



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**

Magíster en Psicología Clínica Adultos mención Psicoanálisis

Tesis para optar al Grado de Magíster en Psicología Clínica de Adultos

PSICOTERAPIA ASISTIDA CON LSD, PSILOCIBINA Y MDMA.

**DESCRIPCIONES REALIZADAS POR LOS TERAPEUTAS EN TORNO A LOS PROCESOS
CLÍNICOS.**

ESTUDIANTE

Ingrid Tartakowsky López

PROFESOR GUIA

José Carlos Bouso Saíz

DICIEMBRE 2014, SANTIAGO DE CHILE

*“La posibilidad de trascender las limitaciones de la materia,
el tiempo, el espacio y la causalidad lineal
se experimenta tantas veces, y de maneras tan distintas,
que tiene que ser integrada a la nueva visión del mundo”
(Grof, 2005, p. 245).*

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a todos los que han hecho posible este trabajo, muchos de los cuales ni siquiera se imaginan de qué secretas maneras han transformado su espontánea presencia en inspiración.

En primer lugar quiero agradecer a mi familia, sobre todo a mis padres Sergio Tartakowsky Olave e Iris López Vidal, por apoyarme en todas mis aventuras de forma incondicional y por la inmensidad de su cariño, que va mucho más allá de lo que pueden expresar las palabras.

A mi querido amigo y tutor José Carlos Bouso por su compañía y orientación, pero sobre todo por su ávido deseo de trabajo y reflexión que me insta siempre a entregar lo mejor de mi existencia. A mis queridos colegas de ICEERS por compartir nuestros sentidos de vida y por recordarme la fuerza que orienta nuestras acciones.

A mi querido tutor Germán del Solar por su admirable escucha, por su interés y dedicación hacia mi formación durante todos estos años, y por inspirar mi deseo de profundizar más aún en los insospechados caminos de la psicoterapia.

A mi querida amiga Paloma Clunes por su enorme sabiduría y por abrirme las puertas de su cotidianidad para compartir nuestras rutinas. Al equipo de La Chakra por hacer mis días más sabrosos, entretenidos y felices.

A mi querida amiga Valentina Montero por su profunda compañía a través de interminables risas y conversaciones sobre la química de la conciencia, y por conquistar con tanto cariño nuestro hogar. A Gato y Ninín por llenarme el corazón de amor, ronroneos y ternura.

A mi querida terapeuta Mariana Nuñez por su certeza astral y por ayudarme a iluminar con tranquilidad los recovecos desconocidos de los caminos que he escogido.

A mi querida amiga y profesora de yoga Claudia Palma por inculcarme su fuerza y disciplina, y por enseñarme con coraje el descubrimiento de uno y del mundo desde otras perspectivas.

A mis admirados Albert Hofmann, Alexander Shulgin, Andrew Feldmár, Peter Gasser, Peter Oehen, Verena Widmer, Annie Mithoefer, Marcela Ot'alara, Brian Richards y Alejandro Celis por su claridad, seriedad y valentía, y por enseñarme mucho más de lo se imaginan al mostrarme con generosidad las puertas de la percepción.

A mi querida amiga Caterina Alessandrini por su inmediata disposición para armar puentes de traducción impecables con sus toques de alegría.

Agradezco a todos ustedes, y también a mí misma, por ser perseverante en la realización de mis deseos, y sobre todo por no olvidar en momentos difíciles la complicidad que existe entre mis sueños y mi corazón.

INDICE	PÁG.
RESUMEN	6
I. INTRODUCCIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
II. MARCO TEÓRICO	10
1. Psicoterapia analítica	11
2. Sustancias psicoactivas para uso terapéutico	20
2.1. Estados modificados de conciencia	22
2.2. Antecedentes de la LSD, la psilocibina y la MDMA	24
2.2.1. LSD-25: dietilamida del ácido d-lisérgico	25
2.2.1.1. Farmacología	27
2.2.2. Psilocibina: 4-fosforil-N, N-dimetiltriptamina	31
2.2.2.1. Farmacología	33
2.2.3. MDMA: ± 3,4- metilendioximetanfetamina	37
2.2.3.1. Farmacología	39
3. Psicoterapia asistida con drogas	45
3.1. Psicotomimética	45
3.2. Hipnodélica	46
3.3. Psicolítica	46
3.4. Psiquedélica	48
3.5. Diferencias entre las terapias psicolítica y psiquedélica	51
3.6. Psicoterapia asistida con LSD, psilocibina y MDMA	53
3.6.1. Factores extrafarmacológicos	56
3.6.2. LSD	60
3.6.3. Psilocibina	64
3.6.4. MDMA	67
III. MARCO METODOLÓGICO	71
1. Diseño de investigación	71
2. Selección de participantes	71
3. Consideraciones éticas	74
4. Técnica de recolección de datos	74
5. Análisis de información	75
IV. RESULTADOS	77
1. El proceso	81
1.1. Los objetivos del proceso psicoterapéutico	81
2. Ensayos clínicos	83
2.1. Objetivos	83
2.2. Criterios de inclusión de voluntarios	83
2.3. Criterios de exclusión de voluntarios	85
2.4. Evaluación de síntomas y mejoría	86
2.5. Evaluación de los terapeutas	86
2.6. Procesos psicoterapéuticos	87

2.6.1. Implicancias de algunas normas del protocolo	87
2.6.2. Condiciones ideales para la psicoterapia asistida con sustancias	90
3. La droga en el proceso psicoterapéutico	91
3.1. Dimensión política y ética	91
3.2. Efectos catalizadores con potencial terapéutico	97
3.2.1. Estados	99
3.2.1.1. Modificación de la conciencia como experiencia significativa	99
3.2.2. Operaciones	101
3.2.2.1. Disolución de categorías	102
3.2.2.2. Aceleración de los recursos del sujeto	103
3.2.2.3. Intensificación del estado psíquico-físico	105
3.2.2.4. Imprevisibilidad de los contenidos que emergen	107
3.2.2.5. Aumento de la producción de imaginería interna	108
3.2.2.6. Facilitación de plantillas de rememoración	109
3.2.3. Fenómenos	111
3.2.3.1. Conexión con la sombra del sujeto	111
3.2.3.2. Procesos de transformación	115
3.2.3.2.1. Muerte del ego	115
3.2.3.2.2. Encuentro con lo sagrado	118
3.3. La dimensión real de la experiencia	118
4. El <i>set</i> o el estado del sujeto	120
4.1. Las resistencias	122
5. El terapeuta	129
5.1. Motivaciones para trabajar con LSD, psilocibina y MDMA en psicoterapia	130
5.2. Métodos	130
5.2.1. Técnicas corporales	132
5.3. Roles	134
5.3.1. Preparación del paciente para la sesión con droga	135
5.3.2. Durante las sesiones con y sin droga	136
5.4. Entrenamiento	140
5.5. Corriente teórica psicológica	142
6. La transferencia y la relación con el terapeuta	142
7. El <i>setting</i> para psicoterapias asistidas con LSD, psilocibina y MDMA	144
7.1. Música, silencio y ruido	145
7.2. El espacio interior y exterior	147
8. Diferencias entre el uso psicoterapéutico y el recreacional	149
8.1. Expectativas psicoterapéuticas	151
8.2. La exploración interna como objetivo	151
8.3. La persona del terapeuta y la relación psicoterapéutica	152
8.4. La integración de la experiencia	153
V. DISCUSIÓN	157
1. Tipos de procesos psicoterapéuticos asistidos con sustancias psicoactivas	158
1.1. La dimensión política de los procesos clínicos	162

1.1.2. Lo real de la experiencia	164
1.2. Términos clínicos y procesos psíquicos	165
1.2.1. Freud y Grof	167
1.2.2. Convergencias entre la terapia psicoanalítica y las terapias asistidas con LSD, psilocibina y MDMA	169
2. La dimensión del cuerpo: del paciente y del terapeuta	173
3. Clasificación de los efectos psicoactivos de la LSD, psilocibina y MDMA para ser utilizados en la clínica	176
4. El terapeuta	178
5. El <i>setting</i>	179
5.1. La acusmática	179
5.2. Ordenamiento del espacio interior a través del exterior	181
6. Lo que hace que una experiencia sea terapéutica y no recreacional	182
VI. CONCLUSIONES	184
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	188
VIII. ANEXOS	195
1. Pauta temática de entrevistas en profundidad	195

RESUMEN

En la presente investigación cualitativa se describen las psicoterapias asistidas con LSD, psilocibina y MDMA, a partir de entrevistas realizadas a algunos terapeutas que las llevan a cabo con sus pacientes. Para ello se ha indagado en ciertos aspectos que articulan la clínica, tales como sus fases, sus objetivos, la cura, el terapeuta, el vínculo entre paciente y terapeuta, el lugar de trabajo y las técnicas que se utilizan; entre las que se encuentran los usos de sustancias psicoactivas.

Utilizando una metodología de análisis de contenido, se han observado diversos tipos de psicoterapias asistidas con fármacos, así como algunas de las dimensiones que las atraviesan: política, real y corporal. También se ha realizado una clasificación de los efectos catalizadores que comparten la LSD, la psilocibina y la MDMA, y que pueden ser de interés para ser utilizados en psicoterapia. Además, destaca el cuerpo como una dimensión en la que convergen: la emergencia de las problemáticas del sujeto, con los efectos potenciadores de las drogas y las formas de intervención del terapeuta. Así mismo resaltan ciertos elementos del lugar de trabajo como vehiculizadores de las experiencias que acontecen con dichas sustancias, como son el elemento sonoro y el espacio exterior, los que bajo un cierto ordenamiento encausan al sujeto hacia lo terapéutico.

También se han realizado algunas reflexiones y vínculos entre los postulados de Sigmund Freud y Stanislav Grof respecto de los estados de conciencia y su emergencia en el campo psicoterapéutico. Además, se han encontrado diversas convergencias y divergencias entre el marco analítico y el de terapias asistidas que se realiza hoy en día. Asimismo han aparecido cuatro aspectos que son propios de la clínica y que permiten diferenciar las experiencias terapéuticas de las recreacionales que se pueden llegar a tener con LSD, psilocibina y MDMA. Estas consideraciones permiten concluir que es en la relación que establece un sujeto con su estado modificado de conciencia donde residen las posibilidades terapéuticas, y no tanto en los efectos directos de la sustancia que se ingiere. Del mismo modo, lo encontrado en este estudio muestra de qué maneras las terapias asistidas han evolucionado tomando los planteamientos freudianos hasta emerger de la forma que las caracteriza en la actualidad.

Palabras Claves: Psicoterapia, LSD, MDMA, psilocibina, estados alterados de conciencia.



I. INTRODUCCIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

*“Mientras se ofrezca a nuestras vivencias,
mediante alguna sustancia o método,
sólo algún aspecto nuevo y adicional de la realidad,
seguramente nada cabe objetar a tales medios;
al contrario, pues experimentar y conocer
más facetas de la realidad
nos la vuelve más real”*
(Hofmann, 2006, pp. 169-170).

En 1920 se inician diversos trabajos sobre investigación en psicoterapia, los que hasta la época actual han intentado definir en qué consiste un proceso psicoterapéutico y cuáles son los elementos principales que lo posibilitan. En esta línea de trabajo se aprecian algunos acuerdos entre estudios que señalan que dicho proceso consiste en una práctica, la que definen como una articulación de diversos actos psicoterapéuticos, los que a su vez son conceptualizados como una convergencia de modelos teóricos, recursos técnicos y aplicaciones concretas en los individuos, y que se orientan hacia una salud integral en función de la resolución de un problema determinado o de la ejecución de un cambio en un cierto contexto (Avila & Poch, 1998; Jiménez, 2012).

Es importante señalar que en este marco de investigaciones, variados estudios concuerdan con que la efectividad del proceso psicoterapéutico no se encuentra en la perspectiva teórica desde la cuál se sitúa el terapeuta, sino que principalmente en la relación entre éste y su paciente. Además, estos estudios han podido identificar algunos aspectos comunes a todo proceso, los que se conjugan en función de una cura o mejora del paciente. Algunos de estos aspectos corresponden a los objetivos de la terapia, al lugar del terapeuta en la relación con su paciente, y a diversas técnicas que permiten llevar a cabo los actos psicoterapéuticos. Entre éstas últimas se pueden señalar las asociadas al diálogo que se genera en el vínculo entre terapeuta y paciente, además del uso de fármacos u otras técnicas asociadas al cuerpo (Avila & Poch, 1998; Jiménez, 2012; Labarca & Salin, 2011).

Un aspecto que destaca al hacer una revisión sobre el desarrollo histórico de las líneas de investigación que se han implementado en el ámbito de las psicoterapias, es la escasez de trabajos sobre el uso de medicamentos asociado tanto al proceso como a los resultados de este trayecto, si bien el uso de fármacos es una práctica muy usual por parte de los pacientes durante su permanencia en un tratamiento (Avila & Poch, 1998; Consejo General de la Psicología de España, 2012).

La farmacoterapia -que ha sido definida como el uso efectivo y terapéutico de medicamentos-, ha sido estudiada en comparación con otros aspectos propios de la práctica terapéutica, es decir como un aspecto separado. En este sentido, se ha mantenido en el campo de los estudios clínicos de la farmacología y no ha entrado en el terreno de la psicología para ser indagado en conjunto con otros aspectos que podrían configurar la efectividad de su acción (Avila & Poch, 1998; Consejo General de la Psicología de España, 2012).

Sobre los orígenes de la separación de estas prácticas y su administración por distintas disciplinas, cabe señalar que en el siglo XIX el uso de drogas ingresa al terreno de la ciencia biomédica debido a un proceso de clasificación de sustancias iniciado

para reconocer propiedades terapéuticas de algunas de ellas. En este campo, la farmacología se abocó al diseño de diversas drogas que al ser incorporadas modificaran parámetros psíquicos y/o físicos; mientras que la psiquiatría se dedicó a la administración de las que se consideraron idóneas para tratar las dolencias psíquicas (Kottow, 2000; Lewin, 2009).

Más adelante, en el siglo XX las intervenciones médicas centradas en el uso de fármacos se diferencian de las centradas en el diálogo que se genera en la relación terapeuta-paciente, a partir de la inscripción que hace Freud del método psicoanalítico, el que se fundamenta en mecanismos inconscientes y en la transferencia. Desde entonces emergen diversos enfoques teóricos que reconocen dichos elementos como foco común y fundamental para llevar a cabo los tratamientos (Fernández, 2008; Freud, 2010r).

Respecto del acceso a fármacos de uso psicoterapéutico por parte de los profesionales y pacientes, cabe señalar que ha sido históricamente regulado por diversas instancias. Los estados lo han ido administrando paulatinamente, los que con el tiempo han desarrollado tratados internacionales en materia de drogas. Al respecto destaca la política prohibicionista implementada por Estados Unidos desde el siglo XIX hasta la actualidad, la que ha tenido repercusiones internacionales sobre el acceso y disponibilidad de sustancias (Drug Enforcement Administration, 2014; Escohotado, 2008; National Institute on Drug Abuse, 2014).

Esta regulación ha implicado que algunas drogas como la LSD, la psilocibina y la MDMA se mantengan fuera del alcance de la población para ser utilizadas en el ámbito de la salud, a pesar de que entre los años cincuenta y sesenta diversos estudios psiquiátricos ya mostraban su potencial terapéutico. Dicha regulación se articuló con otros elementos de la época que conllevaron la detención de los procesos psicoterapéuticos que se estaban llevando a cabo con ellas, junto con el término de su elaboración por parte de algunos laboratorios que las repartían entre psiquiatras e investigadores para ser administradas en contextos clínicos (J. C. Bouso, 2003; Escohotado, 2008; Gasser, 1994; Grof, 1970; Hofmann, 2006; Naranjo, 1973; Oram, 2014; Passie, Halpern, Stichtenoth, Emrich, & Hintzen, 2008).

Es importante indicar que al revisar la bibliografía sobre los usos terapéuticos de estas drogas que fue publicada antes de su prohibición, se aprecia su utilización como herramienta de trabajo en conjunto con diversos enfoques teóricos psicológicos asociados al vínculo terapeuta-paciente, como es el caso de la gestalt, el psicoanálisis y la psicología transpersonal; y que además se observa su uso junto con otras técnicas corporales, de respiración e imaginación mental. Al respecto, varios autores hacen referencia a los beneficios de la combinación de estos recursos, planteando diversas formas de trabajo para cada trastorno. En este sentido, cabe destacar que esta producción de material bibliográfico describe ciertas formas de trabajo como las más adecuadas para llevar a cabo los procesos psicoterapéuticos con estas drogas, desarrollando los aspectos y etapas del proceso más relevantes (Grof, 2005; Yensen, 1998).

Sin embargo, en esa época no se contaba con metodologías rigurosas -tanto de investigación como de reporte de casos clínicos- que pudieran dar cuenta de forma esclarecedora lo que se estaba realizando en el campo de las terapias asistidas con los fármacos mencionados. Por esta razón, parte de los conocimientos ahí obtenidos se encuentran dispersos en distintas fuentes de información; esto sumado a la amplia

diversidad de métodos de estudio utilizados, dan como resultado un material que cuesta comparar y sistematizar como un todo unificado. En este sentido, la comprensión íntegra de esta información se torna difícil, sobre todo considerando la amplia gama de teorías psicológicas que se fueron inmiscuyeron en este campo clínico (Oram, 2014; Passie et al., 2008).

Luego de la prohibición de estas sustancias, y de la desaparición histórica de los procesos psicoterapéuticos llevados a cabo con ellas, estas drogas han reaparecido de forma paulatina en investigaciones clínicas llevadas a cabo en diversos países, y por lo tanto en la literatura científica y terapéutica. La revisión de esta literatura da cuenta de que con la llegada de nuevos y mejores métodos de investigación, el interés científico en estas sustancias se ha abocado a estudios sobre su funcionamiento farmacológico y psicofarmacológico, sus efectos en el cerebro y los tratamientos experimentales, y no tanto sobre su funcionamiento en conjunto con otros aspectos que articulan el proceso psicoterapéutico (Passie et al., 2008).

En este sentido, se aprecia un silencio sobre otros aspectos que acompañan dicho proceso, como son sus fases, sus objetivos, la cura, el vínculo con el terapeuta, el terapeuta, las técnicas psicoterapéuticas y el lugar de trabajo, los que si bien se reconocen como elementos fundamentales de los procesos clínicos, en las terapias asistidas con LSD, MDMA y psilocibina no han sido abordadas durante el último tiempo. Por ello surge la pregunta respecto de las prácticas psicoterapéuticas ligadas a los aspectos recién mencionados que se están implementando en estos contextos. En este sentido, resulta importante indagar y describir algunas de las prácticas psicoterapéuticas que llevan a cabo los terapeutas que utilizan estas drogas como herramientas de trabajo en el campo clínico; lo que emerge como objetivo principal del presente estudio.

Además, debido a la falta de investigaciones sobre los influjos de los fármacos en el campo de la psicología clínica –como elementos que operan en conjunto, y no separados, que posibilitan la efectividad de las acciones terapéuticas- destaca el presente estudio como un aporte reflexivo. Al respecto, se debe tener en consideración que muchos analistas –y psicoterapeutas de otras corrientes teóricas- asumen un trabajo clínico con sus pacientes mientras éstos se encuentran medicados con fármacos de prescripción, si bien no se interrogan respecto de las implicancias que ello puede tener para su ejercicio terapéutico. Por esta razón, la presente investigación desea entregar algunas luces respecto del trabajo clínico que puede realizarse en conjunto con ciertos estados de conciencia alterados por el influjo de determinadas sustancias psicoactivas.

Para ello, a continuación se despliegan 7 apartados que dan cuenta del recorrido que se ha realizado en este estudio, los que serán explicados con mayor detalle en sus respectivas introducciones. Este trayecto se inicia con el marco teórico que ha surgido a partir de la problemática planteada, y que ha operado como sustento de este trabajo. Luego se hace referencia al marco metodológico que ha permitido el análisis de la información aquí recabada. A continuación se desarrollan los resultados encontrados, los que se siguen de una discusión que los pone a dialogar con el marco teórico ya señalado. Después se da cuenta de algunas conclusiones relevantes de la presente investigación, las que anteceden a un apartado con las referencias bibliográficas utilizadas. Finalmente, se señalan los anexos de este estudio.

II. MARCO TEÓRICO

“Las sustancias exógenas orientadas hacia el cuerpo, actuando a distancia, por contacto, indirectamente por medio de un “sanador”, por ingestión, introducción por orificios naturales o por vías parenterales, han sido siempre parte de estas estrategias terapéuticas, los herbolarios, droguistas, boticarios, farmacéuticos y farmacólogos siendo presencia más o menos protagónica en los afanes medicamentosos del ser humano”
(Kottow, 2000, p. 5).

La presente investigación ha considerado los postulados psicoanalíticos de Freud como una perspectiva teórica que permite organizar y definir los conceptos que articulan los procesos psicoterapéuticos. Desde esta perspectiva se ha organizado la información del material que se presenta en el marco teórico, y se ha establecido una lectura respecto de los elementos de la psicoterapia que aquí han sido objeto de estudio. Por ello se ha desarrollado un primer apartado que da cuenta de los inicios de la terapia analítica y de los primeros conceptos que la fueron configurando, así como también se abordan ciertos elementos fundamentales que la articulan. De esta manera, se enmarcan desde la perspectiva analítica los aspectos del proceso psicoterapéutico que son de interés en esta investigación, es decir, el proceso de psicoterapia, sus objetivos, la noción de cura, el terapeuta, la relación entre el terapeuta y el paciente, las técnicas psicoterapéuticas, el lugar de trabajo, entre otros.

Si embargo, esta teoría no da cuenta de las terapias asistidas con LSD, psilocibina y MDMA que aquí se indagan, por lo que en un segundo apartado se consideran aspectos relevantes sobre el uso psicoterapéutico de fármacos psicoactivos, como son los estados modificados de conciencia con que se trabaja en el campo clínico. Además se abordan algunos antecedentes de la aparición de la LSD, la psilocibina y la MDMA en la historia, lo que marca sus inicios en terapia. También se señalan algunas de sus propiedades farmacológicas, las que no sólo dan cuenta del tipo de información existente sobre estas sustancias, sino que también permiten comprender los efectos que son de interés para el contexto psicoterapéutico.

El tercer apartado se focaliza en abordar la información específica sobre la psicoterapia asistida con LSD, psilocibina y MDMA. Se sistematiza material recabado en la literatura que permite dar cuenta de lo que hasta el momento se ha publicado sobre los diversos aspectos que componen estos procesos psicoterapéuticos. En este sentido, se acopia información sobre los paradigmas que han orientado estas terapias y los elementos fundamentales que las articulan. En este sentido, se ha recopilado información pertinente al proceso de psicoterapia, sus objetivos, la noción de cura, el terapeuta, la relación entre el terapeuta y el paciente, las técnicas psicoterapéuticas, el lugar de trabajo, entre otros; del mismo modo que se ha hecho desde el psicoanálisis. Además, se abordan los factores extrafarmacológicos que influyen en el trabajo con estas sustancias, así como algunas de sus propiedades específicas que se deben considerar para las labores clínicas.

Se debe destacar que si bien gran parte del material publicado en los años 1950 y 1960 -que refiere aspectos de los procesos psicoterapéuticos asistidos con las drogas

mencionadas- se encuentra disperso en varias fuentes, y que si bien destaca por sus variados métodos y formas de registro, en la presente investigación se ha reunido la mayor cantidad de material que es pertinente a los objetivos que se buscan. Además, debido a que las publicaciones más recientes cuentan con metodologías de investigación más rigurosas, también se ha considerado lo que abordan, a pesar de que este material está focalizado en aspectos farmacológicos y de funcionamiento cerebral, y no tanto en aspectos de psicoterapia.

Si bien ésta es la información sobre psicoterapia asistida con LSD, MDMA y psilocibina con que se cuenta en la actualidad, la poca rigurosidad de sus métodos de acopio y registro del pasado, así como su focalización actual en lo farmacológico, intenta ser complementada con la rigurosidad conceptual del psicoanálisis. De esta manera, la terapia analítica se considera un soporte desde el cual se abordan los fenómenos aquí presentados, ya que permite profundizar respecto de los términos y mecanismos clínicos que no logran ser esclarecidos en el material de las terapias asistidas.

Sin embargo, esta labor resulta muy difícil, ya que gran parte de la información sobre dichas terapias se enmarca en otras perspectivas teóricas psicológicas, lo que se debe tener en consideración a la hora de revisar el presente marco teórico y de poner a dialogar los distintos términos y mecanismos clínicos que aquí se despliegan.

1. Psicoterapia analítica

*“La psicoterapia sigue pareciéndoles a muchos médicos
un producto del misticismo moderno,
y por comparación con nuestros recursos terapéuticos físico-químicos,
cuya aplicación se basa en conocimientos fisiológicos,
un producto directamente acientífico,
indigno del interés de un investigador de la naturaleza.
Permítanme ustedes, entonces,
que defienda aquí la causa de la psicoterapia”
(Freud, 2010r, p. 248).*

La psicoterapia es la terapia más antigua de la que se ha servido la medicina, no es un procedimiento terapéutico moderno. Esto se aprecia al revisar los métodos que utilizaba la medicina primitiva y la de los antiguos, quienes inducían en los enfermos el estado de “crédula expectativa”, el que hasta el día de hoy se sigue utilizando. Si bien con el transcurso del tiempo se fueron desarrollando otros recursos terapéuticos, los empeños psicoterapéuticos de uno u otro tipo nunca desaparecieron de la medicina (Freud, 2010r).

Freud señala que *“hay muchas variedades de psicoterapia, y muchos caminos para aplicarla. Todos son buenos si llevan a la meta de la curación”* (Freud, 2010r, p. 249). Durante los más de treinta años que dedicó a su trabajo, consideró que el método analítico de la psicoterapia es el que permite avanzar más lejos, el que tiene más penetrantes efectos, por lo que consigue una modificación más amplia del enfermo. Además permite aprender sobre la génesis y trama de los fenómenos patológicos, cuya eliminación se propone como meta. Para ello Freud plantea diversas

reglas técnicas que le permiten perfilar su método, las que caracteriza como condiciones de la cura (Freud, 2010q, 2010r).

