)», *LANCET*, núm. 347 (9007), p. 1052.
- HOOF, P. J., y VANDEVOODE, H. P., «Reckless behaviour related to the use of 3,4-methylenedioxy-methamphetamine (Ecstasy): a propos of a fatal accident during carsurfing», *International Journal of Legal Medicine*, núm. 106, pp. 28-9.
- HUARTE MUNIESA, M. P., y PUEYO ROYO, A. M. (1995), «Hepatitis aguda a causa de la ingestión de éxtasis», *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, núm. 87 (9), pp. 681-683.
- HUGHES, J. C.; MCCABE M. C., y EVANS, R. J. (1993), «Intracranial haemorrhage associated with ingestion of "ecstasy"», *Source Archives of Emergency Medicine*, núm. 10 (4), pp. 372-374.
- HUGHES, P. H.; JARVIS, G. K.; KHANT, U.; MEDINA-MOHA, M. E.; NAVARATNAM, V.; POSHYACHINDA, V., y WADUD, K. A. (1982), «Modelos etnográficos y de secreto entre los toxicómanos», *Boletín de Estupefacientes XXXIV* (1), pp. 1-3.
- HUNT, L. G., y CHAMBERS, C. D. (1976), *The Heroin Epidemics. A Study of Heroin Use in the United States, 1965-75*, New York, Spectrum.
- IJZERMANS, J. N. M.; TILANUS, H. W.; DE MANN, R. A., y METSELAAR, H. J. (1993), «Ecstasy and liver transplantation», *Annales de Médecine Interne*, núm. 144 (7), p. 568.
- INSEL, T. R.; BATTAGLIA, G.; JOHANNESSEN, J. N.; MARRA S., y DE SOUZA, E. B. (1989), «3,4-methylenedioxy-methamphetamine (ecstasy) selectively destroys brain serotonin terminals in rhesus monkeys», *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, núm. 249 (1), pp. 713-720.
- INSTITUTE FOR THE STUDY OF DRUG DEPENDENCE (ISDD) (1992), «The emerging ecstasy problem», *The ecstasy papers. A collection of ISDD's publications on the dance drugs phenomenon*, ed. M. Ashton, London, Institute for the Study of Drug Dependence.
- IWERTSEN, S., y SCHMOLDT, A. (1996), «Two very different fatal cases associated with the use of methylenedioxyethylamphetamine (MDEA): Ene as deadly as adam», *Clinical Toxicology*, núm. 34 (2), pp. 241-244.
- JAMES RUTTENBER, A. (1995), «Stalking the elusive designer drugs: techniques for monitoring new problems in drug abuse», *International Journal of Addiction*, núm. 11 (1).
- JAMÍN, J. (1994), «Out of their minds», *Jellinek Quarterly*, núm. 1 (3), pp. 1-2.
- JOHNSON, J. C. (1990), *Selecting ethnographic informants*, Newbury Park, CA, Sage.
- JOHNSON, T. (1990), «Trafic d'Extase», *Actuel*, núm. 37, noviembre, p. 107.
- JULIEN, R. M. (1995), *A primer of Drug Action*, New York, W. H. Freeman and Company.
- KATZ MILLER, S. (1993), «How ecstasy blows your mind», *New Scientist*, noviembre, pp. 4-5.
- KESSEL, B. (1994), «Hyponatraemia after ingestion of ecstasy», *British Medical Journal*, núm. 308 (6925), p. 414.
- KHAKOO, S. I.; COLES, C. J.; ARMSTRONG, J. S., y FARRY, R. E. (1995), «Hepatotoxicity and accelerated fibrosis following 3,4-methylenedioxy-methamphetamine ("ecstasy")», *J. Clin. Gastroenterol.*, núm. 20 (3), pp. 244-247.
- KING, F. W. (1970), «Anonymous vs. identifiable questionnaires in drug usage surveys», *American Psychology* 25, pp. 982-985.

- KIRSCH, M. M. (1986), *Designer Drugs*, Minneapolis: CompCare Publications.
- KORF, D. J. (1995), «New drugs in Europe: main trends and a monitoring model», *Paper presented at the European Seminar on Youth Cultures and New Drug Trends*, consejo de Europa, Estrasburgo.
- KORF, D. J.; BLANKEN, P., y NABBEN, T. (1991), *Een nieuwe wonderpil?: Verspreiding, effecten en risico's van ecstasygebruik in Amsterdam*, Amsterdam, Jellinek Centrum.
- KORF, D. J., y LETTINK, D. (1994), «Ecstasy: Trends and Patterns in the Netherlands», *Epidemiological Trends in Drug Abuse*, Ed. N. J. Kozel, Rockville, MD, NIDA, pp. 380-392.
- KORF, D. J., y VAN DER STEENHOVEN, P. (1993), *Antenne 1993. Trends in alcohol, tabak, drugs en gokken bij jonge Amsterdammers*, Amsterdam, Jellinek Centrum.
- KORF, D. J., y VERBRAECK, H. (1993), *Dealers an dienders: dynamiek tussen drugsbestrijding en de midden- en hogere niveaus van de cannabis-, cocaïne-, amfetamineen ecstasyhandel in Amsterdam*, Amsterdam, Criminologisch Instituut «Bonger», Universiteit van Amsterdam.
- KORF, D. J., y WURTH, B. (1995), *New drugs in Europe. An overview of trends and monitoring systems in Europe 1995*, Strasbourg, Report to Council of Europe, Pompidou Group.
- KOTARBA, J. A., y WELLS, L. (1987), «Styles of adolescent participation in an all-ages, rock "n" roll nightclub. An ethnographic analysis», *Youth and Society*, núm. 18 (4), pp. 398-417.
- KROHN, M. G.; WALDO, P. y CIURICOS, T. G. (1975), «Self-reported delinquency: a comparison of structured interviews and self-administered checklists», *J Crim Law Criminol* 65, pp. 545-553.
- KRONENFELD, D. B.; KRONENFELD, J., y KRONENFELD, J. E. (1972), «Toward a science of design for successful food service», *Institutions and volume feeding*, núm. 70 (11), pp. 38-44.
- LACOSTE, J. A. (1991), «Las drogas del '92: regreso al futuro», *Adicciones*, núm. 3, (3).
- LAING, D. (1990), «Making popular music: The producer as consumer», *Consumption, Identity and Style*, ed. A. Tomlinson, London, Routledge.
- LAMBERT, E. Y. (1990), *The Collection and Interpretation of Data from Hidden Populations*, Rockville, MD: National Institute of Drug Abuse, Research Monograph, p. 98.
- LEHMANN, E., THOM, C. H., y CROFT, D. N. (1995), «Delayed severe rhabdomyolysis after taking ecstasy», *Postgrad. Med. J.*, núm. 71, pp. 186-187.
- LEIVA, M.; TORRES, E.; NEGRO, T., y DOMÍNGUEZ, L. (1996), «Evolución del tráfico de "drogas de diseño"», *Alucinógenos. La experiencia psicodélica*, Eds. L. SAN, M. GUTIÉRREZ y M. CASAS, pp. 125-142, Barcelona, Citran, Ediciones en Neurociencias.
- LETTIERI, D. J.; SAYERS, M., y PEARSON, H. W. (eds.) (1980), *Theories on Drug Abuse. Selected Contemporary Perspectives*, Washington, D. C., National Institute on Drug Abuse, NIDA Research Monograph, 30.
- LEVERANT, R. (1986), «MDMA reconsidered», *Journal of Psychoactive Drugs*, núm. 18 (4), pp. 373-379.
- LEVINE, A. J.; DREW, S., y REES, G. M. (1993), «Ecstasy Induced Pneumomediastinum», *Journal of the Royal Society of Medicine*, núm. 86 (4), pp. 232-233.
- LIESTER, M. B.; GROB, C. S.; BRAVO, G. L., y WALSH, R. N. (1992), «Phenomenology and sequelae of 3,4-methylenedioxymethamphetamine use», *Journal of Nervous and Mental Disease*, núm. 180 (6), pp. 345-352.
- LINDE, C. (1987), «Explanatory systems in oral life stories», *Cultural Models in Language and Thought*, Eds. D. HOLLAND y N. QUINN, Cambridge, Cambridge University Press.
- (1993), *Life Stories. The creation of coherence*, Oxford, Oxford University Press.
- LORENZO FERNÁNDEZ, P. (1994), «MDMA (éxtasis). Una droga de diseño de alta toxicidad potencial», *Adicciones*, núm. 6 (4).
- LUETGERT, M. J., y ARMSTRONG, A. H. (1973), «Methodological issues in drug usage surveys: anonymity, recency and frequency», *International Journal of Addiction* 8, pp. 683-689.
- LYTLE, T., y MONTAGNE, M. (1992), «Drug, music and ideology: a social pharmacological interpretation of the Acid House movement», *Intern. J. Addict.*, núm. 27, pp. 1159-1177.