Freud desarrolla en varios textos los preceptos técnicos del psicoanálisis, indicando a esta metodología terapéutica como científica, y por lo tanto diferenciándola de la práctica poco rigurosa y simplificada del psicoanálisis "silvestre". Este último se llevaría a cabo sin conocimientos de la técnica que se obtiene a través de la experiencia y estudio, por lo que se desenmarca del reconocimiento de ciencia que le dio al psicoanálisis (Freud, 2010c, 2010o).

Este método psicoterapéutico proviene del procedimiento catártico desarrollado en colaboración con Josef Breuer. En una publicación en 1895 llamada "Estudios sobre la histeria" ambos dan cuenta de la terapia catártica, la que tenía por condición que el paciente fuera susceptible de hipnosis, y se basaba en la ampliación de conciencia que sobreviene en ese estado (Freud, 2010b, 2010h).

La meta de este procedimiento se centraba en eliminar los síntomas patológicos, a través de un proceso que hacía retroceder al paciente hasta el estado psíquico en que el síntoma se había presentado por primera vez. En ese momento emergían recuerdos, pensamientos e impulsos en el sujeto hipnotizado, que hasta entonces habían estado ausentes en su conciencia. El enfermo entraba en un estado de intensas manifestaciones afectivas, y apenas le comunicaba estos procesos anímicos al médico, el síntoma quedaba superado y no volvía a retornar (Freud, 2010b, 2010h).

Freud y Breuer observaron que este método se podía repetir de forma regular en sus pacientes, explicando que el síntoma reemplazaba a ciertos procesos psíquicos sofocados que no llegaban a la conciencia, por lo que acontecía una transmutación de dichos procesos. La eficacia terapéutica de este procedimiento radicaba en que se generaba una descarga del afecto que estaba adherido a las acciones anímicas sofocadas, por lo que se esperaba que los síntomas desaparecieran en el momento en que ciertos procesos anímicos ingresaban al circuito del que desembocó la formación de síntoma (Freud, 2010h).

Esta intervención terapéutica se complicó a medida que continuaban aplicándolo a sus pacientes, puesto que observaban que en la génesis del síntoma no participaba sólo una impresión traumática, sino que más bien una serie de ellas, por lo que resultaban difíciles de abarcar. Debido a ello Freud introdujo cambios en la técnica, lo que lo llevó a adoptar una concepción diferente sobre el trabajo terapéutico (Freud, 2010h).

Inició estas modificaciones abandonando la hipnosis puesto que no todas las personas son susceptibles de lograr entrar en este estado; lo que le permitió tratar a un mayor número de enfermos (Freud, 2010b, 2010h).

Además, realizó cambios en la disposición que él y sus pacientes ocupaban durante las sesiones, invitándolos a recostarse en un sofá mientras él se ubicaba detrás de ellos, fuera de su campo visual, mientras sostenían una conversación. La explicación de esta forma de llevar a cabo las sesiones radicaba en que así podía ahorrarle esfuerzo muscular y toda impresión sensorial que pudiera distraer al paciente y no dejarlo concentrarse en su propia actividad anímica (Freud, 2010h).

"Esta escenografía tiene un sentido histórico: es el resto del tratamiento hipnótico a partir del cual se desarrolló el psicoanálisis" (Freud, 2010q, p. 135).

Además, Freud tampoco quería ofrecer al paciente sus gestos para que los interpretara, ya que podrían influir en sus comunicaciones (Freud, 2010q).

También les solicitó a sus pacientes que durante la sesión le comuniquen todos los pensamientos u ocurrencias que pasaran por su cabeza, aunque les parezcan irrelevantes, disparatados, penosos, perturbadores o vergonzosos. De esta manera, Freud comenzó a trabajar con aquellos pensamientos involuntarios que solían ser apartados en circunstancias corrientes y en relatos deliberados, lo que más adelante denominó como técnica de asociación libre (Freud, 2010h).

Freud también observó que en los recuerdos de los relatos de sus pacientes había lagunas, olvidos de hechos reales, confusiones de relaciones de tiempo o desarticulaciones de nexos causales que hacían incomprensibles sus efectos; y que al instar al sujeto a recordar lo que ahí faltaba, a través de un trabajo de atención, las ocurrencias que emergían solían ser refrenadas con la crítica y el malestar que acompañaba al recuerdo. De estas experiencias Freud concluyó que las amnesias presentes en todos los historiales clínicos son el resultado de un proceso que denominó represión, el cual es motivado por el sentimiento de displacer. Las fuerzas psíquicas que originan esta represión, Freud las registra en la resistencia que se opone a la reproducción de aquello que es criticado o que genera malestar (Freud, 2010h, 2010n).

La resistencia es uno de los fundamentos de su teoría. Indica que provoca desfiguraciones de los productos psíquicos reprimidos, de los pensamientos y mociones que suelen dejarse de lado en los relatos de los pacientes. Esta desfiguración que provoca es más vasta en la medida en que la resistencia es mayor (Freud, 2010h, 2010n).

“Y es que los enfermos saben sobre la vivencia reprimida en su pensar, pero a este último le falta la conexión con aquel lugar donde se halla de algún modo el recuerdo reprimido. Sólo puede haber una alteración si el proceso consciente del pensar avanza hasta ese lugar y vence ahí las resistencias de la represión” (Freud, 2010q, pp. 142-143).

De esta manera, los procedimientos terapéuticos desplegados por Freud le permitieron avanzar desde las ocurrencias hasta lo reprimido, desde las desfiguraciones hasta lo desfigurado, volviendo asequible para la conciencia lo que para la vida anímica antes era inconsciente. Sobre esa base ha creado un trabajo de interpretación que toma por objeto las ocurrencias, los sueños, las acciones no deliberadas y los deslices que se cometen en la cotidianeidad, para así poder acceder al material inconsciente (Freud, 2010h, 2010n, 2010o).

Sobre el nombre de su método explica, *“hemos llamado psicoanálisis al trabajo por cuyo intermedio llevamos a la conciencia del enfermo lo anímico reprimido en él. ¿Por qué “análisis”, que significa desintegración, descomposición, y sugiere una analogía con el trabajo que el químico emprende con las sustancias que halla en la naturaleza y lleva a su laboratorio? Porque esa analogía se da de hecho en un punto importante. Los síntomas y las exteriorizaciones patológicas del paciente son, como todas sus actividades anímicas, de naturaleza en extremo compuesta; en su fundamento último, los elementos de esa composición están constituidos por motivos, mociones pulsionales. Ahora bien, sobre estos motivos elementales el enfermo no sabe nada o su saber es muy insuficiente. Le damos a conocer entonces la composición de esas formaciones anímicas de elevada complejidad, reconducimos los síntomas a las*

mociones pulsionales que los motivan, pesquisamos dentro de los síntomas esos motivos pulsionales desconocidos hasta entonces para el enfermo, tal y como el químico separa la sustancia básica, el elemento químico, de la sal en que se había vuelto irreconocible por combinación con otros elementos” (Freud, 2010l, pp. 155-156).

El método psicoanalítico consiste en una serie de reglas que Freud adquirió por vía empírica -según él mismo relata-, las que le permitieron ir construyendo el material inconsciente de sus pacientes. Así, la meta de la técnica del psicoanálisis consiste en suprimir las amnesias, lo que Freud define como cura (Freud, 2010h, 2010o).

En este sentido, la cura consistiría en traducir aquello que hay inconsciente en la vida anímica del sujeto en algo consciente, puesto que trae como resultado corregir su desviación respecto de lo normal y suprime la compulsión que afecta a su vida anímica (Freud, 2010r).

A través del tratamiento psicoanalítico, se intentaría llenar las lagunas del recuerdo y esclarecer los enigmáticos efectos de la vida psíquica que le impiden a la enfermedad seguir su curso, e incluso llegar a formarse. Así, al vencer las resistencias se vuelve asequible lo inconsciente a la conciencia (Freud, 2010h, 2010i, 2010j, 2010l, 2010o).

Este proceso de cura *“consta de dos partes: lo que el médico colige y dice al enfermo, y el procesamiento por este último de lo que ha escuchado”* (Freud, 2010j, pp. 133-134), lo que da cuenta del trabajo que tanto uno como otro deben llevar a cabo durante el tratamiento.

Esto es relevante de considerar puesto que la técnica se basa en que la causa de los síntomas patológicos es el carácter inconsciente de ciertos procesos anímicos, por lo que *“el descubrimiento y la traducción de lo inconsciente se realizan bajo una permanente resistencia de parte del enfermo”* (Freud, 2010r, p. 255). Ello se debe a que la emergencia de aquello inconsciente va unida a un displacer, por lo que el enfermo lo rechaza una y otra vez (Freud, 2010r).

“El vencimiento de la resistencia comienza, como se sabe, con el acto de ponerla en descubierto el médico, pues el analizado nunca la discierne, y comunicársela a este” (Freud, 2010n, p. 156). En el apogeo de la resistencia durante el trabajo con el paciente, se descubren las mociones pulsionales reprimidas que la alimentan, lo que permitirá reelaborar dichas resistencias (Freud, 2010j, 2010l, 2010n).

Así, parte del tratamiento consiste en un trabajo de reconducción al pasado, lo que equivale a convocar un fragmento de la vida real. De ahí que puedan venir empeoramientos durante la cura del paciente (Freud, 2010d, 2010n).

Para que todo ello pueda acontecer, Freud menciona ciertas reglas técnicas como fundamentales del análisis, entre las que se encuentra la *“atención parejamente flotante”* que debe sostener el terapeuta. Ésta consiste en no fijarse en nada particular y en prestar atención de igual manera a todo cuanto el médico escucha del paciente (Freud, 2010e).

Freud destaca esta regla fundamental del psicoanálisis porque esto permite no seleccionar el material de acuerdo a las expectativas o inclinaciones del terapeuta, ya que *“tan pronto como uno tensa adrede su atención hasta cierto nivel, empieza también a escoger el material ofrecido”* (Freud, 2010e, p. 112).

Sugiere que mientras se realiza esta técnica no se tomen apuntes de lo que comunique el paciente, con excepción de fechas y lugares que el terapeuta podría confundir. Otra excepción que justifica tomar notas durante la sesión corresponde al

deseo de convertir el caso tratado en tema de una publicación científica (Freud, 2010e).

Sobre esto último señala que no es bueno elaborar científicamente un caso mientras éste no esté cerrado, puesto que hacerlo podría perturbar la escucha del terapeuta. En este sentido, indica que es mejor abordar un caso con ingenuidad y sin premisas, y que el analista no debe especular ni cavilar mientras analiza, sino que debe someter el material adquirido al trabajo del pensar una vez que haya concluido el análisis (Freud, 2010e).

Una regla fundamental para el paciente es que debe decir todo cuanto se le pase por la mente, a pesar de que le parezca disparatado o crea que no viene al caso, a pesar de que le resulte desagradable decirlo, le parezca sin importancia o sin sentido. Dejando de lado las críticas que podría tener el sujeto sobre lo que pasa por su cabeza, puede surgir aquello inconsciente que no está regulado por su discernimiento o por la conciencia. Para que esto opere, conviene desaconsejarle al paciente la preparación de lo que quiere comunicar durante las sesiones, ya que ello podría protegerlo del afloramiento de ocurrencias indeseadas (Freud, 2010i, 2010q).

Así como el paciente *“debe comunicar todo cuanto atrape en su observación de sí atajando las observaciones lógicas y afectivas que querrían moverlo a seleccionar, de igual modo el médico debe ponerse en estado de valorizar para los fines de la interpretación, del discernimiento de lo inconsciente escondido, todo cuanto se le comunique, sin sustituir por una censura propia la selección que el enfermo resignó; dicho en una fórmula: debe volver hacia el inconsciente emisor del enfermo su propio inconsciente como órgano receptor”* (Freud, 2010e, p. 115). De este modo, *“lo inconsciente del médico se habilita para restablecer, desde los retoños a él comunicados de lo inconsciente, esto inconsciente mismo que ha determinado las ocurrencias del enfermo”* (Freud, 2010e, p. 115).

Así el terapeuta puede servirse de su propio inconsciente como instrumento de análisis, por lo que no puede tolerar resistencias que por su parte vengan a apartar de su conciencia aquello que su inconsciente ha discernido, ya que *“de lo contrario, introduciría en el análisis un nuevo tipo de selección y desfiguración mucho más dañinas que las provocadas por una tensión de su atención consciente”* (Freud, 2010e, p. 115).

Para que esto suceda así, es requisito que el terapeuta se haya sometido a un análisis previo, de tal forma que sepa sobre sus propios complejos y perturbaciones, para luego poder escuchar lo que el paciente le ofrece. Si el terapeuta no hace esto, sus propias represiones no resueltas significarán un punto ciego en su percepción analítica. Al respecto Freud señala que lo ideal es que el analista se haga objeto de análisis de forma periódica, cada cinco años (Freud, 2010d, 2010e).

Es relevante mencionar que existen ciertos impedimentos que dificultan la cura analítica. Al respecto, explica que el yo se vale de mecanismos de defensa para evitar la angustia y el displacer. Uno de ellos es la represión, la que corresponde a un procedimiento de desalojo y suplantación (Freud, 2010d).

En este sentido, *“los mecanismos de defensa frente a antiguos peligros retornan en la cura como resistencias al restablecimiento. Se desemboca en esto: que la curación misma es tratada por el yo como un peligro nuevo”* (Freud, 2010d).

De esta forma, *“el efecto terapéutico se liga con el hacer consciente lo reprimido”* (Freud, 2010d, p. 240). Y si bien las resistencias pertenecen al yo, son

inconscientes, por lo que en cierto sentido están segregadas dentro del yo. Así, cuando éstas aparecen en el análisis, acontecen como resistencias no sólo contra el ejercicio de hacer consciente lo reprimido, sino que también contra el análisis en general, es decir, contra la curación (Freud, 2010d).

Esta defensa que hace el yo, Freud la denomina “alteración del yo”, *“siempre que por tal comprendamos la divergencia respecto de un yo normal ficticio que aseguraría al trabajo psicoanalítico una alianza de fidelidad incommovible”* (Freud, 2010d, p. 241). De esta forma, el desenlace de una cura analítica depende de la intensidad y profundidad de arraigo de las resistencias de la alteración del yo (Freud, 2010d).

Sin embargo, *“no sólo la complexión yoica del paciente: también la peculiaridad del analista demanda su lugar entre los factores que influyen sobre las perspectivas de la cura analítica y dificultan ésta tal como lo hacen las resistencias”* (Freud, 2010d, p. 249). Por ello, el analista debe tener ciertas aptitudes para llevar a cabo sus funciones, debe tener *“una medida más alta de normalidad y de corrección anímicas”* (Freud, 2010d, p. 249).

El analista tiene las tareas terapéuticas activas de hacer consciente lo reprimido y poner en descubierto las resistencias (Freud, 2010l, 2010o). Tiene la tarea de construir, o más bien reconstruir, el material que le entrega el paciente, llevando a cabo un trabajo arqueológico respecto de la historia del sujeto. De esta manera, le debe presentar piezas de su historia olvidada, restituyendo su biografía (Freud, 2010f).

La tarea terapéutica consiste en volver a poner la libido al servicio del yo, en la medida en que esta energía se encuentra ligada a los síntomas que le procuran satisfacción sustitutiva, que por el momento es la única posible. En este sentido, se deben resolver los síntomas, para lo cuál es preciso remontarse hasta su génesis, hasta el conflicto del que nacieron. Freud señala que *“es preciso renovar este conflicto y llevarlo a otro desenlace con el auxilio de fuerzas impulsoras que en su momento no estaban disponibles”* (Freud, 2010b, p. 413).

De esta forma, la tarea activa del analista consiste en *“hacer consciente lo reprimido y poner en descubierto las resistencias”* (Freud, 2010l, p. 157), utilizando para ello la transferencia. Esta tarea corresponde a una revisión del proceso represivo, que en la transferencia permitirá la creación de nuevas versiones de aquel conflicto antiguo, *“versiones en las que el enfermo quería comportarse como lo hizo en su tiempo, mientras que uno, reuniendo todas las fuerzas anímicas disponibles [del paciente], lo obliga a tomar otra decisión”* (Freud, 2010b, p. 413). De esta forma, la transferencia se convierte en el campo de batalla en el que se encuentran todas las fuerzas que combaten entre sí.

La relación con el terapeuta es un aspecto muy significativo de cualquier tipo de psicoterapia (Passie, 2012). En su texto “Psicoanálisis” de 1926, Freud refiere la transferencia como uno de los tres pilares sobre los que descansa la doctrina analítica de las neurosis, junto con la represión y las pulsiones sexuales. Al respecto señala que ésta consiste en un desarrollo de vínculos afectivos por parte del paciente hacia el analista, los que surgen desde el comienzo del tratamiento y que pueden ser de naturaleza tierna u hostil. Además indica que provienen del complejo de Edipo, lo que significa que en la terapia analítica se reproducen los vínculos que tuvo el paciente con los progenitores. En este sentido señala que dicho vínculo *“toma prestadas todas sus*

propiedades de actitudes eróticas anteriores del paciente, devenidas inconscientes” (Freud, 2010g, p. 243).

En relación con los tipos de transferencia, Freud señala que la tierna o positiva es la que mejor permite el trabajo analítico puesto que *“reviste al médico de autoridad y presta creencia a sus comunicaciones y concepciones”* (Freud, 2010a, p. 405). En cambio, la transferencia hostil o negativa lo dificultan ya que el paciente no presta *“oídos al médico o a sus argumentos”* (Freud, 2010a, p. 405). Del mismo modo, la transferencia de mociones eróticas reprimidas también entorpece el trabajo analítico ya que al transformarse en un reclamo de amor por parte del paciente, no daría cabida a la aparición de sus síntomas y de lo reprimido, por lo que se aparta el interés respecto del trabajo analítico. En relación con esta última también señala la abstinencia del analista, puesto que *“la técnica analítica impone al médico el mandamiento de denegar a la paciente menesterosa de amor la satisfacción apetecida. La cura tiene que ser realizada en abstinencia”* (Freud, 2010m, p. 168).

El analista debe mantenerse en abstinencia de influir de cualquier manera al paciente, por lo que no debe responder a las satisfacciones que son sustitutivas de sus síntomas, las que pueden desplegarse en la relación transferencial (Freud, 2010m).

Al respecto enfatiza que el trabajo del psicoterapeuta analista no puede consistir en ser consejero o guía del paciente sobre sus asuntos de vida, ya que *“lo que más ansiamos es que el enfermo adopte sus decisiones de manera autónoma”* (Freud, 2010a, p. 394). También destaca que con personas muy jóvenes, inermes o inestables se puede incorporar una labor de educación del paciente, pero con plena conciencia de ello y mucha cautela (Freud, 2010a, 2010d).

Además, un aspecto relevante de la transferencia es que el paciente escenifica en ella un fragmento importante de su biografía, de tal forma que lo actúa ante el terapeuta. Esto le entrega información al analista sobre ciertos aspectos de la historia de vida que podrían estar relacionados con los síntomas particulares del sujeto (Freud, 2010i).

Freud destaca que el trabajo a través de la transferencia es posible con pacientes que sufren neurosis de transferencia, es decir con las histerias, histerias de angustia y neurosis obsesivas, en la medida en que pueden recrear su neurosis en la transferencia y de esa manera concentrar su enfermedad en la relación con el médico, lo cual supone poder realizar investiduras de objeto. En cambio, señala que este trabajo no es posible de llevarlo a cabo con pacientes paranoicos, melancólicos, narcisistas o psicóticos, ya que no logran realizar investiduras de objeto que posibiliten el trabajo de la cura; sino, por el contrario, invisten al yo o a partes de él, como ocurre con los narcisistas y melancólicos, o invisten a sustitutos de realidad como ocurre con las alucinaciones y delirios en el caso de la psicosis, o bien *“la capacidad de transferir se ha vuelto en lo esencial negativa, como es el caso de los paranoicos”* (Freud, 2010p, p. 104).

También indica que el analista debe aprender a manejar la transferencia como una herramienta que le permita movilizar a los pacientes para que superen sus resistencias internas y cancelen sus represiones. Por ello menciona que la transferencia debe estar al servicio de la resistencia, puesto que de esta manera *“se convierte para el médico en el más poderoso medio auxiliar del tratamiento y desempeña en la dinámica de la cura un papel que sería difícil exagerar”* (Freud, 2010g, p. 243).

De esta manera, el vínculo de la transferencia posibilita un despliegue en el que lo inconsciente se vuelve consciente, movimiento en el que *“cancelamos las represiones, eliminamos las condiciones para la formación de síntoma y mudamos el conflicto patógeno en un conflicto normal que tiene que hallar de alguna manera su solución”* (Freud, 2010a, p. 395).

Para comprender este método es relevante aclarar uno de sus conceptos principales, el inconsciente, puesto que permite comprender el tipo de trabajo que se debe llevar a cabo para la cura. Este término Freud lo utilizó en sentido descriptivo, dinámico y sistemático. Para comprender estos distintos usos, primero hay que aclarar que en sentido descriptivo se le denomina “consciente” a la representación que está en la conciencia, de la que nos percatamos que está. Las representaciones latentes son aquellas que con anterioridad estuvieron presentes en la conciencia, por lo que se consideran latentes en cuanto a conciencia. Por esta razón se les denota con el término “preconscientes”. En este sentido, *“una representación inconsciente es una de la que nosotros no nos percatamos, a pesar de lo cual estamos dispuestos a admitir su existencia sobre la base de otros indicios y pruebas”* (Freud, 2010k, p. 272).

En un sentido dinámico, la representación no deviene un mero objeto de la conciencia en un momento determinado, sino que además deviene eficiente, ya que es transferida a la acción tan pronto como la conciencia se percata de su presencia, pero al mismo tiempo que permanece inconsciente. *“La vida anímica del paciente histérico rebosa de estos pensamientos eficientes, pero inconscientes; de ellos provienen todos los síntomas. Es de hecho el carácter más llamativo de la mente histérica el estar gobernada por representaciones inconscientes. Si una mujer histérica vomita, acaso lo haga desde la idea de estar embarazada. Pero ella no tiene noticia alguna de esta idea, aunque se la puede descubrir fácilmente en su vida anímica mediante uno de los procedimientos técnicos del psicoanálisis, y hacérsela consciente”* (Freud, 2010k, p. 273). Este mismo predominio de ideas inconscientes eficientes acontece en todas las formas de neurosis (Freud, 2010k).

Para que el producto de lo inconsciente eficaz se mantenga fuera del campo de la conciencia, se debe realizar un esfuerzo, un gasto de energía. De esta forma, *“el pensamiento inconsciente es excluido de la conciencia por unas fuerzas vivas que se contraponen a su aceptación, mientras que no estorban a otros pensamientos, los preconscientes”* (Freud, 2010k, p. 275).

“Lo inconsciente es una fase regular e inevitable en los procesos que fundan nuestra actividad psíquica; todo acto psíquico comienza como inconsciente, y puede permanecer tal o bien avanzar desarrollándose hasta la conciencia, según que tropiece o no con una resistencia. El distingo entre actividad preconsciente e inconsciente no es primario, sino que sólo se establece después que ha entrado en juego la “defensa” (Freud, 2010k, p. 275). Sólo ahí cobra valor teórico y práctico la distinción entre pensamientos preconscientes que pueden regresar a la conciencia versus los pensamientos inconscientes que lo tienen prohibido (Freud, 2010k).

En un sentido sistemático, el inconsciente corresponde un sistema de procesos singulares e inconscientes que lo componen como tal. A esta categoría psíquica pertenece por ejemplo el proceso del sueño, en tanto tenemos conocimiento de él por otros caracteres, al mismo tiempo que pertenece a un sistema de actividad psíquica inconsciente (Freud, 2010k).

En relación con la psicoterapia, se considera que los médicos no deben renunciar a ella y que deben tener muy en cuenta a sus pacientes durante todo el proceso. Se destaca que la sugestión es un factor que depende de la disposición psíquica de los enfermos, y que viene a influir sobre el resultado de cualquier procedimiento terapéutico introducido por el médico (Freud, 2010r).

La sugestión puede operar en sentido favorable o desfavorable, y a pesar de que el médico no la busque o incentive, la cultiva constantemente en la psicoterapia. Por esta razón, sería una desventaja dejar librado a los enfermos el factor psíquico de la influencia que ejerce el médico sobre ellos, ya que se podría volver incontrolable. Por lo tanto, el médico debe empeñarse en apropiarse de ese factor, servirse de él, guiarlo y reforzarlo. *“A esto, y sólo a esto, los alienta la psicoterapia científica”* (Freud, 2010r, p. 249).

Freud considera que ciertos trastornos son mucho más accesibles a influencias anímicas que a cualquier otra medicación, como las psiconeurosis. En este sentido, lo que las cura no es el medicamento, sino que el médico, específicamente la personalidad del médico, en la medida en que ejerce una influencia psíquica a través de ella (Freud, 2010r).

Además, para un tratamiento eficaz, Freud indica que se requieren plazos largos de tratamiento, desde medio año hasta tres años; aunque más adelante especifica que estimar la duración es casi imposible. En casos leves la duración del tratamiento podría acortarse, terapia que traería beneficios a futuro para la salud de dichos pacientes. Debido a que son largos plazos de tratamiento, indica que con este método no se pueden tratar fenómenos que requieren de intervención rápida, como es el caso de la anorexia histérica (Freud, 2010c, 2010h, 2010r).

La dificultad de estimar una duración exacta del tratamiento se debe a que éste consiste en un proceso de resolución de las represiones existentes. El terapeuta puede *“supervisarlos, promoverlos, quitarle obstáculos del camino, y también por cierto vivenciarlos en buena medida. Pero, en líneas generales, ese proceso, una vez iniciado, sigue su propio camino y no admite que se le prescriban ni su dirección ni la secuencia de los puntos que acometerá”* (Freud, 2010q, p. 132).

También sobre la duración se señala que un tratamiento ordinario debe llevarse a cabo con sesiones 6 veces por semana, y en casos más leves bastará con 3 veces por semana (Freud, 2010q).

“La experiencia nos ha enseñado que la terapia psicoanalítica, o sea, el librar a un ser humano de sus síntomas neuróticos, de sus inhibiciones y anormalidades de carácter, es un trabajo largo. Por eso desde el comienzo mismo se emprendieron intentos de abreviar la duración de los análisis” (Freud, 2010d, p. 219).

Freud señala que el análisis termina cuando el analista y el paciente ya no se encuentran en sesión de trabajo analítico, y que esto se da cuando se cumplan dos condiciones. La primera corresponde a que *“el paciente ya no padezca a causa de sus síntomas y haya superado sus angustias así como sus inhibiciones”* (Freud, 2010d, p. 222), y la segunda hace referencia a que *“el analista juzgue haber hecho consciente en el enfermo tanto de lo reprimido, esclarecido tanto de lo incomprensible, eliminado tanto de la resistencia interior, que ya no quepa temer que se repitan los procesos patológicos en cuestión”* (Freud, 2010d, p. 222).

En este sentido, destaca que *“hoy sí sería lícito pedir y esperar que una curación analítica demostrara ser duradera o, al menos, que una afección más reciente no se*

revelara como reanimación de la perturbación pulsional anterior dentro de nuevas formas expresivas” (Freud, 2010d, p. 226).

Freud destacó que debido a la naturaleza de su método, éste también supone indicaciones y contraindicaciones, tanto respecto de las personas que pueden ser tratadas como de los cuadros patológicos. *“Los más favorables para el psicoanálisis son los casos crónicos de psiconeurosis con escasos síntomas violentos o peligrosos; sobre todo, las diversas variedades de neurosis obsesiva, pensamiento y acción obsesivos, y casos de histeria en que las fobias y las abulias desempeñan el papel principal; pero, además, todas las expresiones somáticas de la histeria, siempre que el médico no tenga como tarea perentoria la rápida eliminación de los síntomas, como sucede en la anorexia” (Freud, 2010h, p. 241).*

Como requisitos, Freud señala que la persona tiene que ser capaz de un estado psíquico normal, puesto que en épocas de confusión o depresión melancólica no se consigue nada. Además, *“corresponde exigirle cierto grado de inteligencia natural y de desarrollo ético; en personas carentes de todo valor, el médico pronto pierde el interés que le permite profundizar en la vida anímica del enfermo” (Freud, 2010h, p. 241).*

También indica ciertos límites a la cura, ligados a la constitución general del sujeto, ya que ciertas malformaciones del carácter implican que los rasgos de su constitución degenerativa se exterioricen como fuertes resistencias, las que son muy difíciles de vencer (Freud, 2010h).

Señala que las psicosis, los estados de confusión y desazón profunda son inapropiados para el psicoanálisis, al menos como lo practicaba él en su época (Freud, 2010q, 2010r).

Además menciona dificultades con el manejo de la masa del material psíquico de personas que rondan el quinto decenio de edad, con los que el tiempo requerido para la curación se torna muy largo y la capacidad de deshacer procesos psíquicos empieza a desfallecer (Freud, 2010h, 2010r).

Indica que esta terapia no es aplicable a personas que no asistan llevadas por su padecer, sino que se sometan a análisis por orden de sus parientes u otras personas (Freud, 2010r).

2. Sustancias psicoactivas para uso terapéutico

“En poder afectar los ánimos mismos reside lo esencial de algunos fármacos: potenciando momentáneamente la serenidad, la energía y la percepción permiten reducir del mismo modo la aflicción, la apatía y la rutina psíquica. Esto explica que desde el origen de los tiempos se hayan considerado un don divino, de naturaleza fundamentalmente mágica” (Escohotado, 2008, p. 14).

Para iniciar este apartado, es importante definir algunos conceptos principales que permitan comprender con mayor profundidad el recorrido de la presente investigación.

Una droga es una sustancia que, con independencia de su finalidad, puede modificar una o más funciones, una vez que es introducida en el organismo. Esta definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que son sinónimos los términos “droga”, “fármaco” y “medicamento” (J. C. Bouso, 2003); por lo que se utilizarán de esta manera en la presente investigación.

Si bien no existen diferencias teóricas entre estos 3 términos, en la práctica se habla de “drogas” para referirse a sustancias que se usan de forma recreacional y que no tienen utilidad médica conocida, de “fármacos” para señalar aquellos que están en fase de investigación que pueden o no tener un uso médico, y de “medicamentos” para indicar aquellas sustancias que tienen un uso médico reconocido (J. C. Bouso, 2003).

Es relevante aclarar que cualquier droga constituye un potencial veneno y un potencial remedio, y que el hecho de ser nociva o benéfica en cada caso depende exclusivamente de: *“a) dosis; b) ocasión para la que se emplea; c) pureza; d) condiciones de acceso a ese producto y e) pautas culturales de uso”* (Escotado, 2008, p. 1188).

También hay otros conceptos en torno a las drogas que son relevantes de aclarar, como la tolerancia. Ésta *“aparece cuando tras un consumo regular, cada vez se necesita consumir una cantidad mayor para conseguir los efectos buscados. Algunas drogas generan dependencia, pero otras producen tolerancia sin provocar dependencia”* (J. C. Bouso, 2003, p. 18).

La toxicidad corresponde al grado en que una droga afecta al organismo, lo que se define de acuerdo a cuatro parámetros: dosis, vía de administración (oral, intravenosa, respiratoria, entre otras), frecuencia de consumo y mezcla con otras sustancias (J. C. Bouso, 2003).

Es importante indicar que cada sustancia presenta una dosis umbral, la que si es sobrepasada puede conllevar riesgos de perjuicios para el organismo. Al respecto, el término “margen de seguridad” alude a *“la diferencia entre la dosis activa media (aquella que se necesita para conseguir los efectos deseados con una toxicidad mínima) y la dosis letal media (aquella cuya toxicidad puede provocar la muerte)”* (J. C. Bouso, 2003, p. 20).

Las drogas psicoactivas son aquellas que modifican la conciencia y la conducta, actuando sobre el Sistema Nervioso Central (SNC). Según sus efectos sobre él, se clasifican en 3 grupos:

- Psicolépticos o depresores del SNC: disminuyen la actividad del SNC, generando relajación, somnolencia y enlentecimiento de la conducta. Algunos ejemplos corresponden al alcohol, ansiolíticos, barbitúricos y opiáceos.

- Psicoanalépticos o estimulantes del SNC: incrementan la actividad del SNC, generando sensación de mayor energía, reduciendo el cansancio y aumentando la concentración. A esta clasificación corresponde el café, anfetaminas, cocaína y algunos antidepressivos.

- Psicodélicos o alucinógenos¹: su efecto principal no es relajar ni estimular, sino que alteran los estados de conciencia *“de tal forma que tanto la realidad como el*

¹ Cabe señalar que el término “alucinógeno” no es el más adecuado para denominar a este tipo de sustancias, puesto que los cambios perceptuales son sólo uno de los terrenos de sus efectos. Además, sus característicos cambios en la percepción rara vez incluyen francas alucinaciones. Sin embargo, este

sentimiento de identidad se pueden percibir de manera distinta a la habitual, induciendo visiones o alucinaciones y alterando el estado de ánimo, pudiéndose sentir a la vez emociones distintas o pasar rápidamente de una emoción a otra (J. C. Bouso, 2003, p. 19). Algunos ejemplos corresponden a la LSD, psilocibina, mescalina, y otros compuestos sintéticos y naturales (J. C. Bouso, 2003; Caudevilla, 2013; Tagliazucchi, Carhart-Harris, Leech, Nutt, & Chialvo, 2014).

2.1. Estados modificados de conciencia

“El resultado final de este proceso fue una ruptura radical con los viejos marcos conceptuales, una comprensión mucho más amplia de la mente humana, e incluso un cambio drástico en mis conceptos respecto de la naturaleza de la realidad”
(Grof, 2005, p. 234).

Esta capacidad de modificar el estado de conciencia ordinario que presentan las sustancias psicoactivas, ha sido una propiedad que se ha buscado de forma constante en el transcurso de la historia de la humanidad. El ser humano ha tendido a ello, *“con el objeto de vivir experiencias psico-físicas en el marco de otros estados mentales; estados mentales que, por su naturaleza, son posibles y “naturales” en la misma medida en que consideramos “natural” el estado de conciencia que, de ordinario rige nuestra existencia*” (Samorini, 2001, p. 11). Esta observación queda en evidencia al hacer un recorrido por la historia de las diversas sociedades, en las que se aprecian un sinnúmero de experiencias de este tipo y una imposibilidad por suprimirlas cuando se ha intentado (Samorini, 2001).

También se observa que la relación entre el ser humano y sus estados modificados de conciencia se encuentra estrechamente vinculada al impulso religioso. Al respecto, cabe señalar que en todos los pueblos los raptos extáticos y de trance son considerados como los más elevados estados de conciencia, y son interpretados culturalmente como fenómenos místicos, espirituales y religiosos² (Samorini, 2001).

En la historia la conciencia ha aparecido originalmente asociada a lo sagrado, llegando incluso algunos investigadores a sugerir que *“todas las religiones tienen su origen en estados alterados de conciencia y que la idea de divinidad ha podido surgir como resultado de los efectos de estas sustancias en la mente”* (Guerra, 2006, p. 35).

término se utiliza muy frecuentemente en la literatura científica (Grof, Bossis, & Griffiths, 2013; Johnson, Richards, & Griffiths, 2008).

² Es importante mencionar que la “religión” y la “espiritualidad” se refieren a ámbitos distintos. La primera da cuenta de un sistema estructurado de creencias que orientan preguntas universales que pueden otorgar un marco de sentido a aquellas cuestiones ligadas a la espiritualidad. En cambio esta última es una categoría más inclusiva que la religión, y se refiere a una búsqueda personal de sentido y propósito en la vida, lo que puede estar o no relacionado con una religión. De esta manera, la espiritualidad puede ser experimentada como una búsqueda de trascendencia y conexión con el sentido último de la existencia, sin el contexto organizador del sistema religioso. Por ello, es el aspecto de la humanidad referido a la manera en que los individuos buscan y expresan sentidos y propósitos, y la forma como experimentan sus conexiones con el presente, el yo, los otros, la naturaleza y lo sagrado (Grof et al., 2013).

Esta tendencia hacia la modificación del estado de conciencia ordinario se ha buscado a través de diversos métodos, los que se han utilizado de forma aislada o combinada. Sin embargo, se aprecia en la historia que suele ser más frecuente la combinación de diversas técnicas (Guerra, 2006).

La conciencia se puede alterar de forma espontánea o inducida. Sobre esta última, cabe señalar que el ser humano ha ido descubriendo y desarrollando diversas técnicas a través de la historia, *“desde las técnicas de privación sensorial y mortificación física a las meditativas y ascéticas, hasta las que utilizan como factor desencadenante los estados de trance y posesión, la danza y el sonido de determinados instrumentos musicales; por último (y no, por cierto, en orden de importancia), las técnicas que prevén el uso de plantas dotadas de efectos psicoactivos, mayoritariamente de tipo alucinógeno. Esta última es una de las técnicas más antiguas de modificación de la conciencia y se remonta, casi seguramente, a la dilatada Edad de Piedra”* (Samorini, 2001, p. 12).

El uso de sustancias alucinógenas presentes en especies psicoactivas no sólo es una de las más antiguas, sino que también *“es una de las técnicas más extendidas, ya que es la más rápida y eficaz para alcanzar el éxtasis”* (Guerra, 2006, p. 34). Además, cabe señalar que ciertas sustancias psicoactivas son mucho más idóneas que otras técnicas para provocar viajes místicos, por lo que se utilizan con este fin desde tiempos inmemoriales (Escohotado, 2008).

De esta manera, las plantas, animales y hongos psicoactivos han sido considerados como dones que dejaron los dioses a los hombres, o como dioses mismos. Ello implica que los fines curativos con que se utilizaron no pueden separarse del uso del contexto religioso espiritual general en que se inscriben (Johnson, Richards, & Griffiths, 2008; Samorini, 2001).

En diversas culturas, en el transcurso de la ceremonia de curación en la que todos consumen la especie sagrada, el chamán entra en un estado visionario que le permite captar los mensajes enviados por el espíritu de la planta, animal u hongo, o de la entidad divina que representan, y los traduce para la colectividad. Así, las entidades sobrenaturales que habitan en estas especies le comunican al chamán las causas de la enfermedad y qué remedios utilizar, los que en general corresponden también a especies medicinales (Samorini, 2001).

Tanto el chamán como aquel que padece alguna enfermedad ingieren alguna sustancia, para establecer el diagnóstico de la enfermedad y el tratamiento a seguir. Ambos la consumen *“no porque directamente curen el mal, sino porque la etnofarmacología de las culturas primitivas valora más los efectos psíquicos de una medicina que los fisiológicos, y por lo tanto estas sustancias se revelarán como “instrumentos ideales para adivinar”. De este modo, su empleo en sesiones curativas de debe a que la medicina primitiva explica las enfermedades como fenómenos sobrenaturales originados por dioses enojados o por hechizos maléficos de brujos y, por tanto, el tratamiento debe ser de la misma naturaleza: espiritual”* (Guerra, 2006, p. 35).

Este punto parece ser de suma relevancia en dichas épocas, puesto que actualmente *“no hay modo seguro de distinguir en los primeros tiempos una terapéutica empírica –fundamentalmente basada sobre conocimientos fisiológicos y botánicos- de prácticas mágicas y creencias religiosas”* (Escohotado, 2008, p. 33). Por

esta razón, en los primeros registros sobre el empleo de drogas los ámbitos de la historia de la religión y de la medicina se encuentran íntimamente ligados.

Cabe destacar que la administración e ingesta de sustancias estaba restringida y reglamentada bajo ciertos lineamientos que orientaban las ceremonias, incluyendo tabúes sobre sus formas de uso inapropiado. Al respecto, se aprecia que estos contextos estaban altamente ritualizados y estructurados, configurándose como ceremonias sagradas destinadas a servir como ritos de paso o como el escenario específicamente adecuado para las adivinaciones y para las curaciones físicas y/o espirituales (Johnson et al., 2008).

Esto da cuenta de que los estados modificados de conciencia practicados por estas culturas no representan un fin en sí mismo, por lo que *“el uso de psicofármacos – que es siempre el de tal o cual sustancia, de ésta o de aquella manera- constituye un matizado indicador sobre el tipo de sociedad y conciencia donde acontece”* (Escohotado, 2008, p. 26).

2.2. Antecedentes de la LSD, la psilocibina y la MDMA

“Pero si los datos sobre este tema no se vinculan con el medio donde se van produciendo será imposible separar lo anecdótico de lo esencial; la alta estima del budismo hacia el cáñamo, por ejemplo, no se explica contando la leyenda de que Buda se alimentó una semana con un cañamón diario, sino indicando hasta qué punto los efectos de esa droga se relacionan con sus específicas técnicas de meditación. Mal se entiende, por ejemplo, la gran difusión del opio en la Roma antigua sin considerar el alto valor atribuido por sus ciudadanos a la eutanasia (mors tempestiva)”
(Escohotado, 2008, p. 29).

Respecto de las sustancias que son de interés para esta investigación, se aprecia una variabilidad y diversidad de actitudes que ha ido adoptando el ser humano hacia ellas a través de la historia. Al respecto es importante indicar que los registros de dos de ellas –la LSD y la psilocibina- se enmarcan en una perspectiva etnobotánica³ de comprensión, ya que su despliegue se origina en la interacción entre los grupos humanos y sus entornos vegetales; si bien este recorrido más adelante devendrá en una administración de dichas sustancias por parte de las ciencias farmacológicas actuales.

En cambio, el despliegue histórico de la MDMA se situó desde un comienzo en laboratorios farmacéuticos, puesto que es una droga sintetizada en estos contextos, que no cuenta con un trayecto de uso anterior sostenido en la relación entre el ser

³ La etnobotánica es una disciplina científica que intenta establecer las conexiones entre la flora psicoactiva de las diversas áreas geográficas y sus respectivas culturas, destacando la influencia de agentes vegetales en la génesis de aquello que podría llamarse “lo sagrado” y en la configuración de las sociedades en general (Escohotado, 2008).

humano y su entorno vegetal, si bien sus precursores⁴ también se pueden encontrar en la naturaleza.

Sin embargo, es importante señalar que a pesar de que los registros existentes respecto del inicio del uso de estas sustancias en la historia se originan en distintos contextos, es siempre en un marco ligado a lo terapéutico en el que estas drogas hacen su aparición. Luego, con el desarrollo de la farmacología moderna, estas tres sustancias serán aisladas y/o sintetizadas en laboratorios, para después ser repartidas entre psiquiatras, psicoanalistas y psicólogos con el objetivo de ser utilizadas en contextos psicoterapéuticos. Por esta razón, estas tres drogas comparten un interés e intención terapéuticos comunes en la historia de la ingesta de sustancias utilizadas para lidiar con afecciones psíquicas.

2.2.1. LSD-25: dietilamida del ácido d-lisérgico

En diversos registros históricos se señalan los usos de una sustancia psicoactiva en la ciudad de Eleusis, cerca de Atenas en la antigua Grecia, donde cada año se practicaban los Misterios Eleusinos. En esta ceremonia, un grupo selecto de iniciados ingería el *kykeon* (“mezcla”), una pócima que se presume contenía una droga como la LSD, la que producía una contemplación de la realidad más profunda (Wasson, Hofmann, & Ruck, 1980).

Diversos historiadores e investigadores piensan que podría tratarse de los efectos de los alcaloides del hongo *Claviceps purpurea*⁵ o Ergot⁶, el que parasita diversos granos y cereales (Schultes & Hofmann, 2008).

Otros antecedentes históricos ligados al Ergot, corresponden a brotes epidémicos de una enfermedad que no mostraba riesgo de contagio, de la que no se lograba saber su etiología. No fue hasta el siglo XVII en que se pensó de forma retrospectiva que el causante de este padecimiento podría haber sido el pan que contenía cornezuelo del Ergot, razón por la cuál se le denominó “ergotismo” a dichas manifestaciones (Hofmann, 2006; Rättsch, 2005).

Durante la Edad Media fueron frecuentes las masivas intoxicaciones debidas a los alcaloides del cornezuelo, ya que este hongo parasitaba los granos con que posteriormente se elaboraban las harinas (Muñoz, 2012; Ott, 2011; Rättsch, 2005; Schultes & Hofmann, 2008).

Además, existen otros registros que dan cuenta de la popularización del Ergot debido a las parteras, quienes lo utilizaron en Europa desde la Antigüedad como

⁴ Un precursor es una sustancia necesaria o indispensable para producir otra a partir de una reacción química (Ott, 2011).

⁵ La LSD deriva del cornezuelo del centeno. *“El cornezuelo es el esclerocio (la forma en que el hongo pasa el invierno) del hongo Claviceps purpurea, que parasita el centeno, el trigo, la cebada y otros cereales cultivados además de ciertas hierbas silvestres”* (Ott, 2011, p. 115). Respecto del estudio botánico del cornezuelo, cabe mencionar que *“todavía a mediados del siglo XVIII los botánicos no sabían que el cornezuelo era producido por un hongo. Eso lo descubrió en 1764 el botánico alemán Von Münchhausen, aunque su opinión no fue aceptada hasta que el famoso botánico Candolle la confirmó en 1815”* (Schultes & Hofmann, 2008, p. 105). Además, en la actualidad se conocen 5 especies del *Claviceps purpurea* (Parés, 2013b).

⁶ *“Ergot, la palabra francesa para designar el espolón de un gallo, y que ahora se emplea en varios idiomas, se aplicó por primera vez al cornezuelo en una región cercana a París”* (Schultes & Hofmann, 2008, p. 102).

medicamento oxitócico, es decir, como inductor del parto. Más adelante su uso fue popularizado en la Edad Media a través de las brujas, puesto que eran las comadronas de dicha época (Hofmann, 2006; Muñoz, 2012).

En 1808, el uso del cornezuelo como contractor uterino es citado por primera vez en la literatura médica, por parte del médico estadounidense John Stearns (Hofmann, 2006; Ott, 2011; Rättsch, 2005; Schultes & Hofmann, 2008).

Estas propiedades del cornezuelo, les permitieron a las parteras utilizarlo para inducir abortos a través de métodos no quirúrgicos, razón por la que si bien este hongo fue elogiado durante varios años, terminó siendo condenado de forma pública y legal (Kottow, 2000; Ott, 2011).

Los estudios de la química del cornezuelo fueron dando cuenta de la existencia de diversos alcaloides con distintas propiedades terapéuticas. Este recorrido al parecer se inicia en 1903, año en el que los alcaloides del ergot fueron aislados por la compañía farmacéutica Wellcome (Muñoz, 2012).

En 1918 Arthur Stoll, fundador y director de la sección farmacéutica de laboratorios Sandoz⁷, obtiene el primer alcaloide puro con propiedades medicinales estimables, el que denominó ergotamina. Éste fue todo un éxito, ya que se utilizó como hemostático en partos y como medicamento contra la migraña⁸ (Hofmann, 2006; Ott, 2011; Rättsch, 2005).

Otro hito importante acontece en 1930, cuando W. A. Jacobs y L. C. Craig, del Rockefeller Institute de Nueva York, lograron aislar el componente fundamental común a todos los alcaloides del cornezuelo, al que denominaron ácido lisérgico (Hofmann, 2006).

Durante el trabajo que realizó Hofmann para encontrar y mejorar sustancias con propiedades farmacológicas para la hemorragia post-parto y para las cefaleas, preparó una serie de derivados de alcaloides del cornezuelo⁹. De esta serie, el compuesto número 25 fue la dietilamida del ácido d-lisérgico, sintetizado por primera vez en 1938 por Hofmann y el doctor Kroll, la que recibió el nombre codificado como LSD-25. Las siglas "LSD" provienen del alemán *Lyserg Säure Diethylamid*, y el "25" proviene del lugar que ocupaba esta sustancia en una serie de 27 compuestos que estaban siendo analizados por laboratorios Sandoz¹⁰ (Hofmann, 2006).

En vista de que este compuesto no parecía tener efectos sobre lo que Hofmann buscaba, es decir como estimulante para la circulación y la respiración (analéptico), lo dejó de producir. Sólo 5 años más tarde, en 1943, volvería a producirla, momento en el que se da cuenta de sus efectos psíquicos (Hofmann, 2006).

El descubrimiento de los efectos psíquicos de esta sustancia llevaron a Hofmann a pensar inmediatamente que esta droga podría ser de gran utilidad en farmacología y neurología, pero sobre todo en psiquiatría, puesto que la *"LSD desplegaba sus efectos sobre todo en el dominio de las funciones psíquicas y espirituales superiores y en las más altas de todas"* (Hofmann, 2006, p. 38).

⁷ En la actualidad, Sandoz corresponde a Laboratorios Novartis, de Basilea, Suiza (J. C. Bouso, 2003).

⁸ Es importante señalar que actualmente la ergotamina se vende en Chile como medicamento para la migraña, bajo diversos nombres comerciales, tales como Cefalmin®, Migranol®, Migratam®, Migratapsin®, Fasamigral®, entre otros.

⁹ *"Todos los principios activos del cornezuelo son alcaloides indólicos derivados del mismo compuesto básico: ácido lisérgico"* (Schultes & Hofmann, 2008, p. 103).

De esta manera, a principios de los años 50, Sandoz empezó a distribuir con fines experimentales el nuevo fármaco de LSD-25, con el nombre farmacéutico de *Delysid*[®] (tartrato de LSD). Durante esa década y hasta principios de los años 60, se utilizó ampliamente en psiquiatría clínica y en la investigación del cerebro, por lo que aparecieron cientos de informes que daba cuenta de la relevancia de este fármaco (J. C. Bouso, 2003; Gasser et al., 2014; Ott, 1998, 2011).

“Así empezó la saga del LSD-25 el compuesto psicoactivo o “psiquedélico” más potente conocido hasta ese momento, cuyo descubrimiento introdujo una nueva era de exploración en la naturaleza de lo inconsciente y en la función histórica de los alucinógenos en la evolución y el mantenimiento de sistemas metafísicos e incluso sociales” (Furst, 2002, p. 118).

2.2.1.1. Farmacología

La LSD es un agonista parcial de los receptores 5HT_{2A}, 5HT_{2C} y 5HT_{1A} de la serotonina¹¹, lo que da cuenta de sus propiedades alucinógenas¹². Su acción agonista en dichos receptores podría explicar los efectos particulares de la LSD sobre los sistemas que se involucran a ellos (Passie et al., 2008).

Se ha observado que antidepresivos tricíclicos al ser usados de forma crónica, amplifican los efectos subjetivos de la LSD, y que un uso crónico de inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) atenúan sus efectos (Jerome, 2008).

Además de activar los receptores de serotonina, la LSD activa los de dopamina, mostrando afinidad a los receptores D₁ y D₂ (Gasser, 2007; Jerome, 2008; Passie et al., 2008). Hofmann (2006) especificó que la LSD también influye en las funciones neurofisiológicas asociadas a la dopamina, ya que algunos centros cerebrales que responden a la dopamina se activan con ella, y otros se ven amortiguados.

Furst (2002) señala que *“los receptores de dopamina están presentes en las regiones superiores del cerebro, las cuales se hayan involucradas en las experiencias más complejas y por tanto resultan probables sedes de los estados alternos de conciencia, o “alucinaciones”. Su función, reportan los investigadores de la UCLA, hace que parezca que los efectos del LSD que imitan los estados psicóticos (advertidos primero por Hofmann hace más de treinta años) también pueden estar relacionados con la actividad de los sistemas dopamínicos del cerebro”* (Furst, 2002, p. 116).

También se ha observado que la LSD activa los receptores de norepinefrina (Furst, 2002; Gasser, 2007; Jerome, 2008).

¹¹ La serotonina *“es una sustancia activa natural que aparece en diversos órganos del organismo de animales de sangre caliente. Está concentrada en el cerebro intermedio y tiene un papel importante en la transmisión de estímulos en ciertos nervios y con ello en la bioquímica de las funciones psíquicas”* (Hofmann, 2006, p. 42). Además, la serotonina cumple un papel en los procesos alérgico-inflamatorios y también en el origen de la migraña, por lo que si una sustancia opera de forma específica sobre ella, entonces se vuelve muy importante para la investigación médica (Hofmann, 2006).

Hasta la fecha se sabe que el sistema serotoninérgico está involucrado en el control de la sensación, el sueño, la atención, la memoria y el ánimo, por lo que cualquier sustancia que la afecte podría alterar alguna de estas funciones (Passie, Halpern, Stichtenoth, Emrich, & Hintzen, 2008).

¹² *“Para que un fármaco tenga poder alucinógeno debe activar necesariamente un subtipo de receptor cerebral de serotonina muy concreto: el llamado 2^a (o receptor 5-HT_{2A})”* (J. Bouso & Farré, 2013, p. 50).