- LLOPIS LLÁCER, J., *et al.* (1994), «Drogas de diseño consumo y consumidores: análisis de la demanda al servicio telefónico de drogodependencias de la Generalitat Valenciana», *Adicciones*, núm. 6 (4), pp. 389-404.
- MANCHANDA, S., y CONNOLLY, M. J. (1993), «Cerebral Infarction in Association with Ecstasy Abuse», *Postgraduate Medical Journal*, núm. 69 (8-7), pp. 874-889.
- MARSH, J. C.; ABOUDI, Z. H.; GIBSON, F. M. SCOPES, J.; DALY, S.; OSHAUNNESSY, D. F.; BAUGHAN, A. S. J., y GORDONSMITH, E. C. (1994), «Aplastic Anemia Following Exposure to 3,4-Methylenedioxyamphetamine (Ecstasy)», *British Journal of Haematology* 88 (2), pp. 281-285.
- MARTÍNEZ RUIZ, M. (1993), «Drogas de diseño», *Medicina Militar*, núm. 49 (1), pp. 42-48.
- MAXWELL, D. L.; POLKEY, M. I., y HENRY, J. A. (1993), «Hyponatremia and catatonic stupor after taking ecstasy», *British Medical Journal*, núm. 307 (6916), p. 1399.
- MCCANN, U. D., y RICAURTE, G. A. (1992), «MDMA ("ecstasy") and panic disorder: induction by a single dose», *Biol. Psychiatry*, núm. 32 (10), pp. 950-953.
- (1993), «Reinforcing Subjective Effects of (+ -) 3,4-methylenedioxyamphetamine (Ecstasy). May Be Separable from Its Neurotoxic Actions - Clinical-Evidence», *Journal of Clinical Psychopharmacology*, núm. 13 (3), pp. 214-217.
- MCCANN, U. D.; RIDENOUR, A.; SHAHAM, Y., y RICAURTE, G. A. (1994), «Serotonin Neurotoxicity After (+ -) 3,4-methylenedioxyamphetamine (MDMA Ecstasy). A Controlled-Study in Humans», *Neuropsychopharmacology*, núm. 10 (2), pp. 129-138.
- MCCAULEY, J. C. (1996), «Deaths attributed to an "ecstasy" overdose», *Medical Journal of Australia*, núm. 164 (1), p. 56.
- MCDERMOTT, P. (1996), «MDMA use in the North West of England», *The International Journal on Drug Policy*, núm. 4 (4).
- MCDERMOTT, P.; MATTHEWS, A., y BENNETT, A. (1992), «Chill out A response to recreational drug use», *The ecstasy papers. A collection of ISDD' publications on the dance drugs phenomenon*, ed. M. ASHTON, London, Institute for the Study of Drug Dependence.
- MCGUIRE, P. K.; COPE, H., y FAHY, T. A. (1994), «Diversity of psychopathology associated with use of 3,4-methylenedioxyamphetamine (ecstasy)», *Brit. J. Psychiat.*, núm. 165 (septiembre), pp. 391-395.
- MCGUIRE, P., y FAHY, T. (1991), «Chronic paranoid psychosis after misuse of MDMA (Ecstasy)», *British Medical Journal*, núm. 302 (6778), p. 697.
- (1992), «Flashbacks following MDMA», *British Journal of Psychiatry*, núm. 160 (febrero), p. 276.
- MCRobbie, A., y THORNTON, S. (1995), «Rethinking "moral panic" for multi-mediated social worlds», *British Journal of Sociology*, núm. 46 (4), pp. 559-574.
- MEASHAM, F.; NEWCOMBE, R., y PARKER, H. (1994), «The normalization of recreational drug use amongst young people in north-west England», *British Journal of Sociology*, núm. 45 (2), pp. 287-312.
- MEILMAN, P. W.; GAYLOR, M. S.; TURCO, J. H., y STONE, J. E. (1990), «Drug use among college undergraduates: current use and 10-year trends», *The International Journal of the Addictions*, núm. 25 (9).
- MELECHI, A. (1993), «The Ecstasy of Disappearance», *Rave Off: Politics and deviance in contemporary youth culture*, ed. S. REDHEAD, Aldershot, England, Avebury.
- MILROY, C. M.; CLARK, J. C., y FORREST, A. R. W. (1996), «Pathology of death associated with "ecstasy" and "eve" misuse», *Journal of Clinical Pathology*, núm. 49 (2), pp. 149-153.
- MOORE, M. H. (1977), *Buy and Bust. The Effective Regulation of an Illicit Market in Heroin*, Lexington, Mass., Heath.
- MORSELLI, O.; BOVOLENTA, A.; RIPANI, L.; GAROFANO, L., y SCHIAVONE, S. (1994), «"Designer Drugs" in the Italian Clandestine Market: Situation and New Analytical Problems», *Microgram*, núm. 27 (1), pp. 28-33.
- MUSTO, D. (1987), *The American Disease. Origins of Narcotic Control*, 2.ª ed., New York, Oxford University Press.

- NACIONES UNIDAS (1993), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances*, United Nations Document: E/INCB/1993, 4.
- División de Estupefacientes (1988), *Métodos recomendados para el ensayo de anfetamina y metanfetamina. Manual para uso de laboratorios nacionales de estupefacientes*, New York, Naciones Unidas.
- NAVARRO, J., *et al.* (1985), *El consumo de drogas en España*, Madrid, EDIS, Cruz Roja Española.
- NEEDLE, R.; MCCUBBIN, H.; LORENCE, J., y HOCHHAUSER, M. (1983), «Reliability and validity of adolescent self-reported drug use in a family-based study: a methodological report», *International Journal of Addiction* 18, pp. 901-912.
- NEWCOMBE, R. (1992), «A researcher reports from the rave», *The ecstasy papers. A collection of ISDD's publications on the dance drugs phenomenon*, ed. M. ASHTON, London, Institute for the Study of Drug Dependence (ISDD).
- NEUMEYER, J. A. (1986), «Some considerations on the prevalence of MDMA use», *Journal of Psychoactive Drugs*, núm. 18 (4), pp. 361-362.
- (1993), «X and the crossroads», *Journal of Psychoactive Drugs*, núm. 25, pp. 341-342.
- NICHOLS, D. E. (1986), «Differences between the mechanism of action of MDMA, MBDB and the classic hallucinogens. Identification of a new therapeutic class: Entactogens», *Journal of Psychoactive Drugs*, núm. 18 (4), pp. 305-313.
- O'BRIEN, R., y COHEN, S. (1984), *The Encyclopedia of Drug Abuse*, New York, Facts on File, Inc.
- O'CONNOR, B. (1994), «Hazards associated with the recreational drug "ecstasy"», *British Journal of Hospital Medicine*, núm. 52 (10), pp. 507-514.
- PALLANTI, S., y MAZZI, D. (1992), «MDMA (ecstasy) precipitation of panic disorder», *Biol. Psychiat.*, núm. 32 (1), pp. 91-95.
- PARKER, II.; BAKX, K., y NEWCOMBE, R. (1988), *Living with Heroin: The Impact of a Drugs "Epidemic" on an English Community*, Philadelphia, Open University Press.
- PARKER, H.; MFASHAM, F., y ALDRIDGE, J. (1995), «Drug Futures. Changing patterns of drug use amongst english youth», *ISDD Research Monograph Seven*.
- PEARSON, G.; DITTON, J.; NEWCOMBE, R., y GILMAN, M. (1992), «Everything starts with an E. An introduction to ecstasy use by young people in Britain», *The ecstasy papers. A collection of ISDD's publications on the dance drugs phenomenon*, ed. M. ASHTON, London, Institute for the Study of Drug Dependence (ISDD).
- (1991), «MDMA/ecstasy: new wave of drug use», *National Audit of Drug Misuse Statistic*.
- PEELE, S. (1985), *The Meaning of Addiction. Compulsive Experience and Its Interpretation*, Lexington, Massachusetts, Lexington Books.
- PEROUTKA, S. J. (1989), «Ecstasy: a human neurotoxin?», *Arch. Gen. Psychiatry*, núm. 46, p. 191.
- (1990), *Ecstasy: The Clinical, Pharmacological and Neurotoxicological Effects of the Drug MDMA*, Boston, Kluwer Academic Publishers.
- (1987), «Incidence of recreational use of 3,4-methylenedioxyamphetamine (MDMA "Ecstasy") on an undergraduate campus», *New England Journal of Medicine*, núm. 317 (24), pp. 1542-1543.
- PEROUTKA, S. J.; NEWMAN, H., y HARRIS, H. (1988), «Subjective effects of 3,4-methylenedioxyamphetamine in recreational users», *Neuropsychopharmacology*, núm. 1, pp. 273-278.