Desde el descubrimiento de los efectos¹³ psicoactivos de la LSD, ésta pasó a ser uno de los fármacos más potentes conocidos por la ciencia, lo que se mantiene hasta el día de hoy, ya que es activa en dosis bajísimas, entre 10 a 20 mcg (millonésimas de gramo); lo que no ocurre con otras sustancias (J. C. Bouso, 2003; Ott, 2011).

El etnobotánico estadounidense Jonathan Ott especifica que *“la dosis oral activa en el hombre va de los 50 a los 500 microgramos, por encima de los cuales la mayoría de los usuarios alcanza el nivel de saturación, de modo que un aumento posterior de la dosis no se traduce en una intensificación de los efectos”* (Ott, 2011, p. 121).

Las dosis bajas que rondan entre los 50 y 100 microgramos, generan efectos de estimulación sensorial, es decir *“agudiza las percepciones de tal modo que las formas, los colores y los sonidos se perciben con matices novedosos y con mayor sensibilidad. También a esas dosis se pueden producir alteraciones perceptivas leves, modificar el proceso de pensamiento (por ejemplo, acelerándose) y percibir las emociones con mayor intensidad (tanto las agradables como las desagradables). A dosis bajas es característica la euforia que provoca y que los consumidores manifiestan con risas incontroladas”* (J. C. Bouso, 2003, p. 26).

Una dosis moderada de 75 a 150 mcg altera el estado de conciencia de forma significativa (Passie et al., 2008).

A dosis más altas, que van entre los 200 y 300 microgramos, los efectos de esta sustancia permiten *“adentrarse en zonas del inconsciente que generalmente son inaccesibles en el estado ordinario de conciencia. A estas dosis, la LSD despliega sus efectos prototípicos como psicodélico, donde la percepción de la realidad y de uno mismo se pueden modificar, aparecen visiones bien perfiladas y a veces se produce lo que se llama una disolución del ego, donde los límites que separan la conciencia del yo se disuelven pudiéndose alcanzar sensaciones de tipo místico como “fundirse” con el universo o “identificarse” con animales y plantas, a la vez que se recorren extensos territorios mentales cargados de significado”* (J. C. Bouso, 2003, p. 27).

Es importante señalar que la alta eficacia de la LSD con dosis tan mínimas, significa no sólo una relevancia cuantitativa, sino que también cualitativa, en la medida en que en ella se expresa una acción muy específica de la sustancia que va dirigida hacia la psique humana. Esto también se puede deducir de que la LSD opera en centros importantes de regulación de las funciones psíquicas y espirituales (Hofmann, 2006).

“Los efectos psíquicos del LSD, generados por cantidades tan ínfimas de sustancia, son demasiado significativos y multiformes para que puedan explicarse a través de cambios tóxicos de las funciones cerebrales. (...) Más bien deben de cumplir un papel las modificaciones en la conductibilidad de los nervios y la influencia en la actividad de la sinapsis, que han sido demostradas experimentalmente” (Hofmann, 2006, p. 57).

Los efectos de esta sustancia empiezan a los 30-90 minutos después de la ingesta oral, y duran unas 8 horas o más. Las dosis altas pueden tener una acción

¹³ Es importante explicar que *“los efectos fisiológicos de cualquier droga se deben a su acción sobre el cerebro. Ello se debe a que la estructura química de las drogas es parecida a la estructura química de los llamados neurotransmisores cerebrales, que son las sustancias químicas que se encuentran presentes de manera natural en el cerebro de los organismos y que sirven para transmitir información de una neurona a otra”* (J. Bouso & Farré, 2013, p. 48).

durante 10 ó 12 horas. El máximo de los efectos se puede sentir durante las primeras 2 a 4 horas luego de ser ingerida (Ott, 2011; Passie et al., 2008).

Respecto del tipo de efectos, la LSD produce *“profundas alteraciones visuales, auditivas y sinestesia”* (Ott, 2011, p. 121). Además, *“estimula centros del sistema nervioso simpático en el cerebro intermedio, lo cual conduce a la dilatación de pupilas, al incremento de la temperatura corporal y al aumento del nivel de glicemia”* (Hofmann, 2006, p. 42). El leve aumento en la producción de saliva y sudor, junto con los efectos vasoconstrictores de esta sustancia, también dan cuenta de la estimulación que genera en el sistema simpático (Jerome, 2008; Passie et al., 2008).

Además, como se señaló anteriormente, produce un efecto contractor del útero (Hofmann, 2006) e incrementa levemente la presión y la frecuencia cardíaca (Jerome, 2008; Passie et al., 2008).

Pueden presentarse mareos, sensación de debilidad, dificultades para coordinar el movimiento, dificultades en la concentración y atención, además de ansiedad y estimulación. También puede potenciar tareas que requieren de la creatividad (Jerome, 2008; Passie et al., 2008).

Los afectos se intensifican y el pensamiento se potencia en extremo, pudiendo generarse nuevas asociaciones o significados ligados a objetos y relaciones interpersonales. Aumenta la capacidad de introspección, y el humor puede ser más lábil, modificándose rápidamente o cambiando de cualidad. Los sentidos se potencian, pueden producirse distorsiones perceptivas o ilusiones, el sentido del tiempo se puede alterar, y puede haber despersonalización y desrealización ya que la identificación con el ego se debilita (Gasser et al., 2014; Passie et al., 2008).

Además pueden presentarse experiencias trascendentales o de una realidad alternativa (Jerome, 2008).

Respecto de su metabolización, cabe señalar que la vida media¹⁴ encontrada en humanos (con una dosis de 200 mcg) es de 175 minutos, y que demora en eliminarse entre 4 y 6 horas luego de su administración (Passie et al., 2008).

Desde el punto de vista médico, la LSD es una de las sustancias más seguras que se conocen, y su dosis letal para el ser humano se desconoce porque nunca se ha alcanzado. Su margen de seguridad¹⁵ alcanza por lo menos valores de 1 a 650, y probablemente se extiende aún más allá. Esto significa que se necesitaría consumir por lo menos 650 veces la dosis activa media para que se produjera una sobredosis (Gasser, 2007; Passie et al., 2008).

“La LSD posee uno de los índices terapéuticos más elevados de todos los medicamentos que se conocen (la relación entre la dosis letal y la dosis efectiva no se conoce, ya que ningún ser humano ha muerto por sobredosis de LSD. Pero debe de ser muy elevada ya que ha habido personas que por error han tomado de una sola vez una cantidad equivalente a cientos de dosis. Esto demuestra que la droga no es en absoluto tóxica)” (Ott, 2011, p. 132).

Además, tampoco se han registrado alteraciones en las funciones del hígado, ni enfermedades o daños a órganos o sistemas (Gasser, 2013; Jerome, 2008).

¹⁴ La vida media corresponde al tiempo que demora en eliminarse del organismo la mitad de la concentración plasmática de un fármaco (Ott, 2011).

¹⁵ El margen de seguridad hace referencia a una determinada amplitud terapéutica, es decir, a la diferencia entre la dosis activa y la mortal (Hofmann, 2006).

“En términos puramente fisiológicos, la dietilamina del ácido lisérgico es la droga menos tóxica que conoce la ciencia. No mata, ni siquiera en enormes sobredosis y a pesar de producir cambios drásticos en la conciencia, no tiene efectos adversos ni duraderos en el cuerpo” (Grof, 2005, p. 7).

Sobre sus efectos secundarios¹⁶ en el ámbito de la medicina se habla del Trastorno Perceptivo Persistente por Alucinógenos, según criterios diagnósticos del DSM-IV. Éste es conocido coloquialmente como “flashbacks”, y consiste en molestias perceptivas que se pueden manifestar bajo la forma de *“patrones geométricos pseudoalucinatorios, falsas percepciones fugaces en la periferia del campo visual, destellos de color e imagería mental”* (J. C. Bouso, 2003, p. 29). Su aparición es involuntaria, y puede aparecer después de días, semanas o meses luego de haber consumido (Caudevilla, 2013).

También es importante indicar que los “flashbacks” generalmente se han observado tras el uso recreativo de esta sustancia, y no tanto en contextos de condiciones controladas, en los que la experiencia con LSD deja efectos positivos duraderos en el comportamiento y personalidad (Gasser, 2007; Passie et al., 2008).

En relación con posibles daños neurológicos, es relevante señalar que en grupos de usuarios de LSD no se ha encontrado ningún tipo de déficit (J. C. Bouso, 2003; Johnson et al., 2008).

Otra característica de este fármaco, hace referencia a que no genera dependencia, pero sí induce una rápida tolerancia, por lo que si se tiene un consumo continuado es necesario incrementar sus dosis para alcanzar el mismo efecto. Además, al consumirlo durante 4 ó 5 días seguidos deja de hacer efecto, con independencia de la cantidad que se tome, por lo que rara vez provoca un hábito. Por esta razón, esta sustancia no presenta la más mínima capacidad adictiva (J. C. Bouso, 2003; Escohotado, 2008; Hofmann, 2006).

Sin embargo, a pesar de que este fármaco sea muy seguro para el organismo, presenta riesgos en el plano psíquico. La LSD se ha descrito como un amplificador no específico de procesos mentales, es decir, *“altera las percepciones, los pensamientos, el estado de ánimo y el sentimiento de identidad (la percepción de uno mismo como habitualmente es) pudiéndose acompañar de sensaciones de pérdida de control”* (J. C. Bouso, 2003, pp. 27-28).

De esta forma, el peligro consiste en experimentar un efecto más intenso del que se está preparado para vivenciar, ya que se puede presentar pérdida del ego o de la identidad a dosis por encima de los 250 mcg, lo que puede ser una experiencia anhelada para algunos, pero terrorífica para otros. En este sentido, *“la peligrosidad del LSD no reside en su toxicidad, sino en la imposibilidad de prever sus efectos psíquicos”* (Hofmann, 2006, p. 40).

¹⁶ *“Hablamos de efectos secundarios para referirnos a los efectos molestos o desagradables que se derivan del consumo de drogas, fármacos y medicamentos. Los efectos secundarios son intrínsecos a cada sustancia y no se pueden separar de sus efectos buscados. Por tanto, cada sustancia tiene una serie de efectos secundarios propios que aparecen en la mayoría de las personas que la toman”* (J. C. Bouso, 2003, p. 74). En el caso de las sustancias psicoactivas, éstos puede ser psicológicos o físicos, pudiendo presentarse como agudos, a corto plazo o a largo plazo. Los agudos corresponden a los que aparecen cuando la sustancia despliega sus efectos, los que son a corto plazo aparecen o se mantienen desde las 24 horas siguientes a la ingesta hasta una semana posterior al consumo, y los efectos a largo plazo son aquellos que aparecen o se mantienen por más de una semana (J. C. Bouso, 2003).

Por esta razón, en algunas personas podría provocar estados psicóticos transitorios o prolongados, en caso que presenten vulnerabilidad a desarrollar dicho trastorno. También se ha observado que puede provocar angustia y reacciones de pánico. Estas situaciones se pueden prevenir realizando evaluaciones previas a los sujetos que la ingerirán, entregándoles información sobre los potenciales efectos de la sustancia, monitoreando y supervisando a los que la hayan ingerido, y utilizando dosis ascendentes durante el transcurso del tratamiento (Gasser, 2007; Jerome, 2008).

En caso que la LSD genere una psicosis aguda, ésta se puede interrumpir rápidamente con un antídoto, administrando “una inyección intramuscular de 50 mg de clorpromazina” (Sandoz Argentina S. A. I. C., s. f.) según se indica en el prospecto de *Delysid®*, aunque también se puede utilizar otro tranquilizante similar (Hofmann, 2006).

Se ha observado en salas de emergencia que el diazepam puede reducir el pánico y la ansiedad que puedan atravesar personas que se encuentren bajo los efectos agudos de la LSD (Passie et al., 2008).

2.2.2. Psilocibina: 4-fosforil-N, N-dimetiltriptamina

Teunamacatlth o *teonanácatl* era el nombre que recibían los hongos sagrados en náhuatl -la lengua de los nahuas, mexicas o aztecas-, palabra que significa “hongo maravilloso”, “hongo sagrado” u “hongo embriagante”. También se traduce su nombre como “carne de los dioses” (teo = divino, dios; nácatl = comida o carne). A través de los escritos de los españoles sabemos que los indígenas conocían varias especies diferentes, y que veían visiones con ellos (Rätsch, 2005; Schultes & Hofmann, 2008).

Los aztecas utilizaban estos hongos en ceremonias sagradas, de adivinación y de sanación. Para ellos, esta especie junto con otras plantas psicoactivas, eran en sí una divinidad y no sólo un medio de comunicación con lo sobrenatural (Schultes & Hofmann, 2008).

Este pueblo indígena utilizaba los hongos psicocínicos con fines medicinales, por vía tópica para el tratamiento de la gota y por vía oral para tratar una “fiebre acuática”. Además, eran ingeridos por el chamán o *pahini* (“aquel que consume medicinas”) como ayuda adivinatoria en el diagnóstico de las causas naturales o mágicas de la enfermedad (Ott, 2011; Rätsch, 2005).

Durante la conquista española en el siglo XVI, algunas crónicas de misioneros narran la ingesta de ciertos hongos por parte de los aztecas, de tal forma que “nuestras fuentes de información más tempranas sobre los hongos sagrados de México datan del siglo que siguió a la sangrienta conquista del imperio azteca en 1521” (Ott, 2011, p. 270).

Además, los hongos sagrados aparecen en el arte mexicano de diversos pueblos, lo que da cuenta del culto que se les tenía, junto con un cierto temor y reverencia. En Guatemala, El Salvador, Honduras y México se han encontrado más de doscientas imágenes de piedra esculpidas en forma de hongos, de las que emergen figuras humanas y animales. Estos hallazgos arqueológicos hacen referencia al uso terapéutico y sacramental de estas especies desde hace unos tres milenios (Escohotado, 2008; Ott, 2011; Schultes & Hofmann, 2008).

Estos hongos psicoactivos eran considerados sagrados por estas culturas, razón por la cuál la iglesia católica persiguió su consumo, relegándolo a la clandestinidad. La persecución de este culto implicó que los chamanes ocultaran sus prácticas, por lo que durante los siguientes cuatro siglos nada se supo sobre ello, ni siquiera en la literatura etnográfica posterior, de tal forma que se llegó a dudar de la existencia de estas prácticas en el pasado (Schultes & Hofmann, 2008).

Tan sólo en el siglo XX, antropólogos y botánicos tuvieron contacto con estas prácticas, las que hasta el día de hoy se mantienen entre algunas culturas. El etnobotánico R. E. Schultes descubrió que el hongo azteca *teonanácatl* seguía siendo utilizada por chamanes, en Oaxaca, México (López, 2009; Schultes & Hofmann, 2008).

En 1955 el etnomicólogo R. Gordon Wasson conoce a la curandera María Sabina en México, quién lo guiará y permitirá ser parte de las ceremonias en que utilizaban estos hongos. De esta forma, se comienza a tener acceso a estas especies fúngicas y a estos rituales (Grob, Bossis, & Griffiths, 2013; Parés, 2013b; Rátsch, 2005).

“La ceremonia del hongo es una sesión que dura toda la noche y que puede comprender un ritual curativo. Los cantos acompañan la parte principal de la ceremonia. La intoxicación se caracteriza por visiones fantásticamente coloreadas y en movimiento caleidoscópico; en algunas ocasiones también hay alucinaciones auditivas; el participante se sumerge en vuelos que lo llevan a mundos fantásticos sobrenaturales” (Schultes & Hofmann, 2008, p. 159).

Un año después del descubrimiento y síntesis de la LSD en Suiza, el micólogo francés Roger Heim envió muestras de hongos *teonanácatl* a Hofmann cuando trabajaba en Sandoz, ya que pensaba que él podría realizar un buen análisis químico de ellos. En 1958, en esta investigación Hofmann descubrió que la psilocibina y la psilocina eran los principios activos de los hongos alucinógenos más importantes, a partir de los esclerotes de “psilocibe mexicana”. Después de aislar estas sustancias, Hofmann determina sus estructuras químicas y las verifica sintetizándolas (Hofmann, 2006).

Más adelante, en 1960, la psilocibina fue producida y distribuida gratuitamente por Laboratorios Sandoz en diversos círculos para ser probada en psicoterapia, con el nombre farmacéutico de *Indocybin*[®]. Se entregó a psiquiatras e investigadores interesados en su potencial terapéutico y en su utilidad como herramienta farmacológica para estudiar procesos cognitivos (J. Bouso & Farré, 2013; Jerome, 2007b; Ott, 2011).

Hasta principios de los años setenta se realizó investigación clínica con psilocibina, en diversos hospitales de España y otras partes del mundo (J. Bouso & Farré, 2013).

Finalmente, es importante mencionar que en la actualidad se continúan realizando ceremonias con estos hongos, por parte de los indios mazatecas del noroeste de Oaxaca. Estas ceremonias, denominadas “veladas”, duran toda una noche, y están conducidas por un chamán, que puede ser hombre o mujer. Además, van acompañadas de un ritual de curación, en los que por medio del uso de estos hongos, el chamán se comunica con las fuerzas espirituales que le dicen cómo efectuar la sanación de los enfermos (López, 2009; Schultes & Hofmann, 2008).

Dichos hongos actualmente se utilizan para curar diversas enfermedades, incluyendo problemas intestinales y estomacales, migrañas, dolores de cabeza, inflamaciones, rotura de huesos, ataques epilépticos, y otros trastornos agudos o

crónicos. Las dosis que se utilizan para ello pueden llegar a ser psicoactivas, o bien pueden estar por debajo del margen de estos efectos (Rätsch, 2005).

2.2.2.1. Farmacología

La psilocibina es un alcaloide triptamínico, y sus acciones son mediadas principalmente por el receptor 5-HT_{2A/C}, donde actúa como agonista o agonista parcial (subtipos 5-HT_{1A}, 5-HT_{2A} y 5-HT_{2C}) (Carhart-Harris et al., 2012; Hasler, Grimberg, Benz, Huber, & Vollenweider, 2004; MacLean, Johnson, & Griffiths, 2011; Tagliazucchi et al., 2014).

Además se ha observado que la psilocibina incrementa la dopamina, por lo que sus efectos también se ligan a este sistema de neurotransmisión. En concreto, se ha observado una correlación entre el aumento de la actividad dopaminérgica con los fenómenos de desrealización, despersonalización y de euforia producto de la psilocibina (Hasler et al., 2004).

De esta manera, la psilocibina y los alucinógenos actúan sobre las estructuras cerebrales encargadas de la emoción y la memoria, en las áreas frontales y corticales. Además actúan sobre estructuras cerebrales encargadas de la autoconciencia y la introspección, como la corteza cingulada y la ínsula. También activan áreas parahipocampales, las que corresponden a estructuras corticales cercanas a áreas subcorticales que procesan la memoria emocional (J. Bouso & Farré, 2013).

Específicamente, *“los alucinógenos, al activar los receptores 5-HT_{2A}, ponen en marcha una compleja reacción en cadena de liberación de glutamato¹⁷ que hace que se activen pensamientos y organizaciones cognitivas que en condiciones ordinarias se encuentran de alguna manera desconectadas, acompañadas de una agudización de la autoconciencia que dota de un contenido emocional revelador a los fenómenos experimentados”* (J. Bouso & Farré, 2013, p. 52).

También se ha observado que la psilocibina disminuye la actividad de la amígdala durante un proceso emocional, lo que se asocia a un incremento del estado de ánimo positivo. Estos hallazgos podrían ser relevantes para personas que sufren depresión mayor, puesto que con esta sustancia se estima que se podría normalizar la hiperactividad de la amígdala y los bajos estados de ánimo de estos sujetos. Por lo demás, esto permite comprender el papel de la psilocibina en los procesos emocionales (Kraehenmann et al., 2014).

Además esta sustancia disminuye la actividad y conectividad de zonas del cerebro que posibilitan una conexión central, como son las regiones del tálamo, el córtex cingulado anterior y el córtex prefrontal medial. Esta disminución de actividad se observa en la baja del flujo sanguíneo y de la oxigenación de las venas de esas regiones, al mismo tiempo que decrece de forma significativa la conectividad principal entre las zonas del córtex mencionadas. Estas acciones acontecen de forma correlativa con la intensidad de los efectos subjetivos de la sustancia, lo que permitiría explicar sus efectos en la conciencia y el estado cognitivo de amplitud “sin límites” que posibilita, ya que dichas regiones se ligan a las funciones de integración y

¹⁷ El glutamato es el principal neurotransmisor excitatorio de la corteza cerebral, por lo que le sirve para gestionar la activación cognitiva (J. Bouso & Farré, 2013).

encaminamiento de la información (Carhart-Harris et al., 2012; Jerome, 2007b; Tagliazucchi et al., 2014).

Estos hallazgos dan cuenta de que en estado no alterado de conciencia, el cerebro y la mente actúan constriñendo la experiencia del mundo, lo que se ampliaría en términos de conciencia con el uso de sustancias que disminuyen dichas funciones constreñidoras; esto muestra que uno de los efectos de la psilocibina consiste en posibilitar una cognición hiperasociativa (Carhart-Harris et al., 2012; Tagliazucchi et al., 2014).

Respecto de las dosis, se ha observado que la psilocibina es activa aproximadamente a los 10 mg, al ser administrada de forma oral (Grob et al., 2010, 2013).

La dosis alta se ha situado en los 30 mg/70 kg, la que resulta segura cuando se administra luego de seleccionar y preparar a las personas que la ingerirán, y en un *setting* confortable y bien supervisado (Escohotado, 2008; Griffiths et al., 2011; Griffiths, Richards, McCann, & Jesse, 2006; Jerome, 2007b).

Jonathan Ott (2011) menciona que la “dosis máxima segura” se ha establecido en los 150 mg.

En el cuerpo humano, la psilocibina es inmediatamente metabolizada por el hígado y transformada en psilocina¹⁸, la que es realmente el constituyente psicoactivo. Esta transformación implica que la primera se desfosforila, es decir pierde el átomo de fósforo, con lo que se crea el metabolito de la psilocina. Debido a ello se dice que la psilocibina *“es una prodroga que contiene dentro de ella el principio activo sin ser ella misma psicoactiva, ya que sólo inducirá efecto cuando se haya transformado en psilocina dentro del organismo”* (J. Bouso & Farré, 2013, p. 45).

Tanto la psilocibina como la psilocina son excretadas del organismo luego de 24 horas de su administración (Kumar, 2007).

Además, la psilocibina es una sustancia poco tóxica que el cuerpo asimila sin dificultad, y hasta el momento no se conoce la cantidad letal para seres humanos, ya que nadie se ha acercado ni siquiera a una intoxicación aguda (Escohotado, 2008; Kumar, 2007).

Esta sustancia se caracteriza por la especificidad en su acción sobre el sistema nervioso central, lo que significa que los efectos sobre otras partes del organismo son escasos. Esto no suele ocurrir con la mayoría de drogas ilegales o de prescripción. *“Así, la psilocibina resulta extraordinariamente segura a nivel orgánico, sin que exista en la práctica una dosis tóxica que pueda poner en peligro la vida del usuario a través de una intoxicación aguda. Además, carece de efectos tóxicos sobre el aparato digestivo,*

¹⁸ La psilocina es un derivado inestable de la psilocibina, encontrado por Hofmann al analizar la *“psilocibe mexicana”*. Si bien ambas son parecidas en términos farmacológicos a la LSD, su principal diferencia reside en su eficacia cuantitativa, ya que *“la dosis activa media de psilocibina o psilocina en el hombre es de diez miligramos (0,01 g), con lo cual estas sustancias son unas cien veces menos activas que el LSD, en el que 0,1 miligramos constituyen una dosis fuerte”* (Hofmann, 2006, p. 128).

Otra diferencia que establece Hofmann respecto de la psilocibina y la LSD corresponde a la duración de sus efectos, señalando que la psilocibina puede durar entre 4 a 6 horas, por lo que es menor su duración. Además sus mayores efectos se comienzan a sentir luego de 20 a 30 minutos de su ingestión por vía oral, por lo que es más rápida que la LSD (Hofmann, 2006).

respiratorio, circulatorio, endocrino, renal o neurológico, a corto o largo plazo” (Caudevilla, 2013, p. 70).

Esta droga no genera dependencia ni una búsqueda compulsiva de su consumo (Griffiths, Richards, Johnson, McCann, & Jesse, 2008; Griffiths et al., 2006; Kumar, 2007).

La psilocibina produce una rápida tolerancia, por lo que si se consume de forma sostenida y continua en el tiempo se dejarán de sentir sus efectos, por mucho que se aumenten sus dosis. Esto ocurre debido a un fenómeno denominado “regulación a la baja”, consistente en que los receptores 5-HT_{2A} se desactivan luego de estar permanente activados por la acción agonista de la psilocibina, por lo que debe transcurrir un tiempo sin activación de algún agonista para que vuelvan a su funcionamiento normal. *“El hecho de que los receptores 5-HT_{2A} se desactiven por el consumo continuado de psilocibina permite así mantener niveles altos de serotonina en el sistema sin que aparezcan efectos subjetivos”* (J. Bouso & Farré, 2013, p. 63).

En este sentido, desde un punto de vista farmacológico la administración cotidiana de esta sustancia resulta imposible (Caudevilla, 2013, p. 78).

Además, los efectos físicos de la psilocibina con dosis medias-altas corresponden a un aumento del diámetro pupilar denominado midriasis, lo que tiene relación con la activación del sistema nervioso simpático. La tensión arterial y frecuencia cardíaca pueden aumentar o disminuir, lo que no aparece en todas las personas. Su aumento se relaciona con qué tan desagradable o ansiógena se percibe la experiencia. En este sentido, esto no corresponde a un efecto directo de la psilocibina, sino que corresponde a una alteración secundaria a un estado de ansiedad, si bien las dosis altas en sus efectos máximos también pueden producirlo (Caudevilla, 2013; Jerome, 2007b; Ott, 2011).

Lo anterior implica que la psilocibina puede ser de riesgo en personas con problemas cardiovasculares graves ya que podría incrementar ligeramente y de forma temporal la presión sanguínea (Caudevilla, 2013).

En relación con los posibles daños neurológicos que se podrían asociar al uso de esta sustancia, es importante mencionar que los pocos estudios que se han llevado a cabo respecto de sus efectos a largo plazo sobre funciones cognitivas, no han encontrado evidencias de déficits neuropsicológicos. Además, *“un estudio recién publicado en el que se recogían datos de 110 voluntarios a los que se les administró psilocibina en un contexto de ensayo clínico tampoco evidenció ningún tipo de secuelas a largo plazo en los voluntarios, si bien se trataba de voluntarios escrupulosamente bien seleccionados”* (J. Bouso & Farré, 2013, p. 53).