- PEROUTKA, S. J.; PASCOE, N., y FAULL, K. F. (1987), «Monoamine metabolites in the cerebrospinal fluid of recreational users of 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA, "Ecstasy")», *Research in Community Substance Abuse*, núm. 8, pp. 125-138.
- PLANT, M., y PLANT, M. (1992), *Risk-takers*, London, Routledge.
- POGGIE, J. (1972), «Toward quality control in key informant data», *Human Organization*, núm. 31, pp. 23-30.
- PRICE, L. H.; RICAURTE, G. A.; KRYSZAL, J. H., y HENINGER, G. R. (1989), «Neuroendocrine and mood responses to intravenous L-tryptophan in 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA) users», *Arch. Gen. Psychiatry*, núm. 46, pp. 20-22.

- RANDALL, T. (1992), «Ecstasy-Fueled Rave Parties Become Dances of Death for English Youths», *Journal of the American Medical Association*, núm. 268 (12), pp. 1505-1506.
- REDHEAD, S. (1993), *Rave Off: Politics and deviance in contemporary youth culture*, Aldershot, Avebury.
- REMBERG, B. (1995), «Potential Loopholes in present control strategies. 2. Amphetamine, methamphetamine, their analogues and natural and synthetic precursors», *UNDCP project. Viena*, 23 pp.
- REMBERG, B.; NIKIFOROV, A., y BUCHBAUER, G. (1994). «Potential Loopholes in Present Control Strategies. Ring substituted amphetamine analogues and their natural and synthetic precursors», *UNDCP project. Viena*, pp. 1-45.
- REUTER, P. (1983), *Disorganized Crime: Illegal Markets and the Mafia*, Cambridge, Mass, MIT Press.
- REUTER, P., y KLEIMAN, A. R. (1986), «Risk and Prices: An Economic Analysis of Drug Enforcement», *Crime and Justice: Annual Review of Research*, núm. 7, pp. 189-250.
- REUTER, P.; MACCOUN, R., y MURPHY, P. (1990), *Money from Crime. A Study of the Economics of Drug Dealing in Washington, D.C.*, Santa Monica, CA, RAND Drug Policy and Research Center.
- RICAUARTE, G.; BRYAN, G.; STRAUSS, L.; SEIDEN, L., y SCHUSTER, C. (1985), «Hallucinogenic amphetamine selectively destroys brain serotonin nerve terminals», *Science*, núm. 229, pp. 986-988.
- RICAUARTE, G. A.; DELANNEY, L. E.; WIENER, S. G.; IRWIN, I., y LANGSTON, J. W. (1988), «5-hydroxyindoleacetic acid in cerebrospinal fluid reflects serotonergic damage induced by 3,4-methylenedioxymeth-amphetamine in CNS of non-human primates», *Brain Research*, núm. 474, pp. 359-363.
- RICAUARTE, G. A.; DELANNEY, L. E.; IRWIN, I., y LANGSTON, J. W. (1988), «Toxic effects of MDMA on central serotonergic neurons in the primate: importance of route and frequency of drug administration», *Brain Research*, núm. 440, pp. 165-168.
- RICAUARTE, G. A.; FINNEGAN, K. T.; IRWIN, I., y LANGSTON, J. W. (1990), «Aminergic Metabolites in Cerebrospinal-Fluid of Humans Previously Exposed to MDMA: Preliminary-Observations», *Annals of the New York Academy of Sciences*, núm. 600 (octubre), pp. 699-710.
- RICAUARTE, G. A.; FORNO, L. S.; WILSON, M. A.; DELANNEY, L. E.; IRWIN, I.; MOLLIVER, M. E., y LANGSTON, J. W. (1988), «(+ -) 3,4-methylenedioxymeth-amphetamine selectively damages central serotonergic neurons in nonhuman primates», *Journal of the American Medical Association*, núm. 260, pp. 51-55.
- RICAUARTE, G. A.; MARTELLO, A. L.; KATZ, J. L., y MARTELLO, M. B. (1992), «Lasting Effects of (+ -) 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA) on Central Serotonergic Neurons in Nonhuman-Primates - Neurochemical Observations», *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, núm. 261 (2), pp. 616-622.
- RICAUARTE, G. A., y MCCANN, U. D. (1992), «Neurotoxic amphetamine analogues: effects in monkeys and implications for humans», *Annals of the New York Academy of Sciences*, núm. 648, pp. 371-382.
- RIEDLINGER, J. E. (1985), «The scheduling of MDMA: a pharmacist's perspective», *Journal of Psychoactive Drugs*, núm. 17 (3), pp. 167-171.