A la fecha, tampoco se han registrado enfermedades en órganos o sistemas asociadas al consumo de psilocibina, ni muertes provocadas directamente por la ingesta de los hongos que la contienen (Jerome, 2007b).

Los efectos psicológicos de la psilocibina corresponden a experiencias subjetivas con una alta carga emocional, en las que las palabras muchas veces resultan insuficientes como para comprender totalmente la experiencia. Sobre esta sustancia es importante mencionar que si bien se la suele clasificar como “alucinógena”, las alucinaciones (percepciones que no corresponden a estímulos reales) pueden ser uno de sus efectos, pero sólo con dosis elevadas; y además no corresponden al elemento fundamental de la experiencia (Caudevilla, 2013).

En dosis leves y medias, la psilocibina es como una LSD más cálida, menos implacable en la lucidez interna, ya que llama a amar y compartir al mismo tiempo que posibilita altos grados de libertad en la percepción. Sin embargo, también se pueden tener viajes duros, si se está en condiciones inadecuadas o si se duda de ingerirla (Escotado, 2008).

Además, las percepciones visuales son más fuertes con psilocibina, y la experiencia es menos intensa, más eufórica y con menos reacciones de pánico y oportunidades de paranoia como ocurre con LSD (Grob, 2007; Grob et al., 2010, 2013; Jerome, 2007b).

La psilocibina y la LSD tienen en común la posibilidad de generar un efecto “impersonalizado”, que resulta poco acorde a los intereses del yo cotidiano, ya que no ofrecen mirar lo que uno quiere o acostumbra ver, sino que muestran “lo que hay realmente” (Escotado, 2008).

De esta forma, los efectos psicológicos de la psilocibina son similares a los que producen otros alucinógenos mediados por el sistema serotoninérgico. Dichos efectos incluyen significativas alteraciones perceptuales, cognitivas, afectivas, volitivas y de funciones somaestésicas, incluyendo cambios en las sensaciones visuales y auditivas, alucinaciones y sinestesias, dificultad de pensamiento, fluctuaciones de ánimo, fenómenos disociativos, estados de éxtasis, disolución de funciones yoicas y experiencias de unión con los otros y el mundo natural (Griffiths et al., 2011, 2006; Grob et al., 2013; Hasler et al., 2004; Jerome, 2007b, 2007b; Kumar, 2007; MacLean et al., 2011; Ott, 2011; Tagliazucchi et al., 2014). También se registran alteraciones en la percepción del tiempo, del espacio y del yo (Hasler et al., 2004; Jerome, 2007b; Kumar, 2007; Tagliazucchi et al., 2014).

Cabe señalar que *“uno de los efectos subjetivos prototípicos de la psilocibina parece ser precisamente la inducción de algún tipo de experiencia mística”* (J. Bouso & Farré, 2013, p. 60).

Las experiencias místicas se han definido como sentimientos de unidad e interconexión con todas las personas y cosas, junto con un sentido de lo sagrado, con sentimientos de paz y felicidad, con un sentido de la trascendencia del tiempo y espacio corrientes, y una creencia intuitiva en la experiencia como fuente de una verdad objetiva sobre la naturaleza de la realidad. Ya que estas experiencias les permiten a los sujetos trascender sus usuales patrones de pensamiento, sentimiento y actuar, es posible que puedan ocasionar cambios persistentes en algunas dimensiones de la personalidad (MacLean et al., 2011).

Es en relación con los aspectos mentales o psicológicos donde la psilocibina presenta sus riesgos o inconvenientes ligados a su consumo. Se puede vivenciar una experiencia desagradable, la que puede variar desde una *“ansiedad inespecífica hasta estados de terror y alucinaciones visuales incontrolables, ideas paranoides de persecución, sensación de alienación, de que el mundo no es real, o de muerte inminente”* (Caudevilla, 2013, p. 79).

Sin embargo, es relevante mencionar que *“algunos especialistas en el tratamiento de psicoterapia con psicodélicos no consideran que este tipo de experiencias sean negativas, sino que ponen la atención en el hecho de que pueden ser muy beneficiosas para la persona en la medida en que sea capaz de superarlas”* (Caudevilla, 2013, p. 81).

Es importante destacar que los riesgos que pueden acarrear este tipo de sustancias no deben ser desestimados, puesto que incluso en estudios clínicos en que se minimizan los efectos adversos –preparando al sujeto y las condiciones del consumo– algunas personas han presentado ansiedad, miedo y paranoia. En este sentido, se comprende que bajo condiciones no monitorizadas estas sensaciones pueden escalar hasta el pánico y la conducta peligrosa (Griffiths et al., 2006; Hasler et al., 2004; Kumar, 2007).

Debido a sus posibles efectos de pérdida temporal de las funciones cognitivas, se recomienda no administrar psilocibina a personas con estructuras inestables de personalidad, ya que podrían manifestar una transitoria experiencia de ansiedad luego de consumir altas dosis (Hasler et al., 2004).

Además, ya que puede alterar el estado de conciencia, provocar poderosos *insights*¹⁹ y gatillar profundas preguntas existenciales y espirituales, esta sustancia debería ser administrada con cautela a personas que sean vulnerables a desarrollar una psicosis o ideas sobrevaloradas (Moreno, Wiegand, Taitano, & Delgado, 2006).

La administración de psicofármacos como benzodiazepinas son eficaces para reducir la ansiedad y el miedo que pueden provocar las experiencias con psilocibina, pero no tienen efectos sobre las alucinaciones. Los antipsicóticos atípicos (como la risperidona) son selectivos sobre los receptores en los que actúa la psilocibina, por lo que pueden ser eficaces para controlar los síntomas agudos. Los antipsicóticos típicos (como el haloperidol) suelen potenciar los síntomas agudos, pero son útiles en caso de que tras la desaparición de los síntomas agudos de la psilocibina persistan síntomas floridos como paranoia o ideas autorreferenciales (Vollenweider, Vollenweider-Scherpenhuyzen, Bäbler, Vogel, & Hell, 1998).

2.2.3. MDMA: ± 3,4-metilendioximetanfetamina

Se registran los primeros usos de esta sustancia ligados a su diseño en laboratorio, si bien se puede sintetizar tanto de precursores artificiales como naturales. Respecto de estos últimos, cabe señalar que *“el ancestro vegetal de la MDMA son aceites volátiles contenidos en la nuez moscada y en simientes de cálamo, azafrán, perejil, eneldo y vainilla”* (Escotado, 2008, p. 1297).

El aceite de sasafrás²⁰ es un precursor natural de la MDMA. Hasta la fecha, no se ha documentado un uso ritual de este aceite, y de hecho, el uso del aceite de sasafrás como embriagante no se hace conocido hasta después de que la MDMA se vuelve ilegal (Rätsch, 2005).

Lo que existen son algunos informes sobre efectos psicoactivos al ingerir el té de sasafrás, que en altas dosis genera una profunda estimulación, cambios perceptuales, excitación erótica, y particularmente una sensibilidad más profunda en el ámbito de lo emocional (Rätsch, 2005).

¹⁹ *“Insight”* es un término perteneciente a la psicología de la Gestalt, y hace referencia al entendimiento o comprensión que puede tener una persona sobre algo particular. También suele ser denominado como *“visión interna”* (Avila & Poch, 1998).

²⁰ Este aceite se extrae del *Sasafrás albidum*, un árbol perteneciente a la familia *Lauraceae*, que es originario de Norteamérica (Rätsch, 2005).

Debido a que el aceite de sazafrás se puede utilizar como precursor de la MDMA, es una sustancia controlada y casi nunca se encuentra a la venta. Incluso sus materiales crudos han desaparecido del mercado (Rätsch, 2005).

Si bien la MDMA se puede elaborar a partir de dichos precursores naturales, también se puede obtener de forma sintética. En este sentido, esta sustancia corresponde a una “droga de síntesis”²¹, denominación que adquieren las sustancias sintéticas que aparecieron desde los ochenta en la historia de la farmacología (Escohotado, 2008).

A principios de los años noventa, a partir de la feniletilamina²² se sintetizaron anfetaminas y sus análogos, así como también la MDMA (J. C. Bouso, 2003).

“La MDMA fue sintetizada por primera vez en los laboratorios Merck de Alemania, en 1912, en el transcurso de un programa de investigación de nuevos fármacos capaces de controlar las hemorragias nasales” (J. C. Bouso, 2003, p. 49). En ese momento se sintetizó una sustancia conocida farmacéuticamente como Hidrastinín®, de la que derivó la MDMA como un subproducto, pero no continuaron las investigaciones sobre sus acciones farmacológicas (J. C. Bouso, 2003; J. C. Bouso, Doblin, Farré, Alcázar, & Gómez-Jarabo, 2008; Escohotado, 2008; Jerome, 2007a).

Más adelante, en 1953 se inician pruebas con animales. Luego el químico y farmacólogo Alexander Shulgin vuelve a sintetizarla en 1969, ya que estaba interesado en las feniletilaminas, y la probó para conocer sus efectos psicoactivos. De inmediato se percató de su potencial terapéutico, por lo que comenzó a realizar ensayos clínicos en seres humanos. Como resultado de dichos estudios, en 1978 Shulgin lleva a cabo las primeras publicaciones científicas que daban cuenta de los efectos de esta sustancia en las personas (G. Anderson, Braun, Braun, Nichols, & Shulgin, 1978).

A pesar de que la MDMA es semejante en términos químicos a los efectos estimulantes de las anfetaminas y a los efectos psicodélicos de la psilocibina, sus efectos no son estimulantes ni psicodélicos. Además, debido a la capacidad de la MDMA para actuar sobre las emociones de forma específica sin alterar significativamente el sentido de identidad ni los procesos cognitivos, los investigadores le han puesto un nuevo nombre a esta sustancia para así desvincularla de las drogas estimulantes y de las psicodélicas. Así se ha intentado reflejar de mejor manera la esencia de sus efectos subjetivos. Para ello, se han propuesto 2 nombres: empatógeno y entactógeno, si bien es el segundo el que prevaleció en el tiempo por sobre el primero (J. C. Bouso, 2003; J. C. Bouso et al., 2008; Passie, 2012).

El término empatógeno²³ significa “que genera empatía”, y hace referencia a que *“bajo los efectos de la MDMA se suele percibir a los otros como especialmente*

²¹ El término “drogas de síntesis” se refiere a sustancias que son elaboradas en un laboratorio a partir de compuestos que no se dan espontáneamente en la naturaleza. Éstas pueden ser depresoras, estimulantes o psicodélicas; y no se refieren sólo a las que generan efectos psicoactivos, ya que la mayoría de los medicamentos son sintetizados a partir de productos artificiales (J. C. Bouso, 2003).

“En general, las sustancias de síntesis son más específicas a la hora de actuar sobre los órganos deseados y logran los efectos buscados con mayor precisión y menores efectos secundarios que las drogas naturales. Aunque ésta no es una regla fija, en la práctica médica y psiquiátrica casi todos los fármacos que se utilizan son de síntesis, teniéndose en peor consideración las drogas naturales” (J. C. Bouso, 2003, p. 21).

²² Las feniletilaminas corresponden a familias de compuestos químicos que se encuentran presentes en el reino animal, vegetal, y en el cerebro humano de forma endógena; y que también se pueden sintetizar (Parés, 2013b).

cercanos, acompañándose esa cercanía de un sentimiento profundo de conexión afectiva. Probablemente, los efectos empatógenos de la MDMA se deban en buena medida a su capacidad para inducir sensaciones profundas de bienestar y de autoaceptación” (J. C. Bouso, 2003, p. 69).

El término entactógeno²⁴ significa “que genera contacto con el interior”, y da cuenta de que *“la sensación de sentirse vivencialmente a gusto consigo mismo, percibiendo los aspectos más “sanos” y vitales de la propia personalidad, sin duda permite a las personas sentirse más cercanas unas de otras, ya que desaparece el miedo a mostrarse tal y como se es con la desaparición de los sentimientos de vulnerabilidad emocional”* (J. C. Bouso, 2003, pp. 69-70).

De esta forma, los entactógenos corresponden a una nueva categoría de drogas, y hace referencia al efecto de entrar en contacto con el propio proceso interno o de generar contacto intersubjetivo a niveles profundos (J. C. Bouso, 2003; J. C. Bouso et al., 2008; Escohotado, 2008; Jerome, 2007a; Passie, 2012).

Los entactógenos producen efectos de forma específica sobre las emociones, induciendo *“sentimientos de bienestar, de mejora de la autoestima, de confianza y serenidad, y de cercanía emocional con las personas de su alrededor, acompañados de una intensa sensación de euforia”* (J. C. Bouso, 2003, p. 44). Sin embargo, también puede ser ligeramente estimulante, pero sin llegar a la intensidad de las anfetaminas; y también a altas dosis puede llegar a producir algún efecto psicodélico (J. C. Bouso, 2003; J. C. Bouso et al., 2008).

Actualmente la MDMA se vende bajo el nombre de “éxtasis” en el mercado ilegal, cuando viene en formato de comprimidos (pastillas) (J. C. Bouso, 2003).

2.2.3.1. Farmacología

La MDMA (\pm 3,4-metilendioximetanfetamina) actúa induciendo la liberación de noradrenalina, dopamina y serotonina, así como inhibiendo la recaptación de esta última. La serotonina es un neurotransmisor asociado a los efectos antidepresivos y a la disminución del miedo en el organismo, por lo que su liberación juega un importante rol en la producción de los efectos subjetivos de la MDMA (Liechti, Saur, Gamma, Hell, & Vollenweider, 2000; Oehen, Traber, Widmer, & Schnyder, 2012; White, 2014).

Como todos los fármacos serotoninérgicos, la MDMA también libera prolactina, una hormona asociada al amamantamiento, y oxitocina; ambas hormonas se liberan durante la intimidad no-sexual que acontece luego de un orgasmo (Passie, 2012). La liberación de estas hormonas que acontece con la MDMA, explica en términos neuroquímicos la sensación de intimidad con otros, los deseos de tocar y de contacto

²³ El término “empatógeno” fue acuñado por Ralph Metzner en 1985 y hace referencia directa a la experiencia de empatía que esta droga puede generar, tanto con uno mismo como con los otros (J. C. Bouso, 2003).

²⁴ El término “entactógeno” fue acuñado por el farmacólogo estadounidense David E. Nichols, quien explica en 1986 que la palabra deriva de la raíz latina “tactus” que significa tacto, lo que da cuenta de la posibilidad de comunicar información de manera sensitiva y cuidadosa. A ello se le suman las raíces griegas “en”, con o dentro, y “gen”, producir, las que crean la connotación de “producir tacto interno”. A ello hace referencia el efecto de esta sustancia de poner al sujeto en contacto con su propio material psicológico interno, sacándolo a flote hacia la conciencia (Passie, 2012).

físico de una forma no sexual que refieren los sujetos que han ingerido esta sustancia (Jerome, 2007a; Mithoefer et al., 2012; Mithoefer, Wagner, Mithoefer, Jerome, & Doblin, 2011; Passie, 2012).

La liberación de serotonina, directa o indirectamente, provoca una liberación de oxitocina, posiblemente debido a una estimulación de los receptores 5-HT_{1A}, por lo que se encuentran relacionadas. En términos específicos, la oxitocina también se relaciona con la codificación de memorias sociales positivas, en particular las ligadas a la confianza interpersonal, la empatía y a la adquisición de una acertada percepción sobre las emociones (Mithoefer et al., 2011; Passie, 2012; White, 2014).

Además, la MDMA aumenta la liberación de cortisol y noradrenalina, hormonas que gatillan aprendizajes emocionales, como la extinción del miedo (Jerome, 2007a; Oehen et al., 2012; Passie, 2012; White, 2014).

Existen otros mecanismos involucrados en la acción de la MDMA en el organismo. Al respecto, el equipo suizo dirigido por el doctor Franz Vollenweider ha descubierto que esta sustancia produce un estado de ánimo positivo concomitante a la activación de estructuras límbicas prefrontales y paralímbicas, y a la desactivación de la amígdala y el hipotálamo, las que están encargadas de regular los procesos emocionales (Vollenweider, 2001).

La amígdala es un pequeño nódulo compuesto de neuronas ubicado en el hemisferio izquierdo del cerebro, y que al estar muy activado genera sensación de altos niveles de ansiedad en las personas, lo que puede desencadenar trastornos psicológicos caracterizados por la vivencia de emociones displacenteras. *“Ello se debe a que cuando la amígdala está hiperactivada, la corteza cerebral, que es la estructura encargada de ejercer el control voluntario, ve reducida su capacidad de control sobre la amígdala, de ahí que en muchos trastornos psicológicos el sufrimiento del paciente se derive precisamente de la percepción de falta de control sobre sus emociones. En esta investigación se comprobó que la actividad de la amígdala se reducía bajo los efectos de la MDMA, a la vez que aumentaba la actividad de algunas zonas de la corteza cerebral. Esto puede significar que la corteza toma de nuevo el control voluntario sobre las emociones, dejando éstas de resultar amenazadoras o de causar malestar psicológico”* (J. C. Bouso, 2003, pp. 63-64).

Cabe señalar que la oxitocina también reduce la activación de la respuesta de la amígdala ante los estímulos que inducen miedo, al mismo tiempo que aumenta la confianza (Mithoefer, 2013; Mithoefer et al., 2012, 2011; White, 2014).

De esta manera, la reducción de la ansiedad que genera la MDMA no opera a través de los mismos mecanismos que utilizan los hipnóticos sedativos, sino que a través de la disminución de la acción de la amígdala, que al desactivarse le impide al sujeto sentir miedo. Al mismo tiempo la MDMA activa circuitos prefrontales ligados a la capacidad de pensar de forma tranquila. Esto es relevante ya que da cuenta del correlato neurofisiológico de la comprensión empática que esta sustancia provoca con uno mismo y con los otros. En este sentido, los efectos reductores de la ansiedad que genera esta droga permiten el logro de experiencias positivas que contrarresten los recuerdos negativos y los miedos (J. C. Bouso, 2003; Doblin, 2013; Jerome, 2007a; Mithoefer, 2013; Mithoefer et al., 2012, 2011; Oehen et al., 2012; Passie, 2012).

En relación con lo anterior, se ha descubierto que la amígdala genera “hormonas del estrés” cuando está hiperactivada por situaciones estresantes, las que pueden dañar las células nerviosas del hipocampo si se liberan en exceso o por mucho

tiempo. El hipocampo es una estructura encargada de contextualizar las reacciones emocionales y de fijar los contenidos de la memoria. Ligado a ello, se ha visto que personas que presentan altos niveles de estrés, así como también aquellas que padecen Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)²⁵ crónico, tienen el hipocampo más pequeño de lo normal, y además sufren malestar emocional continuo y déficits cognitivos como pérdida de memoria, debido a los daños que producen estas hormonas sobre las neuronas del hipocampo (J. C. Bouso, 2003).

La relevancia de estos mecanismos reside en que si la MDMA reduce la actividad de la amígdala, también podría reducir la liberación de concentraciones tóxicas de las hormonas del estrés y así evitar el daño sobre las células del hipocampo (J. C. Bouso, 2003).

Algunos estudios con voluntarios han señalado que dosis de 75 y 125 mg de MDMA producen incremento en el sentimiento de euforia y en la sensación de bienestar, y que dosis de 1,7 mg/kg generan un estado afectivo de mejora del estado de ánimo, además de sensación de bienestar, aumento en la sensibilidad emocional, disminución de la ansiedad y ausencia de reacciones de pánico o de alucinaciones (J. C. Bouso, 2003; Oehen et al., 2012; White, 2014).

Se considera que las dosis bajas de MDMA corresponden a montos de 50 a 90 mg, los que inducen una leve estimulación y sólo de manera suave los efectos entactógenos. Se ha observado en contexto de ensayo clínico que dosis entre 50 y 75 mg son seguras en términos físicos y psíquicos (J. C. Bouso, 2003; J. C. Bouso et al., 2008).

Las dosis medias van entre los 90 y 120 mg, generando los efectos entactógenos característicos de esta sustancia, como el incremento en la socialización y sentimientos de bienestar emocional. Las dosis altas son aquellas que superan los 120 mg, las que *“pueden producir marcados efectos entactógenos de cierto perfil psicodélico donde se recorren paisajes interiores sin visiones, o con visiones poco elaboradas, pudiéndose dar una experiencia de cierta disolución de los límites, que están mucho más acotados y son más controlables que en sustancias tipo LSD”* (J. C. Bouso, 2003, p. 91).

Los efectos de la MDMA se empiezan a sentir luego de 30 a 60 minutos de ser ingerida por vía oral (J. C. Bouso, 2003; Jerome, 2007a; Mithoefer, 2013). Su momento máximo acontece luego de 70 a 90 minutos de ser administrada, y puede persistir entre una a tres horas (Mithoefer, 2013).

Se considera que una dosis moderada puede durar entre 4 a 6 horas, pero el efecto de relajación del cuerpo y la mente, así como también la disminución de la ansiedad, pueden perdurar por más tiempo (Jerome, 2007a; Passie, 2012).

“La MDMA no produce una dependencia física en el sentido de que cuando se interrumpe su consumo no aparece un síndrome de abstinencia. Lo que sí provoca es un fenómeno de tolerancia, con el resultado de que los efectos positivos disminuyen

²⁵ Corresponde a un trastorno de tipo ansioso crónico reconocido a nivel mundial como un problema de salud severo. Se caracteriza por síntomas evitativos, de hiperactivación y de reexperiencia del evento traumático, y se suele presentar con comorbilidad psiquiátrica o médica, discapacidad, sufrimiento, abuso de drogas y suicidio. Su alta incidencia junto con la limitada efectividad de los tratamientos existentes generan una urgente necesidad de desarrollar nuevos tratamientos (Mithoefer, 2013; Oehen, Traber, Widmer, & Schnyder, 2012; White, 2014).

paulatinamente, al tiempo que los efectos secundarios aumentan” (J. C. Bouso, 2003, p. 79).

El hecho de que su uso continuado pueda producir tolerancia, podría implicar menor monto de placer en las experiencias recreativas. Esto se debe a que el consumo continuado de MDMA puede hacer que disminuyan poco a poco los niveles de serotonina cerebral. Para evitar esto en uso recreacional, se sugiere que los consumos de esta sustancia se espacien lo más posible en el tiempo, para permitir que los niveles de serotonina vuelvan a la normalidad (J. C. Bouso, 2003).

La MDMA se metaboliza en el hígado, y tiene una vida media de entre 7 a 9 horas (Jerome, 2007a).

Las personas que han ingerido este fármaco, indican que genera una relajación físico-psíquica, en la que el cuerpo se percibe de forma placentera y libre de tensiones. Dicha sensación produce al mismo tiempo una seguridad particular que es percibida en todo el cuerpo, lo que da cuenta del correlato físico de la disminución de la actividad de la amígdala, y por lo tanto de la ansiedad que incluso podría estar generada por el hecho mismo de ingerir MDMA (Passie, 2012).

Esta acción se observa también en pacientes con estrés post traumático en quienes es común observar una sobre-activación de la amígdala, lo que se correlaciona con la severidad de sus síntomas clínicos (Passie, 2012).

Algunos efectos físicos que se han registrado en algunos estudios clínicos y que acontecen como consecuencia de la ingesta de esta sustancia corresponden a un aumento de la presión sanguínea y de la frecuencia cardíaca, así como un leve aumento del impulso psicomotor. También se señala un incremento de la viveza de la percepción, como son la intensificación de los colores y de la conciencia táctil, además de algunos cambios en la cualidad de la percepción auditiva, pero sin la aparición de alucinaciones en este ámbito (Jerome, 2007a; Liechti et al., 2000; Mithoefer, 2013; Oehen et al., 2012).

Respecto de los efectos secundarios registrados en estudios llevados a cabo con usuarios recreacionales, se puede señalar la tensión mandibular, taquicardia, rechinar de dientes, sequedad bucal, temblores, palpitaciones, pérdida de apetito, sensaciones de frío y calor, sudoración, entre otros (J. C. Bouso, 2003). Sin embargo, las personas que usan esta sustancia en un contexto recreacional *“no describen estos efectos secundarios como disuasorios, ya que quedan compensados por los efectos subjetivos activamente buscados”* (J. C. Bouso, 2003, p. 76).

Cuando se han llevado a cabo estudios en laboratorio, se aprecian los mismos efectos mencionados, con excepción del incremento de temperatura y sudoración, ya que estos parecen estar relacionados a un contexto recreativo de baile, por lo que parecen tener que ver con la temperatura del lugar donde se consume y no tanto con las características propias de la sustancia (J. C. Bouso, 2003; Jerome, 2007a).

Además, en dichos estudios clínicos se han apreciado como efectos secundarios la tensión mandibular, falta de apetito, náusea, mareo y dificultad de concentración (Jerome, 2007a; Liechti et al., 2000; Mithoefer et al., 2011).

La MDMA genera un estado de conciencia levemente modificado que no altera el sentido de identidad ni la percepción de la realidad, por lo que en general es fácilmente controlable. Esta alteración del estado de conciencia se caracteriza por una amplificación e intensificación de las sensaciones emocionales, por lo que adquieren a

veces una significación reveladora (J. C. Bouso, 2003; J. C. Bouso et al., 2008; Mithoefer et al., 2011).

Tanto las opiniones de usuarios recreacionales así como las de voluntarios de estudios clínicos, coinciden en que la cualidad principal de esta sustancia es modificar el estado de ánimo induciendo sensaciones de bienestar emocional. En este sentido, favorece la cercanía emocional entre las personas y la conciencia de sí mismo, facilita la extroversión, el acceso y la comunicación de emociones profundas e induce sensaciones de autoaceptación (J. C. Bouso, 2003; J. C. Bouso et al., 2008; Liechti et al., 2000; Mithoefer, 2013; Mithoefer et al., 2012, 2011; White, 2014).

También puede alterar la percepción del tiempo, enlenteciéndolo, y puede producir cambios en los sentidos o significados de percepciones, pensamientos y memorias (Mithoefer, 2013).