- RIEDLINGER, T. J., y RIEDLINGER, J. E. (1994), «Psychedelic and entactogenic drugs in the treatment of depression», *Journal of Psychoactive Drugs*, núm. 26 (1), pp. 41-55.
- RIFTVELD, H. (1993), «Living the Dream», *Rave Off: Politics and deviance in contemporary youth culture*, ed. S. REDHEAD, Aldershot, England, Avebury.
- ROBINS, L. N. (ed.) (1985), *Studying Drug Abuse*, Series in Psychosocial Epidemiology, vol. VI, New Brunswick: Rutgers University Press.
- RODRÍGUEZ, J. L. y GONALEZ, M. (1997), «Mezcla expositiva», *Tráfico*, marzo, pp. 14-20.
- ROGERS, B. (1988), *Pub: Getting away from the wife Men only: an investigation into men's organizations*, London, Pandora.

- ROGERS, E. M. (1985), *Diffusion of Innovations*, New York, The Free Press of Glencoe.
- ROHRIG, T. P., y PROUTY, R. W. (1992), «Tissue distribution of methylenedioxymethamphetamine», *Journal of Analytical Toxicology*, núm. 16, pp. 52-53.
- ROIG TRAYER, A. (1990), «Éxtasis: Una revisión del MDMA, MDA y demás feniletilaminas psicoactivas», en *XVII Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol. Libro de ponencias*, Valencia, Diputación Provincial, pp. 541-561.
- (1994), «Sobre el uso recreativo de la metilendioximetanfetamina: aspectos históricos y efectos adversos», *Adicciones*, núm. 6 (4), pp. 437-452.
- ROMANÍ, O. (1983), *Droga i subcultura: una història cultural del «baix» a Barcelona (1960-1980)*, Barcelona, Universidad de Barcelona.
- (1983), *A tumba abierta*. Barcelona, Anagrama.
- ROMNEY, A. K.; WELLER, S. C., y BATCHELDER, W. H. (1986), «Culture as consensus: A theory of culture and informant accuracy», *American Anthropologist*, núm. 88, pp. 313-338.
- ROTHWELL, P. M., y GRANT, R. (1993), «Cerebral venous sinus thrombosis induced by ecstasy», *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*, núm. 56 (9), p. 1035.
- RUGGIERO, V., y SOUTH, N. (1995), *Eurodrugs. Drug use, markets and trafficking in Europe*, Londres, UCL Press.
- SAN, L.; GUTIERREZ, M., y CASAS, Y. M. (eds.) (1996), *Alucinógenos. La experiencia psicodélica*, Barcelona, Ediciones en Neurociencias.
- SÁNCHEZ, J.; ROMO, T.; RODRÍGUEZ, B., y BARRIO, G. (1991), «La información sobre el uso de drogas ilegales y sus problemas asociados», *Revista de Sanidad e Higiene Pública* 65, pp. 371-376.
- SÁNCHEZ PAYÁ, J., et. al., (1990), «Consumo de drogas en España: Fuentes de información y evolución durante el período 1984-1990», *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, núm. 65, pp. 395-412.
- SANDWIJK, J. P.; COHEN, P., y MUSTERD, S. (1991), *Licit and Illicit Drug Use in Amsterdam*, Amsterdam, Instituut voor Sociale Geografie.
- SATCHELL, S. C., y CONNAUGHTON, M. (1994), «Inappropriate Antidiuretic-Hormone Secretion and Extreme Rises in Serum Creatinine Kinase Following MDMA Ingestion», *British Journal of Hospital Medicine*, núm. 51 (9), p. 495.
- SAUNDERS, N. (1993), *E for ecstasy*, London, self published.
- (1995), *Ecstasy and the dance culture*, Londres, Neal's Yard Studio.
- SCOTT, P. D., y MARSHALL, J. (1991), *Cocaine Politics. Drugs, Armies, and the CIA in central America*. Berkeley, University of California Press.
- SCREATON, G. R.; CAIRNS, H. S.; SARNER, M.; SINGER, M.; THRASHER, A., y COHEN, S. L. (1992), «Hyperpyrexia and rhabdomyolysis after MDMA (ecstasy) abuse», *LANCET*, núm. 339 (8794), pp. 677-678.
- SCHIFANO, F. (1991), «Chronic atypical psychosis associated with MDMA (Ecstasy) abuse», *LANCET*, núm. 338 (8778), p. 1335.