Si bien en términos generales se considera que la MDMA puede potenciar los efectos recién señalados, también se ha destacado su funcionamiento como amplificador no específico de los procesos mentales, ya que se ha observado que intensifica el estado en el que se encuentra la persona, ya sea éste tendiente hacia la tristeza o alegría (Mithoefer, 2013).

La MDMA tiene como rasgo potenciar la empatía, entendiéndose por ella su sentido etimológico, referido a la capacidad para establecer contacto con el *pathos* o sentimiento. En este sentido, tiende a evocar amor y benevolencia, e *“incluso cuando lo que se experimenta es melancolía, añoranza o cualquier ánimo emparentado con tristeza, esos sentimientos afloran en formas tan cálidas y abiertas a introspección que producen el alivio de una sinceridad torrencial, libre de la suspicacia que habitualmente oponemos al desnudamiento de deseos y aspiraciones propias. Exultante o nostálgica, según los casos, una catarsis emocional es previsible”* (Escohotado, 2008, p. 1301).

Al mismo tiempo, la MDMA presenta mayor especificidad que otras drogas, en el sentido de que sus efectos subjetivos son muy similares en casi todas las personas que la consumen. Este punto marca una diferencia de la MDMA respecto de otras sustancias de perfil psicodélico. Además permite explicar que rara vez se producen los “malos viajes” según indican sus usuarios recreacionales (J. C. Bouso, 2003).

Es importante mencionar que esta sustancia ha estado asociada en los medios de comunicación con ciertos efectos afrodisíacos. Sin embargo, diversos estudios confirman que los usuarios consideran que esta droga intensifica los aspectos sensuales del contacto amoroso, más que los sexuales. *“La MDMA amplifica las sensaciones táctiles de tal manera que el placer de acariciar y ser acariciado se percibe con una intensidad incrementada y las sensaciones de cercanía física se perciben más disueltas y fluidas, sin pérdida de control”* (J. C. Bouso, 2003, p. 72). Además, cuando se ha intentado investigar aspectos ligados a lo sexual, los consumidores refieren dificultades para llegar al orgasmo, más en hombres (80%) que en mujeres (40%), aunque si bien cuando éste se consigue resulta ser más placentero. También se señalan dificultades en los hombres para la erección, y en mujeres para la lubricación. De esta forma, se aprecia que los efectos de esta sustancia se asocian más a un incremento en la percepción de la satisfacción, y no tanto a una mejora del rendimiento sexual (J. C. Bouso, 2003).

Entre los efectos secundarios psicológicos en usuarios recreacionales, se indica el incremento de la sensación de vigilancia, mayor brillo de los objetos, dificultad en la concentración, vértigo, alucinaciones visuales, visión borrosa, pérdida del interés de

realizar tareas mentales o físicas, disminución de la libido, desorientación, entre otros (J. C. Bouso, 2003).

Cuando se han pesquisado los efectos secundarios psicológicos de esta sustancia en un contexto de laboratorio, se han señalado dificultades de concentración e inquietud (J. C. Bouso, 2003).

Además, es importante mencionar que la MDMA *“altera reversiblemente el sistema inmunitario, por lo que al día siguiente de consumir éxtasis las defensas están más bajas de lo habitual, pudiendo aparecer constipados, herpes u otras infecciones. Con una alimentación equilibrada a lo largo de la semana y tomando zumos de naranja, se reducen las probabilidades de que aparezcan estos problemas leves”* (J. C. Bouso, 2003, p. 95).

Estos efectos en el sistema inmunológico duran aproximadamente 24 horas luego de la administración de la MDMA, y surgen como consecuencia indirecta de la liberación de serotonina gatillada por la sustancia (Jerome, 2007a).

En contextos recreacionales se han registrado numerosos casos de personas con reacciones adversas moderadas o graves, lo que ha puesto en peligro la vida de consumidores y que incluso han llevado a la muerte a algunos. Sin embargo, se estima que la probabilidad de sufrir una reacción adversa con esta sustancia es de una por cada millón de dosis, lo que convierte a esta droga en una sustancia segura. Además, es importante señalar que en contextos recreativos se mezclan diversas sustancias, lo que aumenta el riesgo de sufrir alguna reacción adversa (J. C. Bouso, 2003; Jerome, 2007a; Johnson et al., 2008).

“En cualquier caso, que la aparición de reacciones adversas sea muy infrecuente, no debe ocultar el hecho de que el consumo de MDMA acarrea riesgos que pueden ser a veces fatales. Su prevención es tan sencilla como necesaria” (J. C. Bouso, 2003, p. 80).

Respecto de otros riesgos ligados al uso de esta sustancia, cabe indicar que aumenta de forma reversible la presión arterial y la tasa cardíaca, por lo que no debería ser consumida por personas con problemas cardiovasculares (J. C. Bouso, 2003; Mithoefer et al., 2012; Passie, 2012; White, 2014). *“También está contraindicada en personas con enfermedades como epilepsia, diabetes, glaucoma, nistagmo, trastornos hepáticos o renales y alteraciones inmunológicas; y en personas con trastornos mentales graves como psicosis, esquizofrenia y depresión mayor. La MDMA está totalmente contraindicada en mujeres embarazadas o en períodos de lactancia”* (J. C. Bouso, 2003, p. 96).

Respecto de algunas drogas que puedan contrarrestar los efectos de la MDMA, cabe señalar que hasta el momento parece no existir un antídoto específico para sus efectos particulares. Sin embargo se pueden utilizar algunas sustancias antagonistas de la serotonina, como la ciproheptadina. También se puede utilizar clorpromazina, benzodiacepinas, dantroleno o nantenina, según el tipo de síntoma que se quiera aplacar (Chavarín, 2008; Colegio Venezolano de Neuropsicofarmacología, 2009; Fantegrossi et al., 2004; Gillman, 1999).

Se ha observado que el citalopram, un inhibidor selectivo de recaptación de serotonina, reduce los efectos físicos, subjetivos e inmunológicos de la MDMA. Además, con una administración de haloperidol previa a la ingesta de MDMA, se ha visto que se reducen los efectos de ánimo positivo y no aparecen los efectos cardiovasculares u otros físicos (Jerome, 2007a; Liechti et al., 2000; White, 2014).

Con la administración de ketanserina -un inhibidor específico de los receptores serotoninérgicos de tipo 2 (5-HT_{2A/C})- previa a la ingesta de MDMA, se ha observado una reducción significativa de los cambios perceptivos, de la excitación emocional y de los efectos adversos agudos de esta última sustancia. Al mismo tiempo, se ha mantenido el ánimo positivo de base así como la sensación de bienestar que provoca la MDMA (Liechti et al., 2000).

3. Psicoterapia asistida con drogas

*“Quizás el futuro nos enseñe a influir en forma directa,
por medio de sustancias químicas específicas,
sobre los volúmenes de energía
y sus distribuciones dentro del aparato anímico.
Puede que se abran para la terapia
otras insospechadas posibilidades”
(Freud, 2010i, p. 182).*

A lo largo de la historia de la psicoterapia, se pueden distinguir cuatro conceptualizaciones científicas respecto del uso en contextos clínicos de la LSD, MDMA y psilocibina: las terapias psicotomimética, hipnodélica, psicolítica y psuedélica (Grof, 2005; Jensen, 1998).

3.1. Psicotomimética

El paradigma psicotomimético²⁶ se basa en que estas sustancias pueden producir estados similares a la psicosis, por lo que sería pertinente estudiarlas en un contexto psicoterapéutico. Esta modalidad de trabajo se inició con Moreau de Tours quien en su libro “El hachís y la enfermedad mental” propone por primera vez el uso de una sustancia psicoactiva como medio para estudiar las enfermedades psíquicas, a través de la observación y autoexploración de sus efectos sobre las facultades mentales; esto lo planteó luego de probar consigo mismo con hachís (Moreau de Tours, 1841).

Más adelante Kraepelin, Serieux y Jelgersma postulan que la esquizofrenia y la catatonía podrían ser producidas por una toxina endógena que envenenaba el cerebro (Jensen, 1998).

Estos fueron los primeros marcos conceptuales desde los que se empezaron a administrar las sustancias psicoactivas que son de interés para la presente investigación, los que consideraban a las psicosis como una autointoxicación del organismo y del cerebro generados por un cambio patológico en la química del cuerpo, y no como trastornos mentales (Grof, 2005).

Desde el enfoque psicotomimético, las experiencias con estas drogas tenían una connotación psicopatológica, y eran conceptualizadas como “psicosis modelo”,

²⁶ El término “psicotomimético” apareció como un nuevo vocablo referido a procesos mentales, y específicamente se acuña para señalar a las drogas que provocan estados psicóticos (Guerra, 2006).

“psicosis experimentales” o como “psicosis químicamente inducidas” (Grob et al., 2013; Grof, 2005).

Las drogas inductoras de estados psicóticos se administraban a voluntarios con fines investigativos, para explorar las bases bioquímicas de las psicosis endógenas. También se administraban a profesionales para formarlos a través de un viaje hacia la psicosis. En caso de ser utilizadas con enfermos, se utilizaban para tratamiento de alcoholismo, depresión, homosexualidad, frigidez y otros problemas sexuales, neurosis, fobias y compulsiones, psicopatía y esquizofrenia paranoide (E. Anderson, 2007; Grof, 2005).

3.2. Hipnodélica

La psicoterapia hipnodélica es la menos habitual de los modelos terapéuticos que encuadraron el trabajo con LSD, psilocibina y MDMA. Ésta consistía en iniciar las sesiones hipnotizando al paciente para seguir de forma óptima con la experiencia (Escohotado, 2008; Grof, 2005).

Con esta terapia, se intenta combinar los efectos de la droga con la sugestión hipnótica, utilizando esta última para guiar al sujeto a través de la experiencia con la sustancia, y así modular el contenido y transcurso de la sesión (Grof, 2005).

Durante el período de término de la sesión, se intenta aprovechar el efecto de la droga para el trabajo psicoterapéutico, mientras continua la relación hipnótica con el sujeto. Específicamente se les ayuda a trabajar con áreas importantes de problemas, ayudándoles a superar resistencias y defensas psicológicas, guiándoles hasta llegar a recuerdos relevantes de la niñez, y facilitando la catarsis y abreacción. *“Hacia el final de la sesión, se daba a los pacientes sugerencias post-hipnóticas a fin de que recordasen todos los detalles de la sesión y continuasen pensando en los problemas que habían emergido durante la sesión”* (Grof, 2005, p. 45).

3.3. Psicolítica

El paradigma psicolítico²⁷ se inicia durante los años cincuenta, y postula que estas sustancias operan como coayudantes del proceso psicoterapéutico, de manera que posibilitan la integración de experiencias pasadas en la conciencia (Gasser, 1994; Grob et al., 2013; Passie, 2012; Yensen, 1998).

Esta modalidad de psicoterapia utilizaba dosis bajas o medias con individuos o grupos, durante prolongados períodos de tiempo, con el objetivo de *“abrir a los pacientes y prepararles para una comunicación mejor con su terapeuta y el mundo”* (Escohotado, 2008, p. 832).

Las dosis bajas se utilizaban en sesiones semanales o quincenales, y *“después de cada tratamiento se discutían los efectos de la droga en sesiones de grupo y por medio de presentaciones visuales, como pinturas o dibujos”* (E. Anderson, 2007, p.

²⁷ El término “terapia psicolítica” (*psycholitic therapy*) fue acuñado por Ronald A. Sandison, terapeuta inglés de la corriente de Jung y pionero en la investigación clínica con LSD. Para ello, utilizó la raíz *lysis* que señala la disolución de tensiones o conflictos en la psiquis. Este término lo presentó en 1960 en una conferencia sobre psicoterapia asistida con LSD (E. Anderson, 2007; Hofmann, 2006; Passie, 2012).

119). El número de sesiones con droga en un proceso terapéutico oscila entre 15 y 100, con una media de 40 aproximadamente, dependiendo de la naturaleza del problema clínico y los objetivos terapéuticos (Grof, 2005).

Esta técnica se utilizó sobre todo en Europa, y se apoyó en diversas escuelas de la psicoterapia dinámica, tanto en términos teóricos como prácticos (E. Anderson, 2007; Grof, 2005).

Esta forma de terapia representa, tanto en la teoría como en la práctica clínica, una extensión y modificación de la psicoterapia orientada al psicoanálisis. Esto significa que todos los fenómenos que ocurren durante las sesiones con la droga o en conexión con la terapia con la sustancia se enfocan e interpretan utilizando las técnicas y principios básicos de la psicoterapia dinámica. Los fenómenos que acontecen durante la terapia pueden ser analizados en forma y contenido, utilizando el método de la asociación libre. De esta forma se puede obtener información adicional que sea específica y relevante y que este asociada a la estructura de la personalidad del sujeto. Además, la combinación de la terapia con droga y las sesiones sin ella, permite elaborar terapéuticamente aquello acontecido durante la sesión con la sustancia (Grof, 2005).

Sin embargo, algunas técnicas usuales requieren modificaciones, debido a ciertas características específicas de las posibles reacciones a la LSD. *“Éstas implican una mayor actividad por parte del terapeuta, elementos de asistencia y atención (por ejemplo, en caso de vomitar, hipersalivación, hipersecreción de flema, tos o urinación), un enfoque más directo, contacto físico ocasional y apoyo, implicación psicodramática en la experiencia del paciente y alta tolerancia al comportamiento que implique una actuación (acting-out) por parte de los pacientes. Esto hace que el procedimiento psicolítico sea similar a las técnicas psicoanalíticas modificadas que se utilizan en psicoterapia con pacientes esquizofrénicos”* (Grof, 2005, pp. 36-37).

En la terapia psicolítica todos los mecanismos terapéuticos habituales se intensifican, sobre todo los asociados al revivir experiencias traumáticas de la infancia. Esto acontece de forma sucesiva, compleja y sistemática, y se explica debido a la abreacción emocional, la integración racional y a profundas y valiosas introvisiones. *“La relación terapéutica se suele intensificar enormemente y el análisis del fenómeno de transferencia se vuelve una parte esencial del proceso de tratamiento”* (Grof, 2005, p. 37).

Las experiencias con sustancias psicoactivas como la LSD, psilocibina y MDMA *“son sumamente específicas de la personalidad del sujeto; representan de manera condensada y simbólica sus problemas emocionales más importantes, y están estrechamente relacionadas con diversas situaciones relevantes de su historia pasada y de la situación de su vida actual”* (Grof, 2005, p. 72).

De esta forma, estos fármacos pueden ser una herramienta para el diagnóstico psicodinámico, puesto que tienden a activar de forma selectiva material inconsciente que tiene una fuerte carga emocional. Incluso una sola exposición a estas sustancias permite identificar las áreas de conflicto más importantes, revelar la estructura dinámica profunda de los síntomas clínicos, y ayuda a diferenciar entre los problemas relevantes e irrelevantes (Grof, 2005).

El mayor problema que ha tenido la terapia psicolítica para enraizarse teóricamente en el marco de psicoanálisis freudiano han sido las experiencias de dimensiones místicas y espirituales que han tenido las personas que han llevado a

cabo una terapia de este tipo. *“Aquellos terapeutas psicolíticos que se adhieren firmemente al marco conceptual freudiano tienden a desanimar a sus pacientes a la hora de entrar en el terreno de las experiencias trascendentales, sea mediante su interpretación como una escapatoria del material psicodinámico relevante o bien al referirse a ellas como esquizofrénicas”* (Grof, 2005, p. 37).

Por esta razón, algunos terapeutas han considerado el marco psicoanalítico como incompleto y restrictivo, optando finalmente por otras orientaciones que les otorguen otros modelos respecto del funcionamiento psíquico (Grof, 2005).

Este punto parece ser crucial, puesto que *“los principales cambios terapéuticos pueden ocurrir en conexión con estados trascendentales y por lo tanto la facilitación u obstrucción de estas experiencias puede tener consecuencias prácticas muy concretas”* (Grof, 2005, p. 37).

Entre los años 1950 y 1960 cientos de personas fueron tratadas con terapia psicolítica, sobre todo con LSD, y en esa época se consideró que este método podía integrarse a procesos psicoterapéuticos de forma exitosa, sin que mostrara mayores riesgos que la terapia convencional en la que no se utiliza este tipo de drogas (Gasser et al., 2014; Passie, 2012).

Sin embargo, la terapia psicolítica no está indicada para todos los problemas psicológicos o trastornos que son tratables con psicoterapia clásica. La evidencia de los estudios llevados a cabo sugiere que podría ser de utilidad para aquellas personas que tienen un yo relativamente estable, que logran mantener su ansiedad, carácter y rasgos depresivos dentro de ciertos márgenes, y/o que sufren de trastornos psicósomáticos. Lo importante a tener en cuenta es que la terapia psicolítica pareciera ser capaz de activar mecanismos internos de cura, por lo que en personas que presentan una estructura de personalidad estable y un buen funcionamiento social parece ser indicado este tratamiento, ya que podrían beneficiarse con él. Sin embargo aún faltan ensayos clínicos para determinar con mayor precisión el espectro de trastornos para los cuales esta modalidad de terapia es más adecuada (Passie, 2012).

Cuando se presenta inestabilidad psicológica bajo la forma de una estructura débil yoica o una estructura *borderline*, ya sea de forma temporal o permanente, está contraindicado llevar a cabo un tratamiento psicolítico. Del mismo modo, se sugiere no realizarlo en casos en que haya una depresión severa ligada a eventos actuales, puesto que el efecto psicoactivo de las sustancias puede empeorar la inestabilidad yoica o el cuadro depresivo (Passie, 2012).

Específicamente la terapia psicolítica está contraindicada en personas que manifiestan cualquier tipo de psicosis, delirios, depresión endógena severa, y en personas con exacerbación aguda de estrés severo con crisis. Del mismo modo, podría ser contraproducente en personas con inestabilidad yoica pronunciada y con trastornos por dependencia (Passie, 2012).

3.4. Psiquedélica

El paradigma psiquedélico²⁸ surge en los años cincuenta a partir de investigaciones de Humphrey Osmond y Abraham Hoffer. Esta perspectiva utiliza altas

²⁸ La expresión “psiquedélico” se debe a Humphrey Osmond, quien la acuñó en 1957, y fue pionero de la investigación de la LSD en Estado Unidos. Este término viene del griego *psique* y *delos*, lo que quiere

dosis de drogas para generar un estado que permita una nueva visión del sentido de la vida, llegando incluso a generar experiencias místicas, de tal manera que se produzcan cambios profundos y duraderos en los pacientes. En este sentido, se postula que estas experiencias son en sí terapéuticas y curativas (Gasser et al., 2014; Grob et al., 2013; Grof, 1970, 2005, 2005; Hofmann, 2006; Naranjo, 1973; Yensen, 1998).

Los antecedentes de este paradigma corresponden a observaciones que se hicieron al administrar altas dosis de sustancias a pacientes o sujetos experimentales, generándoles un shock. En estas situaciones los terapeutas observaban grandes cambios o inesperadas mejorías clínicas, pero tenían el problema de no poder identificar un patrón reconocible o una frecuencia ligada a esta técnica, por lo que se volvían incomprensibles dichas modificaciones en las personas. En este contexto, el intento de llevar a cabo experiencias más predecibles y controladas, dio paso al desarrollo de la terapia psiquedélica (Grof, 2005).

En este sentido, es importante considerar que *“el efecto del shock tiende, sin embargo, a ser más desorganizado y perturbador que terapéutico, a no ser que ocurra dentro de un marco especial, en una situación de apoyo psicológico complejo y después de una cuidadosa preparación”* (Grof, 2005, p. 29).

Esta forma de psicoterapia se llevó a cabo sobre todo en Estados Unidos, donde se usaban dosis altas, de 300 a 600 gammas, con el objetivo de generar un rápido cambio de personalidad en una sola sesión o en unas pocas, *“tratando de que la experiencia profunda provoque un no menos hondo estímulo para el cambio”* (Escotado, 2008, p. 832). De esta manera, se recomendaba administrar una sola dosis alta y tener pocas sesiones, con la intención de producir un intenso estado de éxtasis, a partir del cual el terapeuta podría empezar a reestructurar la personalidad del paciente (E. Anderson, 2007).

Con esto se pretendía que la persona llegara a una *“experiencia cumbre psiquedélica”*, consistente en un estado extático en el que se pierden los límites entre el sujeto y el mundo objetivo, con los consiguientes sentimientos de unidad con otras personas, la naturaleza y el universo. En la mayoría de los casos esta experiencia no tiene contenido específico, sino que va acompañada de profundos sentimientos de unidad con el todo, y a veces también se acompaña de visiones de figuras de deidades arquetípicas o de personajes divinos procedentes de diversos marcos culturales (Grof, 2005; Passie, 2012).

En esta experiencia se trascienden las categorías de espacio y tiempo, experimentándose la eternidad e infinitud. También son comunes los sentimientos de

decir que *“amplía la mente”* o *“que hace que la mente se manifieste”* (J. Bouso & Farré, 2013; Escotado, 2008; Grob et al., 2013; Grof, 2005; Hofmann, 2006).

Osmond utilizó la raíz *“psique”* en vez de *“psico”* para evitar las connotaciones de enfermedad mental que ésta podría conllevar. Luego este término deriva en *“psicodélico”* debido a la influencia de Aldous Huxley. Sin embargo, en opinión de Osmond, el término *“psiquedélico”* es el que más se adecua a la caracterización de los efectos de estas drogas (Guerra, 2006).

“Psiquedélico es un término moderno de los años 50, que hace referencia al consumo contemporáneo y no tradicional de LSD y mescalina. (...) su significado literal es “deidad en la psyche”, (...) y se utiliza generalmente como término farmacológico referido a unos efectos parecidos al de la LSD, y la combinación “psicoterapia psiquedélica” se refiere a un uso específico de drogas del tipo LSD en psicoterapia” (Ott, 1998, p. 140).

sacralidad y de comprensión interna sobre la naturaleza real y verdadera de la existencia. El estado de la mente se ha descrito como “sin contenido y sin embargo conteniéndolo todo”, y se ha caracterizado como una pérdida del ego mientras que al mismo tiempo el ego se ha expandido y se ha convertido en el universo entero (Grof, 2005; Johnson et al., 2008; Passie, 2012).

“Con los ojos cerrados, el fenómeno de la unidad cósmica se experimenta como un complejo independiente de patrones vivenciales de éxtasis oceánico. Con los ojos abiertos, desemboca en una experiencia de unirse con el entorno y una sensación de unidad con los objetos percibidos” (Grof, 2005, p. 86).

Es interesante mencionar que si bien las ciencias de la mente, como la psicología o la neuroquímica, han estudiado los efectos de este tipo de sustancias y las han caracterizado como “expansores de la mente”, Jonathan Ott se muestra en desacuerdo con ello, ya que considera que estas sustancias no se emplean para “expandir o manifestar la mente o la conciencia”, ni para lograr algún efecto “mental” en particular, sino que muy por el contrario, se emplean para “contraer la mente”, *“para acallarla, si se prefiere; no para expandir la conciencia, sino para someterla o anularla”* (Ott, 1998, p. 140).

De esta manera, Ott hace referencia a un “dejar fuera de combate” a la mente racional, al ego, para *“aventurarse más allá del pensamiento y la razón, de las etiquetas lingüísticas y sus correspondientes conceptos; anhelar reinos translingüísticos de percepción directa y desnuda; lo inefable más allá de palabras (...) con ayuda de los enteógenos la mente puede someterse, y así superar este materialismo que pone nombre al universo y lo cosifica, para así percibir, en palabras del Isaías de Blake “lo infinito en todo”* (Ott, 1998, p. 141).

Respecto de la experiencia cumbre psiquedélica es relevante señalar que Grof (2005) la considera un mecanismo terapéutico *“que suele adoptar la forma de una secuencia de muerte-renacimiento con los subsiguientes sentimientos de unidad cósmica. Ninguno de los teóricos de la terapia psiquedélica ha formulado aún una teoría global del tratamiento psiquedélico que explique toda la fenomenología implicada y que esté respaldada por datos clínicos y de laboratorio. Las explicaciones existentes utilizan el marco y terminología de sistemas religiosos y místicos o hacen referencias generales a los mecanismos de conversión religiosa”* (Grof, 2005, p. 41). Sobre esto es relevante destacar que Grof (2005) considera que el proceso de muerte-renacimiento es un potente mecanismo terapéutico que no ha sido reconocido como tal por la ciencia occidental.

Durante esta vivencia se genera una convicción de que ciertas preguntas que antes eran relevantes, pierden toda importancia, puesto que se alcanza un estado en el que no hay necesidad de preguntas. En este sentido, *“tanto el encontrar las respuestas como el trascenderlas representan soluciones al problema, aunque en diferentes niveles y de diferentes clases”* (Grof, 2005, p. 140).

Para incrementar la probabilidad del acontecimiento de una experiencia cumbre, se pueden combinar diversos elementos. Se puede preparar a la persona antes de la sesión con la droga, de tal forma que ésta no se centre en analizar los aspectos psicopatológicos que le preocupan, sino que más bien se intenta que trascienda sus síntomas clínicos para que logre conectarse con una experiencia cumbre. En términos específicos, se revisa su historia de vida, se comprenden sus síntomas y se les ayuda a centrarse en aquellos factores de la personalidad que

podrían representar serios obstáculos para alcanzar esta experiencia. Al respecto, se le pueden dar indicaciones directas, de consejo y orientación sobre cómo podrían funcionar más efectivamente para el logro de esta experiencia (Grof, 2005).

En concreto, durante la experiencia con el fármaco se intenta mantener una orientación introspectiva de la persona, con tal de utilizar de forma productiva el proceso de autoexploración que posibilita la experiencia con la droga. Para ello *“se anima a los pacientes a permanecer en posición reclinada, utilizar antifaces y escuchar música estereofónica con los auriculares durante el período de máximo efecto de la droga. Generalmente se desaconseja el contacto verbal y se prefiere utilizar varias formas de comunicación no verbal siempre y cuando sea necesario facilitar apoyo”* (Grof, 2005, p. 40).

Todo lo anteriormente señalado da cuenta de que el propósito de esta técnica era producir una experiencia que tuviera una influencia tremenda en el paciente, de tal forma que modificara las perspectivas de sí mismo y de la vida en general. *“El riesgo al aplicar este método era que el terapeuta tenía que estar preparado para “rescatar” a la persona si se ponía demasiado ansiosa o se aterrorizaba mientras estaba bajo el efecto de la droga”* (E. Anderson, 2007, p. 119).

Esta modalidad de psicoterapia se utilizó para el tratamiento de enfermedades mentales y en fases terminales de enfermos de cáncer (J. C. Bouso, 2003; Gasser et al., 2014; Grob et al., 2013; Jerome, 2008; Johnson et al., 2008; Kumar, 2007). Específicamente, en enfermos terminales, *“la experiencia con sustancias psicodélicas genera una supresión de fronteras del yo, en la que éste se funde con lo que le rodea, provocando así una experiencia de éxtasis, de unión casi mística derivada de la pérdida de individualidad. En este sentido, y en el ámbito psicoterapéutico, la función coadyuvante de los psicodélicos resultó ser muy prometedora, pues reducía la ansiedad y el malestar psicológico de estos pacientes de una forma difícil de alcanzar de otro modo”* (J. C. Bouso, 2003, p. 25).

Al respecto, cabe señalar que el bienestar espiritual y existencial se reconocen como determinantes importantes en la calidad de vida de personas que requieren cuidados paliativos o que se encuentran en fases terminales de cáncer. Además, la disminución del bienestar espiritual se ha asociado a una menor tolerancia a los síntomas físicos, mientras que un aumento de la sensibilidad del sentido de la vida y la espiritualidad han mostrado un incremento de la tolerancia del individuo a mayores grados de dichos síntomas (Grob et al., 2013).

Además, este tipo de terapia se ha aplicado en investigaciones sobre su uso terapéutico en personas que presentan alguna dependencia a drogas, ya que la *“experiencia cumbre”*, al posibilitar una mayor apertura para conversar sobre miedos existenciales, le permitiría al sujeto reorientar sus consumos (Johnson et al., 2008; MacLean et al., 2011).

3.5. Diferencias entre las terapias psicolítica y psíquedélica

Diversos psicoterapeutas señalan algunas diferencias entre las terapias psicolítica y psíquedélica. Sobre ello, se puede mencionar la falta de un sistema teórico íntegro en esta última, y que la primera *“se apoya –en la teoría y en la práctica- en los sistemas de varias escuelas de psicoterapia dinámica”* (Grof, 2005, p. 41).

También existen diferencias respecto de las dosis, puesto que la psicolítica utiliza montos más bajos de sustancias que la psiquedélica. Sobre ello se puede señalar que existen diferencias notorias entre dosis medias y altas, ya que con las primeras la excursión psíquica es contemplada a cierta distancia, lo que se convierte en algo más envolvente y denso con dosis superiores. Se pueden llegar a ver visiones, que no son alucinaciones, ya que se conserva la memoria de la experiencia y se sabe que se está bajo los efectos de la droga. Cabe señalar que las dosis altas *“arrastran a compromisos inaplazables ante uno mismo y los demás. Convencimientos y percepciones beatíficas alternan con un desnudamiento de los temores más arraigados, dentro de un trance que del principio al fin desarma por su esencial veracidad. Balsámica o inquietante, la luz está ahí para quedarse, iluminando lo que siempre quisimos ver –sin conseguirlo del todo- y también lo que siempre quisimos no ver, lo pasado por alto”* (Escohotado, 2008, p. 1336).

En este sentido, las dimensiones gloriosas y tenebrosas no resultan disociables por completo, lo que se aprecia no sólo en la experiencia en sí misma, sino que también cuando ésta acaba. Esto significa que si se vivencia una dura excursión psíquica, de ésta puede devenir una sensación positiva o liberadora, lo que podría comprenderse con posterioridad (Escohotado, 2008).

Estas diferencias entre dosis medias y altas recomendadas por cada modelo se ligan a las posibilidades psicoterapéuticas que ofrecen estas formas de terapia. Las dosis altas que se administran en un contexto clínico psiquedélico son más seguras que las bajas o medias que se entregan en uno psicolítico, en el sentido de que posibilitan una caída de defensas mayor y una emergencia del material inconsciente más profundo. Dicha seguridad se aprecia en que queda disminuida la habilidad del sujeto para luchar contra el efecto de la droga, por lo que al rendirse de forma completa se puede resolver e integrar de mejor forma la experiencia. En cambio con dosis bajas o medias, si bien se activa el material inconsciente de manera efectiva, también el sujeto que está poco dispuesto a enfrentarse con ello, puede evitarlo más fácilmente, con lo que se evita finalmente tratarlo de modo efectivo. *“Las sesiones de este tipo pueden resultar en sensaciones de excesiva fatiga después de la experiencia, una sensación de falta de cierre, varios efectos secundarios emocionales y psicosomáticos desagradables y reacciones prolongadas o un precario equilibrio emocional que conduce a posteriores recurrencias (flashbacks)”* (Grof, 2005, p. 135).

Estas diferencias de dosis significan también que en la terapia psicolítica se deben administrar diversas dosis dentro de una serie de sesiones, por lo que en varias oportunidades se activa de forma temporal la emergencia de material inconsciente, lo que puede implicar que éste no se cierre de forma adecuada. De esta forma, durante la terapia psicolítica, la condición clínica del paciente pasa por cambios drásticos, y en ocasiones el terapeuta tiene que enfrentarse a un empeoramiento transitorio de los síntomas o a descompensaciones cuando el paciente se acerca a un área de profundos e importantes conflictos. *“Aunque la terapia psiquedélica no elimina la posibilidad de la activación seguida de una integración incompleta del material inconsciente, desde luego sí disminuye considerablemente la probabilidad de tal suceso”* (Grof, 2005, p. 136) puesto que en ella se administra sólo entre una a tres veces la sustancia.

Otra diferencia entre ambos modelos, es que la terapia psiquedélica ha sido utilizada en el pasado principalmente con personas que presentan dependencia a alcohol y drogas, y con enfermos terminales de cáncer, mientras que la psicolítica se

ha centrado en otras categorías de trastornos emocionales, como las psiconeurosis, trastornos del carácter y enfermedades psicosomáticas (Grof, 2005).

Si bien diversos autores enfatizan las diferencias existentes entre la terapia psicolítica y psikedélica, Grof (2005) plantea que ambas terapias se encuentran en un *continuum*, puesto que los fenómenos que acontecen en la primera, también se pueden apreciar en la segunda, y viceversa. Al respecto, señala que *“las diferencias no parecen estar en la naturaleza de las experiencias en sí mismas, sino en la incidencia cuantitativa de ciertos elementos en las sesiones y en el hincapié que hace el terapeuta en ciertos fenómenos y su tendencia a desalentar otros”* (Grof, 2005, p. 132).

Este autor señala que ambos enfoques se pueden complementar, ya que *“la terapia psicolítica suele necesitar mucho más tiempo que la terapia psikedélica para lograr resultados comparables; sin embargo da un mejor conocimiento individual de los dominios de la mente y de los mecanismos a través de los cuales se logra el cambio”* (Grof, 2005, p. 134). Indica también que la terapia psicolítica es más comprensible y aceptable en los círculos profesionales y convencionales, puesto que se apoya tanto en la teoría como en práctica, en conceptos psicoterapéuticos extensamente aceptados.

Además indica que tanto el trabajo que se requiere para resolver conflictos traumáticos como el hecho de vivenciar estados extáticos son partes importantes del proceso de curación, destacando la relevancia terapéutica de las experiencias positivas y de las negativas en las sesiones con droga. A este autor le parece que ambos aspectos de la psicoterapia están interrelacionados de manera dialéctica, ya que reducir energía de áreas traumáticas al mismo tiempo que se trabaja con ellas, abre el camino a profundos episodios positivos. Del mismo modo, el acontecimiento de experiencias trascendentales influencia de forma beneficiosa en el posterior desarrollo de la terapia (Grof, 2005).

De esta forma, en opinión de Grof (2005), ambos tipos de terapia pueden combinarse, puesto que tienen elementos comunes y porque ambas presentan ventajas interesantes y defectos que se pueden minimizar. A partir de esta combinación entre terapia psicolítica y psikedélica, identifica 3 fases para un proceso de tratamiento con sustancias: preparación, sesión con la droga y entrevistas de seguimiento sin droga durante los períodos pre y post-sesión.

3.6. Psicoterapia asistida con LSD, psilocibina y MDMA

*“Bajo un estado modificado de conciencia
cada persona se sumerge en su interior o,
visto desde otro prisma,
su interior emerge
y tendrá que enfrentarse con lo que encuentre”*
(Parés, 2013a, p. 100).

Las sustancias de interés para esta investigación se han inscrito históricamente en uno o más de los paradigmas mencionados, de tal manera que cada una de ellas ha sido utilizada de formas particulares a medida que se han llevado a cabo investigaciones clínicas con ellas. Con esta finalidad fueron distribuidas por diversos laboratorios que hicieron posible su acceso a psiquiatras, analistas e investigadores

interesados en sus beneficios psicoterapéuticos (J. C. Bouso, 2003; Gasser, 1994; Hofmann, 2006; Usó, 1993).

Durante las primeras investigaciones con estas drogas en el ámbito de la psicoterapia, se utilizaron diversos enfoques teóricos para trabajar con los pacientes a los que se les administraban. Varias perspectivas adscribían a teorías asociadas con el inconsciente, ya que explicaban que estas sustancias rompían las barreras que impedían el acceso del material inconsciente hacia la conciencia.

Los psiquiatras que llevaban a cabo este trabajo pertenecían a diversas escuelas, por lo que orientaban sus prácticas psicoterapéuticas de acuerdo a cada una. *“Los freudianos buscaban traumas precoces relacionados con la sexualidad, los jungianos preferían destacar las imágenes del inconsciente colectivo, los adlerianos el complejo de inferioridad, los rankianos el trauma del nacimiento, etc.”* (Escohotado, A. 2008, p.833). Sin embargo, parecía algo común que se intentara que *“el sujeto diese a luz un conocimiento por así decirlo olvidado en el interior de sí mismo”* (Escohotado, 2008, p. 834).

Respecto de las técnicas psicoterapéuticas que se utilizaban, cabe mencionar el uso de la palabra que enmarcaba las sesiones de los terapeutas de orientación psicoanalítica que trabajaban en Europa. Desde esta orientación se consideraba que el uso de sustancias podía acortar la duración del análisis, administrándola de forma esporádica durante el proceso clínico (Gasser, 1994; Grof, 1970; Hofmann, 2006; Usó, 1993; Yensen, 1998).

Si embargo, cabe destacar que las diversas técnicas psicoterapéuticas existentes suelen ser modificadas y ajustadas a la naturaleza del estado generado por las sustancias psicoactivas, de tal forma que generan una unidad integral y orgánica con todo el proceso (Grof, 2005; Mithoefer, 2013).

En este sentido, se sugiere mantener poco intercambio verbal mientras transcurren los efectos de la sustancia, ya que el sujeto podría distraerse de la experiencia de autoexploración. La excepción a ello debería llevarse a cabo en los momentos en que la persona presenta fuertes resistencias, donde el cuidador debe obtener información para ayudar al experienciador a salir de ese punto muerto (Grof, 2005; Jerome, 2007a, 2007b, 2008; Mithoefer, 2013).

Durante las sesiones previas y posteriores a la administración del fármaco, se deben llevar a cabo sesiones de terapia verbal, para ayudar al sujeto a integrar el contenido de las experiencias psiquedélicas en su vida diaria (Grof, 2005; Jerome, 2007a, 2007b, 2008; Mithoefer, 2013).

Especialmente, al día siguiente de la sesión el sujeto puede compartir en detalle sus experiencias del día anterior y analizar cualquier aspecto desconcertante, para que así logre integrar el material y aplicarlo a su cotidianidad (Grof, 2005).

A veces la integración de la experiencia puede requerir días o semanas. Cabe destacar que los sueños pueden ayudar a llevar a cabo este proceso. Se ha observado que *“tras una sesión bien integrada, las noches tienden a transcurrir sin sueños y el sueño es muy profundo y reparador. A la inversa, una sesión en la que el sujeto no alcanzó un cierre emocional y psicosomático suele ir seguida de sueños extraordinariamente ricos e intensos. A menudo, un sueño impactante puede facilitar la integración final del material que la droga había activado y que permanecía sin resolver”* (Grof, 2005, p. 171).

Escohotado (2008) considera que la LSD, MDMA y psilocibina no son drogas inocuas, ya que producen cambios en el estado psíquico. En este sentido, se trata de drogas que *“interrumpen la rutina psíquica en grados impensables, abriendo dimensiones anímicas que oscilan de lo beatífico a lo pavoroso, con una tendencia que se orienta a borrar la importancia o relevancia de un yo en todo el asunto”* (Escohotado, 2008, p. 1290).

Es importante señalar que son estos cambios en el estado psíquico los que hacen de estas sustancias una interesante herramienta para el trabajo psicoterapéutico, si bien en ellos también reside su riesgo (Escohotado, 2008; Passie, 2012).

De esta forma, *“la experiencia psicodélica puede afectar a la forma y al significado sobre cómo esta realidad se percibe, en ocasiones de forma dramática. Una integración incorrecta o insuficiente de la experiencia en una persona predispuesta puede ser el factor que desencadene un trastorno psiquiátrico”* (Caudevilla, 2013, p. 82). Por esta razón, la experiencia psicodélica puede funcionar como un factor estresante psicológico que opere como desencadenador de una psicosis por ejemplo, en la medida que ésta se entiende como el resultado de la acción de un factor desencadenante sobre una persona con predisposición genética a desarrollar este trastorno, y puesto que su elemento nuclear consiste en una pérdida de contacto con la realidad (Caudevilla, 2013; Johnson et al., 2008; Kumar, 2007).

Al respecto es importante distinguir entre un trastorno psicótico crónico y la aparición de síntomas psicológicos que remiten luego de un tiempo y que aparecen como consecuencia de lo difícil que puede resultar el tránsito por una ardua experiencia. *“Algunas personas pueden presentar inestabilidad emocional, ansiedad o sentimientos depresivos días o semanas después de una experiencia intensa. Estos sentimientos pueden estar relacionados en ocasiones con recuerdos o experiencias reprimidas que afloran durante el viaje y que pueden manejarse bien con ayuda psicológica. Intentar clasificar, reordenar o dar significado a toda la gran cantidad de información recibida durante una experiencia puede llevar también su tiempo. Asimismo, puede traer como consecuencia que algunas personas lleguen a cambiar, en alguna medida, su escala de valores o sus planteamientos vitales”* (Caudevilla, 2013, p. 82).

Además, en personas que presentan algún trastorno mental o que están transitando por alguna situación personal difícil, se pueden exacerbar los síntomas o se pueden desencadenar reacciones de ansiedad o de pánico porque las emociones emergen en la conciencia, percibiéndose con mayor nitidez y precisión (J. C. Bouso, 2003).

El estado de conciencia ordinario supone un filtro de la información que recibimos, lo que se puede modificar temporalmente con estas drogas. Por esta razón se puede percibir la realidad desde otras perspectivas, al modificar la forma en que recibimos y procesamos la información (Caudevilla, 2013).

Este tipo de efectos se diferencian de los que caracterizan a los fármacos que utiliza la psiquiatría clásica en el ámbito clínico, ya que las drogas de prescripción operan a nivel de disminución o remisión sintomática. En este sentido, borran por un tiempo el dolor y el desánimo, mientras que la LSD, psilocibina y MDMA borran la falta de contacto con nuestras realidades más íntimas (J. C. Bouso, 2003; Escohotado, 2008; Mithoefer, 2013).

Además, el uso crónico de algunas sustancias, como las benzodiazepinas para el tratamiento de la ansiedad -por mencionar un ejemplo-, genera efectos secundarios que comprometen la arquitectura del sueño, e implican dificultades en la memoria y otras deficiencias cognitivas, además de letargo (Gasser, 2007).

En este sentido, los tratamientos psicoterapéuticos llevados a cabo con las sustancias que son de interés para esta investigación, pueden permitir un aumento de la calidad de vida al reducir la necesidad diaria de consumir algún ansiolítico u otra droga de prescripción. Al mismo tiempo pueden ofrecer mejoras en otros aspectos que no ocurren con los tratamientos tradicionales de la psiquiatría, como la reducción del miedo ante la muerte inminente y el aumento de la calma y del alivio cuando se está en una etapa avanzada de alguna enfermedad terminal (Gasser, 2007).

3.6.1. Factores extrafarmacológicos

Además de los efectos particulares de la LSD, MDMA y psilocibina, existen otros factores que posibilitan la aparición y aprovechamiento de las propiedades psicoterapéuticas de estos fármacos. En este sentido, si bien el hecho de que una sustancia actúe de un modo u otro dependerá de la dosis, de la vía de administración y de la pauta de consumo, *“el efecto depende muchas veces de factores ajenos a compuestos específicos y hasta de dosis. Añadido a la personalidad individual, los llamados set (preparación) y setting (contexto) tienen un gran peso a la hora de inclinar la experiencia hacia maravillas u horrores, e incluso a la hora de establecer su duración”* (Escohotado, 2008, p. 1295).

Algunos factores extrafarmacológicos –ajenos a los efectos directos de las drogas- que tienen un rol fundamental en el proceso psicoterapéutico y que pueden determinar las experiencias de las personas, corresponden a la personalidad del sujeto, su condición emocional y situación actual en la vida, la personalidad del guía o terapeuta, la naturaleza de la relación entre el sujeto y el guía, y todo el conjunto de factores adicionales que denominamos como *set* y *setting* (Grob, 2007; Grof, 2005; Jerome, 2008; Mithoefer, 2013).

En relación con la personalidad del guía o terapeuta, cabe señalar que ésta opera como un factor relevante que permitirá o no estructurar el contenido, transcurso y resultado de las sesiones con droga. Un elemento importante que determina la naturaleza de la experiencia, es la sensación de seguridad y confianza por parte de aquel que ingirió la sustancia. Dicha sensación dependerá de manera crítica de *“la presencia o ausencia del guía, sus características personales, y la naturaleza de la relación entre el sujeto y esta persona”* (Grof, 2005, p. 98).

Para el transcurso y resultado exitoso de las sesiones con sustancia, se requiere que el sujeto abandone sus defensas habituales, y se entregue a la experiencia, lo que requiere de la posibilidad de relegar la prueba de realidad y todas las decisiones sobre asuntos prácticos a un acompañante de confianza. Esta entrega total es absolutamente necesaria para completar la experiencia de muerte del ego y con ello el proceso psicoterapéutico con la sustancia (Grof, 2005).

“El grado de interés humano y profesional del terapeuta, su experiencia clínica y habilidad terapéutica, seguridad personal, ausencia de ansiedad, y sus condiciones físicas y mentales del momento” (Grof, 2005, p. 100) son algunos factores importantes

para una terapia asistida con sustancias. Del mismo modo, es imprescindible que previo a las sesiones con el fármaco, el terapeuta examine su propia motivación y actitudes hacia los sujetos, intente establecer una buena relación de trabajo y clarifique la situación de transferencia y contratransferencia (Grof, 2005; Mithoefer, 2013).

Es importante que el terapeuta se cuide a sí mismo, manteniendo instancias de su propio trabajo interno. También es relevante que mantenga el diálogo con su co-terapeuta y que realicen supervisiones constantes sobre su trabajo para discutir respecto de las óptimas aplicaciones del método terapéutico en situaciones específicas (Mithoefer, 2013).

Durante la sesión con el fármaco, al principio el rol del terapeuta debe consistir en proteger, animar y cuidar de las necesidades básicas del paciente. Luego de seis horas aproximadamente, cuando los efectos farmacológicos de la sustancia están pasando, el rol del terapeuta debe ser más activo para facilitar una buena resolución e integración de la experiencia. Esta función es sumamente importante ya que aunque los pacientes *“hayan tenido experiencias trascendentales profundas en los primeros momentos de la sesión, pueden tener efectos secundarios negativos si durante la reentrada se quedan “atascados” en algún material psicodinámico no resuelto. A la inversa, una sesión difícil con estados paranoides y experiencias infernales puede ser extremadamente terapéutica si se resuelve bien”* (Grof, 2005, p. 167).

Por estas razones, el terapeuta puede facilitar la resolución y aumentar la probabilidad de un buen resultado de la sesión, ayudando al paciente de dos maneras. Una es ayudándolo a trabajar con el material no resuelto, otra es introduciendo en la situación determinados elementos que conduzcan a estados emocionales positivos (Grof, 2005; Passie, 2012).

Cabe destacar que el rol del terapeuta en estas modalidades de terapia con este tipo de fármacos, es meramente de soporte y de dar aliento al paciente durante ciertos momentos en que lo requiera. En este sentido, rara vez el terapeuta “guía” la sesión, ya que este proceso con las sustancias ocurre casi por sí solo y difícilmente se hace necesaria una intervención más intrusiva. De esta manera, la tarea del terapeuta es mantener el encuadre de trabajo y ocupar un rol de apoyo adaptado a las energías y recursos del paciente (Mithoefer, 2013; Passie, 2012).

Lo anterior es importante de destacar, ya que es bajo estas condiciones que se considera que en este marco de trabajo operan mecanismos internos de cura, y que los cambios terapéuticos se deben a ellos. En este sentido, las sustancias como la LSD, psilocibina y MDMA pueden activar procesos internos de cura si son utilizadas bajo ciertas condiciones estructuradas (Mithoefer, 2013; Passie, 2012).

De esta forma, los pacientes pueden aprender a contar con sus propios recursos emocionales y corregir por su cuenta los propios conceptos sobre sí mismos y sobre su historia. Sin embargo, en momentos en que se requiera, el terapeuta puede ayudar a actualizar problemas y puede confrontar al sujeto, en caso de que los mecanismos de defensa se activen aún más, o si aparecen problemáticos patrones de relaciones del sujeto que éste no logra visualizar, o ansiedades y síntomas que debe hacer conscientes para proseguir con su proceso psicoterapéutico (Mithoefer, 2013; Passie, 2012).

También tanto para la terapia psicolítica como para la psikedélica se sugiere que se lleven a cabo las sesiones con dos terapeutas a cargo, un hombre y una mujer.

La presencia de ambos permite que se puedan repartir roles más adecuados según la función que desempeñen con cada paciente; por ejemplo, pareciera que las mujeres son más apropiadas para confortar y dar apoyo físico, pero esto debe evaluarse en cada momento de la sesión, ya que los acontecimientos específicos determinarán qué es más adecuado para el paciente (Johnson et al., 2008; Mithoefer et al., 2011; Passie, 2012).

Tal como ocurre en la terapia convencional, el terapeuta debe ser experienciado por el paciente como un individuo que genera una estructura segura y de confianza. En este sentido, el terapeuta debe sostener una escucha activa para el paciente, al mismo tiempo que debe poner atención en aspectos de cuidado físico que se requieran, como por ejemplo sostener las manos o calmar (Mithoefer, 2013; Oehen et al., 2012; Passie, 2012).

Dentro del *set* se incluyen las expectativas, motivaciones e intenciones del paciente respecto de la sesión, su estado anímico, disposición y actitud ante la experiencia, además del concepto de la naturaleza de la experiencia con la sustancia que tiene el terapeuta, el objetivo previamente acordado del procedimiento con la droga, la preparación y programación para la sesión y la técnica de guía u orientación específica que se utilizará durante la experiencia con la sustancia. Todos estos aspectos determinarán el decurso de la experiencia (Grof, 2005; Hofmann, 2006; Jerome, 2008).

La preparación para las sesiones en las que se administrará la droga son de suma relevancia, puesto que el uso de estas sustancias puede generar ciertas expectativas sobre ello. En este sentido, se considera como parte de la ética que se debe tener con el paciente, informarle sobre el rango de los posibles efectos que pueden emerger al ingerirlas (Griffiths et al., 2006; Kumar, 2007; Mithoefer, 2013).

Se ha visto también que estados de ánimo de ansiedad o depresión previos a las sesiones con el fármaco pueden predecir ansiedad u otros estados negativos durante la sesión, por lo que también se vuelve sumamente relevante la preparación del sujeto (Johnson et al., 2008; Mithoefer, 2013).

Un aspecto del *set* que es más sutil y que no fue fácil de identificar durante la historia del uso de estas sustancias, corresponde a la presencia o ausencia de comunicación verbal entre el paciente y el terapeuta. Hablar más de lo necesario durante un momento de autoexploración puede ser contraproducente. Sin embargo, en determinadas situaciones el diálogo continuo cobra vital importancia, en la medida en que la elección y formulación de ciertas preguntas pueden reforzar y redefinir el *set* que se eligió con anterioridad. De esta forma, el diálogo puede determinar significativamente la dirección en la que se mueve la experiencia, modificar su contenido e influir en su curso (Grof, 2005; Mithoefer, 2013; Oehen et al., 2012).

Algunos ejemplos de *sets* en que se han utilizado las sustancias que son de interés para esta investigación, corresponden al enfoque de “psicosis modelo” explicado con anterioridad, o el creado para experimentar con estas sustancias como fuente de creatividad e inspiración, por parte de diversos artistas. También se crearon *sets* que propiciaran las experiencias religiosas o místicas con estas drogas, o que exploraran su potencial terapéutico para pacientes psiquiátricos y enfermos terminales. Dentro de estos últimos destacan los enfoques de terapia psicolítica, psiquedélica e hipnodélica. Además, se pueden mencionar los *sets* de uso no médico o de autoexperimentación no supervisada (Grof, 2005).

El *setting* se refiere al ambiente o contexto físico e interpersonal, así como también a las circunstancias concretas bajo las cuales se administrará la sustancia. Estos elementos pueden influir de forma positiva o negativa en la experiencia con el fármaco, por lo que se deben potenciar para que faciliten experiencias terapéuticas positivas. De esta forma, el ambiente externo contribuye determinantemente al desenlace de la experiencia (Grof, 2005; Hofmann, 2006; Jerome, 2008; Johnson et al., 2008; Mithoefer, 2013).

En este sentido, un lugar bello o al aire libre se vivenciarán con una especial profundidad, de acuerdo a la sensibilización que provocan estas sustancias. Del mismo modo, un ambiente desagradable o ruidoso, puede provocar una experiencia negativa con riesgo de crisis psicóticas (Hofmann, 2006; Johnson et al., 2008; Mithoefer, 2013).

De este modo, si el contexto ofrece cierta seguridad emocional y física resulta más propicio para ingerir estas sustancias, puesto que en un contexto perturbador la persona puede percibir que no será capaz de controlar sus vivencias (J. C. Bouso, 2003).