- (1992), «Psicosis atípica crónica relacionada con el abuso de MDMA ("éxtasis")», *The Lancet (ed. esp.)*, núm. 20 (4), pp. 79-80.
- SCHIFANO, F., y MAGNI, G. (1994), «MDMA (ecstasy) abuse-psycho-pathological features and craving for chocolate- a case series», *Biol. Psychiat.*, núm. 36, pp. 763-767.
- SCHMIDT, C. J., y TAYLOR, V. L. (1987), «Depression of rat brain tryptophan hydroxylase activity following the acute administration of 3,4-methylenedioxymethamphetamine», *Biochemical Pharmacology*, núm. 36 (23), pp. 4095-4102.
- SECRETARÍA GENERAL DE LA OIPC-INTERPOL (1990), «El ice y el ecstasy. Psicotrópicos peligrosos», *Revista Internacional de Policía Criminal*, núm. 425.
- SEIT (SISTEMA ESTATAL DE INFORMACIÓN SOBRE TOXICOMANÍAS) (1993), *Informe Año 1992*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

- (1994), *Informe Año 1993*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- (1995), *Informe Año 1994*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- SEIT (SISTEMA ESTATAL DE INFORMACIÓN SOBRE TOXICOMANÍAS) (1996), *Informe Año 1995*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- SHULGIN, A. T., y NICHOLS, D. E. (1978), «Characterization of three new psychotomimetics», en STILLMAN, R. C., y WILLETTE, R. E. (eds.), *The Psychopharmacology of Hallucinogens*, New York, Pergamon, p. 74.
- SHAPIRO, H. (1992), «Ecstasy-the drug and its effects». *The ecstasy papers. A collection of ISDD's publications on the dance drugs phenomenon*, ed. M. ASHTON, London, Institute for the Study of Drug Dependence (ISDD).
- SHEARMAN, J. D.; SATSANGI, J.; CHAPMAN, R. W. G.; FYLEY, N. G., y WEATHERHEAD, S. (1992), «Misuse of Ecstasy», *British Medical Journal*, núm. 305 (6848), p. 309.
- SHULGIN, A. T. (1986), «The background and chemistry of MDMA», *Journal of Psychoactive Drugs* núm. 18 (4), pp. 291-304.
- SHULGIN, A., y SHULGIN, A. (1991), *Phikal: A Chemical Love Story*, Berkeley, Transform Press.
- SMART, R. G. (1985), «Sampling and Coverage Difficulties in Canadian Drug Use Surveys and Efforts to Avoid Them», en *Self-Report Methods of Estimating Drug Use: Meeting Current Challenges to Validity*, ROUSE, B. A.; KOZEL, N. J. RICHARDS, L. G. (eds.), NIDA Research Monograph 57, Rockville, MA.
- SHWEDER, R., y D'ANDRADE, R. (1980), «The systematic distortion hypothesis», *Fallible judgment in behavioral research*, ed. R. SHWEDER, San Francisco, Jossey-Bass.
- SEGEL, R. K. (1989), *Intoxication. Life in Pursuit of Artificial Paradise*, New York, E. P. Dutton.
- (1986), «MDMA. Nonmedical use and intoxication», *Journal of Psychoactive Drugs*, núm. 18 (4), pp. 349-354.
- SKOPP, G.; ADERJAN, R., y KOSTER, J. (1995), «Hair analysis in the diagnosis of toxic hepatitis after drug abuse», *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, núm. 120 (34-35), pp. 1165-1168.
- SLIKKER, W.; ALI, S. F.; SCALLET, A. C.; BINIENDA, Z.; FERGUSON, S. A.; BAILEY, J. R.; PAULE, M. G., y SLIKKER, W. (1988), «Neurohistological alterations in the rat and monkey produced by orally administered 3,4-methylene-dioxymethamphetamine (MDMA)», *Toxicology and Applied Pharmacology*, núm. 94, pp. 448-457.
- SMART, R. G. (1985), «Sampling and Coverage Difficulties in Canadian Drug Use Surveys and Efforts to Avoid Them», *Self-Report Methods of Estimating Drug Use: Meeting Current Challenges to Validity*, eds. B. A. ROUSE, N. J. KOZEL y L. G. RICHARDS, Rockville, MD: NIDA. Research Monograph 57, Rockville, MA.
- SMART, R. G., y LIBAN, C. B. (1982) «Alcohol consumption as estimated by the informant method, a household survey and sales data, *J. Stud. Alcohol* 43, pp. 1020-1027.
- SMITH, A. (octubre 1995), «E: Ten Years on the pill», *The Face*, pp. 108-120.
- SNYDER, S. H. (1993), *Drogas y cerebro*, Barcelona, Preasa Científica.
- SOLOWIJ, N.; HALL, W., y LEE, N. (1992), «Recreational MDMA use in Sydney. A profile of ecstasy users and their experiences with the drug», *British Journal of Addiction*, núm. 87 (8), pp. 1161-1172.
- SQUIER, M. V.; JALLOH, S.; HILTON-JONES, D., y SERIES, H. (1995), «Death after ecstasy ingestion: neuropathological findings», *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, núm. 58, pp. 756-764.
- STEELE, T. D.; McCANN, U. D., y RICAURTE, G. A. (1990), «3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA, Ecstasy). Pharmacology and toxicology in animals and humans», *Addiction*, núm. 89 (5), pp. 539-551.
- SUÁREZ, R. V., y REIMERSMA, R. (1988), «"Ecstasy" and sudden cardiac death», *American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, núm. 9, pp. 333-341.

- SUDMAN, S., y BRADBURN, N. M. (1974), *Response effects in surveys: Review and synthesis*, Chicago, Aldine.
- THORNTON, S. (1996), *Club Cultures. Music, Media and Subcultural Capital*, Wesleyan University Press, Hannover and London.
- (1994), «Moral panic, the media and british rave culture», *Microphone friends. Youth music & youth culture*, ed. A. ROSS y T. ROSE, New York, Routledge.
- U.S. DEPARTMENT OF JUSTICE (DRUG ENFORCEMENT ADMINISTRATION) (octubre 1995), *Methylphenidate (A background paper)*.
- VEREBEY, K.; ALRAZI, J., y JAFFE, J. H. (1988), «The complications of "ecstasy" (MDMA)», *JAMA*, núm. 259, pp. 1649-1650.
- WATSON, J. D.; FERGUSON, C.; HINDS, C. J.; SKINNER, R., y COAKLEY, J. H. (1993), «Exertional heat stroke induced by amphetamine analogues. Does dantrolene have a place?», *Anaesthesia*, núm. 48, pp. 1057-1060.
- WATSON, L., y BECK, J. (1991), «New age seekers: MDMA use as an adjunct to spiritual pursuit», *Journal of Psychoactive Drugs*, núm. 23 (3), pp. 261-270.
- WHITAKER-AZMITIA, P. M., y ARONSON, T. A. (1989), «Ecstasy (MDMA) induced panic», *Am. J. Psychiat.*, núm. 146, p. 119.
- WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION) (1987), «Proceedings of an international conference on assessment of drug control issues of controlled substance analogues, co-sponsored by the World Health Organization and the Drug Enforcement Administration (USA). 11 sept. (1987)», *Synthesis and evaluation of amphetamine analogues*, R. A. Glennon, Rabat, Morocco, pp. 39-65.
- WILSON, M. A.; RICAURTE, G. A., y MOLLIVER, M. E. (1989), «Distinct morphologic classes of serotonergic axons in primates exhibit differential vulnerability to the psychotropic drug 3,4-methylenedioxymethamphetamine», *Neuroscience*, núm. 28 (1), pp. 121-137.
- WINSTOCK, A. R. (1991), «Chronic paranoid psychosis after misuse of MDMA», *British Medical Journal*, núm. 302 (6785), pp. 1150-1151.
- WODARZ, N., y BONING, J. (julio 1993), «"Ecstasy"-induced psychotic depersonalization syndrome», *Nervenarzt*, núm. 64 (7), pp. 478-480.
- WOLFSON, P. E. (1986), «Mectings at the edge with Adam: a man for all seasons?», *Journal of Psychoactive Drugs*, núm. 18 (4), pp. 329-333.
- WOODROW, G.; HARNDEN, P., y TURNEY, J. H. (1995), «Acute renal failure due to accelerated hypertension following ingestion of 3,4-methylenedioxymethamphetamine ("ecstasy")», *Nephrology Dialysis Transplantation*, núm. 10, pp. 399-400.
- YOUNG, F. W., y YOUNG, R. C. (1961), «Key informant reliability in rural Mexican villages», *Human Organization*, núm. 20, pp. 141-148.
- ZANES, A. y MATSOUKAS, E. (1979), «Different settings, different results?: a comparison of school and home responses», *Public Opinion Quarterly*, 43, pp. 550-557.
- ZINBERG, N. E. (1984), *Drug, Set, and Setting*, New Haven, Yale University Press.