Algunos elementos que componen el *setting* corresponden a la sala de tratamiento, la que debe ser acogedora, tranquila, confortable, decorada con gusto y amueblada de manera hogareña. Se pueden poner arreglos florales y cuadros que reflejen paisajes naturales, además de ciertos elementos de la naturaleza, puesto que ella puede tener una influencia muy positiva en la experiencia en la medida en que les permite a los sujetos conectarse con los sentimientos que ella evoca. También es recomendable utilizar antifaz para facilitar la introspección y evitar la distracción en lo externo (Grof, 2005; Jerome, 2008; Johnson et al., 2008; Mithoefer, 2013).

Además, uno de los factores más importantes del *setting* corresponde a la música, la cual cumple varias funciones importantes en el contexto de psicoterapia psicolítica y psiquedélica. Este elemento tiende a evocar una amplia gama de diversas e intensas emociones, y facilita una implicación más profunda en el proceso. También *“facilita una estructura significativa para la experiencia y crea una corriente transportadora continua que ayuda a los pacientes a superar partes difíciles de las sesiones y a salir de los puntos muertos”* (Grof, 2005, p. 163). Además, varios sujetos han señalado que la música les ha servido para poder entregarse por completo a la experiencia y a soltar sus defensas psicológicas (Grof, 2005).

Otra función de la música corresponde a su capacidad para facilitar una sensación de continuidad y conexión durante el transcurso de diversos estados de conciencia inusuales para el sujeto. Esto se aprecia no sólo en los momentos en que se escucha la música, sino que también durante los momentos en que hay silencio, por ejemplo cuando se debe cambiar un tema musical. En dichas instancias los pacientes suelen describir los silencios como una sensación de estar suspendidos en el aire, y como un doloroso vacío en la experiencia (Grof, 2005; Mithoefer, 2013).

Respecto de la elección de la música, ésta debe responder a los distintos momentos de la experiencia con la sustancia, intentando seguir su intensidad y contenido. En términos generales se sugiere una música tranquila para el período de latencia, antes que la sustancia comience a hacer efecto. Cuando la experiencia se inicia, lo ideal es una música que tenga la capacidad de abrir. A la hora y media el sujeto estará por completo bajo los efectos de la droga, por lo que se recomienda música intensa y evocativa en términos emocionales. Luego de las cuatro horas con droga, se puede introducir música poderosa y abrumadora que tenga un tono

trascendental, en caso que el sujeto esté experimentando un momento de avance espiritual o emocional importante. Para finalizar la sesión se sugiere música tranquila, relajante y fluida que tenga un tono atemporal (Grof, 2005; Mithoefer, 2013; Oehen et al., 2012).

Considerar todos estos aspectos extrafarmacológicos muestra que la influencia que ejercen la LSD, psilocibina y MDMA, varía de persona en persona, y que la experiencia con este tipo de sustancias está sujeta a una cierta impredecibilidad, puesto que la duración e intensidad de la experiencia se asocian a diversos factores, como la dosis, la experiencia del usuario y sus características individuales (J. C. Bouso, 2003; Caudevilla, 2013; Hofmann, 2006; Jerome, 2008; Johnson et al., 2008).

3.6.2. LSD

*“La psicoterapia con LSD parece intensificar todos los mecanismos que operan en la psicoterapia sin drogas e implica, además, nuevos y poderosos mecanismos de cambio psicológico aún no reconocidos y explicados por la psiquiatría convencional”
(Grof, 2005, p. 28).*

Desde el descubrimiento de las potencialidades psicoterapéuticas de la LSD hasta 1966, Laboratorios Sandoz respaldó las investigaciones con esta sustancia. En esa fecha también se prohibió la LSD en Estados Unidos, lo que afectó sólo su uso recreativo, ya que se siguieron realizando estudios con ella hasta finales de 1970. Sin embargo, con la pérdida del respaldo de Sandoz para dichas investigaciones, se hizo más difícil continuarlas (Oram, 2014).

A su vez, las normas que comenzaron a regir los ensayos clínicos en 1962 fueron también una razón que detuvo las investigaciones con este fármaco, puesto que el modelo de psicoterapia asistida con LSD no lograba adecuarse a los requisitos que exigían dichas normas. Éstas se basaban en una noción biológica de enfermedad mental, por lo que demandaban metodologías objetivas que pudieran demostrar la eficacia del fármaco que se probaba; instancia donde tanto la psicoterapia como los efectos psíquicos de la LSD no tenían cabida. Por estas razones, esta sustancia no logró probar su eficacia con los estudios que se realizaron entre 1962 y finales de 1970, por lo que en 1974 se reportó que no tenía aplicaciones terapéuticas (Oram, 2014).

Antes de esa fecha, esta sustancia fue usada en contextos clínicos con diversas intenciones terapéuticas, utilizándose para tratar diversos trastornos en Estados Unidos y Europa (Escohotado, 2008; Gasser, 2007; Gasser et al., 2014; Hofmann, 2006; Ott, 2011; Passie et al., 2008).

El *Delysid*[®] elaborado por Laboratorios Sandoz venía acompañado de un prospecto, en el que se indicaban sus posibilidades de aplicación, dosificación y medidas de precaución correspondientes. Proponía dos indicaciones, cada una con su posología:

a) Relajación psíquica en la psicoterapia analítica, y en particular en las neurosis de angustia y obsesivas. Dosis inicial de 25 mcg, que se pueden aumentar gradualmente hasta la dosis activa (de 50 a 200 mcg o más). El tratamiento puede reanudarse después de cada semana de interrupción.

b) Experimentos sobre la naturaleza de las psicosis. *“El Delysid permite al médico, por autoexperimentación, tener una idea de las sensaciones percibidas por el enfermo. Facilita el estudio de los problemas patógenos, provocando en sujetos normales, psicosis artificiales experimentales de corta duración”* (Sandoz Argentina S. A. I. C., s. f.). En personas psíquicamente normales por lo general son suficientes dosis de 25 a 75 mcg (por término medio 1 mcg/kg); en ciertas psicosis y alcoholismo crónico se requieren dosis más elevadas, del orden de 2 a 4 mcg/kg (Sandoz Argentina S. A. I. C., s. f.).

La primera indicación -para terapia analítica- se basa en una relajación o supresión de la barrera yo/tú que puede provocar esta sustancia. De esta forma, se pretende que las personas que están entrapadas en una problemática ligada al ego, puedan *“desprenderse de su fijación y aislamiento, estableciendo así un mejor contacto con el médico y una mayor y más abierta predisposición a la influencia psicoterapéutica”* (Hofmann, 2006, p. 58).

Esta capacidad de reorganización interna lleva a un autodescubrimiento que acarrea una crisis del yo, con su consecuente ampliación hacia otras regiones (Escohotado, 2008).

Diversos psiquiatras e investigadores dieron cuenta de los procesos de “liberación” que acontecían con LSD, enfatizando que este estado de intoxicación es parte de la curación. En este proceso, se indicó que se anulan las fuerzas que reprimen el inconsciente, por lo que se vehiculiza un flujo del material conflictivo que hasta ese momento estaba guardado fuera de la conciencia (E. Anderson, 2007).

La segunda indicación del prospecto -experimentos sobre la naturaleza de las psicosis- también se basaba en la inducción de una relajación de las barreras entre el yo y el mundo exterior, por medio de la provocación de un estado psicótico; de esta forma, los sujetos dejarían de estar atrapados en un dilema en el que estas barreras cumplieran algún papel (E. Anderson, 2007; J. C. Bouso, 2003; Passie et al., 2008).

Sin embargo, la teoría de que en la embriaguez con LSD se estaba en presencia de una “psicosis modelo”, se fue dejando de lado, ya que diversas investigaciones comparativas mostraron que existen diferencias sustanciales entre las formas en que se manifiestan las psicosis y la experiencia con LSD (Hofmann, 2006).

“Este enfoque de la esquizofrenia, reduccionista y simplificado en exceso, fue criticado repetidamente por todos los investigadores clínicos y bioquímicos de orientación psicoanalítica y fenomenológica, y finalmente abandonado por la mayoría de los investigadores” (Grof, 2005, p. 23).

Al respecto, cabe señalar que el Dr. Caudevilla (2013) critica la clasificación de la LSD y la psilocibina como “psicotomiméticas”, ya que le parece una simplificación errada considerar que ellas generen estados idénticos a las psicosis. Sobre ello indica que *“en la esquizofrenia, las alucinaciones más características son de tipo auditivo, lo que resulta excepcional al administrar sustancias. Además, los trastornos psicóticos se acompañan de una serie de síntomas llamados negativos (empobrecimiento de la expresión de emociones y sentimientos, lenguaje vago, apatía...) que tampoco se manifiestan con drogas modificadoras de la conciencia”* (Caudevilla, 2013, p. 72).

En este sentido, lo que la LSD permite es el estudio de las desviaciones del estado psíquico normal y las modificaciones bioquímicas y electrofisiológicas que supone; razón por la cuál, *“posiblemente así podamos formarnos una idea más*

acabada de la naturaleza de las psicosis" (Hofmann, 2006, p. 61), pero no porque necesariamente las genere.

Un aspecto muy relevante a destacar, es que se puede recordar todo lo experimentado durante la experiencia con LSD. A Hofmann (2006) ya le había parecido muy importante este aspecto cuando empezó a hacer autoensayos con ella, y lo ligó también a sus posibilidades terapéuticas. De esta manera, *"pese a la perturbación intensa de la imagen normal del mundo, la conciencia capaz de registrar no se anulaba ni siquiera en el punto culminante de la experiencia del LSD"* (Hofmann, 2006, p. 34).

Se ha observado que en algunas situaciones las personas que la ingieren no logran relajarse y entregarse a la experiencia, por lo que se vuelven resistentes incluso a dosis que van entre los 300 y 500 microgramos. Algunas causas de la fuerte resistencia al efecto de la droga pueden ser *"una preparación e instrucción insuficiente en los sujetos, la falta de un acuerdo de plena cooperación, o la ausencia de confianza básica en la relación terapéutica. En este caso, la reacción a la LSD no suele seguir su curso completo hasta que los motivos de la resistencia se analizan y comprenden"* (Grof, 2005, p. 57).

Cabe señalar que los pacientes obsesivo compulsivos parecen ser especialmente resistentes a los efectos de la LSD, y en casos extremos se requieren varias decenas de sesiones con dosis altas de la sustancia antes de que las resistencias psicológicas de estos sujetos se reduzcan para poder iniciar el trabajo con el material inconsciente. Sin embargo, no basta con aumentar la dosis del fármaco, puesto que la LSD tiene un punto de saturación entre los 400 y 500 microgramos, por lo que no cambia en nada aumentarla más allá. En este sentido, las resistencias deben ser trabajadas en el transcurso de las sesiones, reduciéndolas de forma gradual (Grof, 2005).

Es importante mencionar que resistirse al contenido de la experiencia o a los efectos de la droga, puede generar un estado de ansiedad que prolongue la experiencia desagradable y mantenga al sujeto en la esfera de su influencia. En este sentido, es importante que la persona sepa que la forma más rápida de salida de dicha condición es aceptando el contenido de la experiencia. En este sentido, *"aceptar que uno permanecerá en una experiencia infernal para siempre llevará a su terminación, y el rendirse totalmente a la locura permanente tiene como resultado lograr una cordura mayor"* (Grof, 2005, p. 152).

Entre los usos clínicos de la LSD, cabe señalar que a principios de los años sesenta se descubre su utilidad para el cuidado de personas con cáncer y otras enfermedades terminales, por lo que esta sustancia se comienza a utilizar para terapias agónicas y funciones analgésicas. *"Los estudios con moribundos indicaron que la psicoterapia con LSD podía aportar no sólo un alivio del sufrimiento emocional, sino también del dolor físico asociado a enfermedades crónicas, pudiendo también cambiar drásticamente la concepción de la muerte y la actitud hacia ella"* (Grof, 2005, p. 26).

Al respecto se ha observado en estudios clínicos controlados que la combinación de esta sustancia con psicoterapia psicolítica o psiquedélica ha mostrado ser un tratamiento que disminuye la ansiedad y mejora la calidad de vida de personas con estadios avanzados de cáncer (Gasser, 2013).

En relación con la función analgésica de la LSD en pacientes con cáncer, Hofmann explica que quizás no se trate de una acción analgésica en el verdadero sentido, sino que quizás el dolor desaparece *"porque el paciente sometido a la*

influencia del LSD se separa psíquicamente de su cuerpo hasta tal punto que el dolor físico ya no penetra en su conciencia” (Hofmann, 2006, p. 62).

También se ha observado una cierta habilidad de esta sustancia para detener los dolores de la cefalea en racimo (“cluster headache” en inglés), lo que podría deberse a su alta afinidad a los receptores 5HT1B y 5HT1D (Jerome, 2008; Passie et al., 2008).

Respecto de algunas críticas que algunos investigadores han llevado a cabo sobre esta sustancia, cabe señalar que Hofmann mencionó que numerosos psiquiatras pensaban que era una desventaja la rápida vuelta a la conciencia de experiencias olvidadas o reprimidas, ya que les parecía que no había tiempo suficiente para la elaboración psicoterapéutica, y que como consecuencia de ello, el efecto curativo era menos duradero que si las vivencias traumáticas se concientizaban más lentamente con un tratamiento escalonado (Hofmann, 2006).

Sin embargo, en procesos psicoterapéuticos llevados a cabo desde una orientación analítica en Europa, también se estima que los beneficios de la LSD residían en que permitía acortar la duración del análisis, administrando esta droga entre 2 a 100 veces en sesiones durante todo el proceso clínico (Gasser, 1994; Grof, 1970, 2005; Hofmann, 2006; Usó, 1993; Yensen, 1998).

Además se tienen registros de que muchos terapeutas se autoadministraban LSD para establecer una relación más estrecha con sus pacientes. Como ejemplo cabe señalar la reglamentación que regulaba estas prácticas en Checoslovaquia, que exigía que los terapeutas dedicados a este tipo de tratamientos hubiesen observado por lo menos 30 administraciones y que hubiesen pasado por la experiencia por lo menos 5 veces (Escohotado, 2008).

Puesto que diversos terapeutas utilizaban esta sustancia en países europeos, se creó la Sociedad Médica Suiza para Terapia Psicológica²⁹, que aún se encuentra operando para investigar los usos psicoterapéuticos de estas sustancias. Sus miembros mantenían encuentros regulares para tratar temas asociados al uso de drogas psiquedélicas en psicoterapia, y también formularon las especificaciones y criterios para la selección y entrenamiento de futuros terapeutas que trabajaran con LSD. El homólogo de esta organización en EEUU y Canadá era la Asociación para la Terapia Psiquedélica (Grof, 2005; Passie, 2012).

En 1965 se celebró la II Conferencia Internacional sobre Aplicación de LSD en Psicoterapia, en Long Island, en la que expositores europeos comunicaron que el Delysid® se estaba utilizando en más de veinte centros clínicos, y que había una *“total unanimidad en cuanto al valor y beneficios de esa práctica para abrir y acelerar la explosión analítica de las relaciones internas”* (Escohotado, 2008, p. 832).

Entre 1970 y 1977 el Centro de Investigación Psiquiátrica de Maryland ofreció un programa formativo de hasta tres sesiones con dosis altas con LSD, destinado a profesionales de la salud mental. Más de cien personas participaron en dicho programa (Grof, 2005).

También numerosas conferencias se llevaron a cabo en torno a esta sustancia, con el objetivo de compartir conceptos y experiencias observacionales entre los terapeutas que la utilizaban. Algunos lugares de encuentro corresponden a Princeton

²⁹ Ésta corresponde a la Schweizerische Ärztengesellschaft für Psycholitische Therapie (SÄPT). Para mayor información se sugiere revisar su página web: <http://saept.ch/>

(1959), Goettingen (1960), Londres (1961), Amityville (1965), Amsterdam (1967) y Bad Nauheim (1968) (Grof, 2005).

Sin embargo, y luego de considerar todos los aspectos antes mencionados, es relevante indicar que pareciera no existir un común acuerdo entre terapeutas que han utilizado esta sustancia, respecto de su forma más adecuada de implementación en psicoterapia. En este sentido, *“los distintos investigadores que utilizan la LSD en psicoterapia difieren considerablemente en lo que respecta a la dosis utilizada, frecuencia y número total de sesiones psiquedélicas, la intensidad y tipo del trabajo psicoterapéutico y ciertas especificaciones sobre el set y el setting”*(Grof, 2005, p. 33).

“Las imágenes de la LSD en la literatura profesional cubren por lo tanto un amplio espectro, desde ser una panacea terapéutica para los trastornos psicógenos a ser una peligrosa sustancia que produce una psicosis. Por lo tanto es difícil sacar alguna conclusión clara a partir del material publicado sobre su uso clínico sin una comprensión dinámica más profunda de la naturaleza de los efectos de la LSD” (Grof, 2005, p. 249).

3.6.3. Psilocibina

*“En realidad,
yo soy partidario de tomar
siempre que uno esté existencialmente confuso,
pues creo que precisamente la función de los hongos enteógenos
es la de hacer aflorar los miedos para poder comprenderlos”*
(Ciro, 2013, p. 22).

A finales de los cincuenta y principios de los sesenta, Sandoz distribuyó la psilocibina como fármaco de investigación, bajo el nombre comercial de *Indocybin*[®] (Ott, 2011). Luego, *“a partir de los tratados internacionales de 1970, la psilocibina queda fiscalizada”* (Parés, 2013b, p. 41).

Durante estas fechas hubo una primera oleada de investigaciones en seres humanos con esta sustancia; luego estos estudios se detuvieron porque se prohibió este fármaco. Más adelante, a mediados de los años noventa se renuevan los estudios interesados en el potencial terapéutico de la psilocibina (Kumar, 2007).

Las investigaciones clínicas con psilocibina llevadas a cabo durante las décadas de 1950 y 1960 no reconocieron la importante influencia del *set* y del *setting*. Las investigaciones posteriores que han incluido una mayor preparación para la persona y apoyo interpersonal durante el período de acción de la sustancia, han encontrado pocos efectos psicológicos adversos -tales como reacciones de pánico y episodios psicóticos-, así como también se aprecia un incremento de los informes que evalúan de forma positiva la experiencia (Griffiths et al., 2006; Johnson et al., 2008; Kumar, 2007).

De esta manera, se ha constatado que cuando la psilocibina se administra en un entorno clínico de apoyo, puede ser segura y bien tolerada por los sujetos (Moreno et al., 2006).

Con este fármaco se llevaron a cabo procesos psicoterapéuticos tanto desde el enfoque psicolítico como desde el psiquedélico. Algunos investigadores deseaban

activar memorias y conflictos inconscientes, mientras que otros también querían promover las experiencias místicas o transformadoras como vivencias productoras de significados y cambios beneficiosos (Jerome, 2007b; Kumar, 2007).

Los estudios de modelos de psicosis llevados a cabo con esta sustancia intentan determinar qué procesos cognitivos y emocionales se alteran bajo sus efectos, para luego extrapolar a lo que podría ocurrirle a una persona con esquizofrenia. Esto se lleva a cabo de esta manera ya que cuando el fenómeno que interesa estudiar es más o menos inaccesible, se requieren modelos de enfermedad que puedan dar cuenta de ella (J. Bouso & Farré, 2013).

Existen también estudios psicobiológicos con psilocibina que intentan comprender el rol de los receptores 5-HT_{2A}, administrando esta sustancia a voluntarios sanos y luego observando su rendimiento en pruebas en las que se les solicita alguna tarea (J. Bouso & Farré, 2013).

Debido a los efectos psicológicos de la psilocibina ya descritos, diversos investigadores piensan que podría ser útil en el tratamiento de adicciones, o de la depresión y ansiedad que sufren personas que presentan alguna enfermedad terminal. *“La lógica de este razonamiento estriba en que si alguien, en un contexto controlado, pierde su identidad sintiéndose parte de algo mucho más grande e importante que le trasciende, le inducirá un cambio en la personalidad que para el caso de las adicciones le ayudará a abandonarlas y en el caso de los enfermos terminales les permitirá aceptar mejor el fin de su vida y vivirla con menor angustia y tristeza”* (J. Bouso & Farré, 2013, p. 62).

Este modo de uso para estos tratamientos específicos, ya se observó en los años cincuenta, en pleno auge de la investigación con esta sustancia. Sin embargo es importante mencionar que los registros e informes de esa época son confusos, contradictorios y poco concluyentes, ya que no se contaba con metodologías sofisticadas que permitieran evaluar efectos terapéuticos de intervenciones psicológicas (J. Bouso & Farré, 2013).

Los efectos que puede tener esta sustancia en personas con depresión, se explican debido a la disminución de ciertas funciones cerebrales ligadas con el estado de conciencia y la cognición, lo que se sabe que en estos sujetos se encuentra en el ámbito del pesimismo y la rigidez. Dicha disminución de funciones permitiría una mayor amplitud de conciencia al desconstruir la experiencia del mundo, lo que posibilitaría vivenciar un estilo de cognición sin dichos límites y salir de ese estado rígido pesimista. Por esta razón se podría vivenciar una mejora del estado de ánimo (Carhart-Harris et al., 2012; Tagliazucchi et al., 2014).

Otro potencial terapéutico de la psilocibina es su utilidad para el tratamiento del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC). Esta hipótesis en parte se sustenta en algunos casos anecdóticos de personas con este trastorno que vieron remitidos sus síntomas luego de ingerir psilocibina de forma recreativa, y también porque en la base neurofisiológica de dicho trastorno hay una desregulación de los receptores 5-HT_{2A} (J. Bouso & Farré, 2013; Moreno et al., 2006).

Al respecto se observó que personas que habían ingerido esta sustancia de forma recreacional manifestaban una reducción de síntomas TOC, si bien al mismo tiempo dejaron de sentir los efectos psicoactivos de la psilocibina debido a la tolerancia desarrollada por la continuidad de su uso. Además esta remisión

sintomática se mantuvo por varios meses después que se discontinuó el uso de la droga (Jerome, 2007b; Moreno et al., 2006).

También se ha visto en un estudio coordinado por el Dr. Moreno, que los síntomas obsesivo-compulsivo de estas personas disminuyen al ingerir psilocibina (Moreno et al., 2006).

En pacientes con cáncer terminal se ha administrado psilocibina puesto que presentan diversos grados de ansiedad, depresión y aislamiento psicológico debido a la inminencia de su muerte. En ellos esta sustancia puede ayudar a la adquisición de sentido y propósitos, en momentos en que se requieren recursos existenciales que permitan reconciliarse con el pasado, vivir en el presente y aceptar el futuro incierto (Grob, 2007, 2007; Grob et al., 2010, 2013; Tagliazucchi et al., 2014). En términos neurológicos ocurriría el mismo mecanismo desconstreñidor de la experiencia del mundo que acontece en personas con depresión (Carhart-Harris et al., 2012; Tagliazucchi et al., 2014).

Bajo la influencia de sustancias como la psilocibina, los sujetos trascienden la identificación primaria con sus cuerpos y experimentan estados de liberación del yo antes de su muerte. Cuando regresan de estas experiencias psicoactivas, lo hacen con una nueva perspectiva y una profunda aceptación del cambio constante que es propio de la vida. De esta manera, se experimentan a sí mismos en un estado transicional, con un nuevo equilibrio y conciencia, lo que les permite que aquella identificación primaria con el cuerpo llegue a su fin. Esta implícita aceptación de los ciclos inevitables de la vida, da paso a una nueva perspectiva respecto del tiempo que les queda antes de morir, la que ya no va acompañada de los abrumadores sentimientos de pánico, miedo, dolor y dependencia existentes con anterioridad a la experiencia con psilocibina (Grob, 2007; Grob et al., 2013).

Desde el año 2004 investigadores del Harbor-UCLA Medical Center están estudiando la potencial eficacia terapéutica de la psilocibina en pacientes con cáncer en estadios avanzados que presentan ansiedad asociada a la inminencia de su muerte (Grob, 2007; Grob et al., 2013).

También la Universidad de Nueva York ha llevado a cabo estudios con psilocibina con personas que presentan ansiedad asociada a su diagnóstico de cáncer terminal (New York University (NYU), 2014).

Además, es importante señalar que estos estudios en pacientes con cáncer terminal han dado cuenta de una disminución de la percepción del dolor y de la necesidad de narcóticos o fármacos para ello. Esto se ha apreciado desde el inicio de las investigaciones durante los años sesenta y setenta (Grob, 2007; Grob et al., 2010, 2013).

También se han llevado estudios con personas que padecen cefaleas en racimos, en los que se ha observado que la psilocibina disminuye la frecuencia y número de ataques (Sewell, Halpern, & Pope, 2006).

Al parecer una ventaja del uso de psilocibina en comparación con la LSD, es que la primera acarrea menor carga política, por lo que tiene una reputación menos sensacionalista. Además, en comparación con la MDMA –que también ha sido sugerida para pacientes con ansiedad asociada a un diagnóstico de cáncer terminal-, la psilocibina tiene la ventaja de ser más segura en términos del rango de sus efectos cardiovasculares (Grob, 2007).

Puesto que los pacientes con cáncer avanzado presentan fallas en diversos sistemas de órganos, podrían ser más sensibles a los efectos simpaticomiméticos³⁰ de la MDMA. Además, puesto que la psilocibina tiene una mejor capacidad que la MDMA para catalizar estados trascendentales y psicoespirituales de conciencia, podría ofrecer mejores resultados terapéuticos (Grob, 2007; Grob et al., 2010).

Durante los últimos 15 años se han publicado cerca de 40 artículos científicos que describen algún aspecto asociado a los mecanismos de acción neuropsicofarmacológicos de la psilocibina. Algunos de los investigadores a cargo de dichos estudios, son el doctor Vollenweider de la Universidad de Zurich, la doctora Gouzoulis-Mayfrank de la Universidad de Colonia, y el doctor Roland Griffiths de la Universidad John Hopkins de Baltimore (J. Bouso & Farré, 2013).

Otras investigaciones se han realizado en la Universidad Johns Hopkins para explorar la emergencia de estados de conciencia psicoespirituales seguidas de la ingesta de psilocibina. También este equipo de trabajo ha publicado algunos lineamientos que se deben considerar para llevar a cabo estudios con altas dosis de esta sustancia de forma segura. Con estas investigaciones han demostrado que bajo ciertas condiciones las dosis altas de psilocibina pueden ocasionar profundas experiencias con sentido personal y espiritual (Grob et al., 2013; Johns Hopkins Medicine, 2014).

3.6.4. MDMA

*“Antes de ser prohibido,
el MDMA mostró evidentes posibilidades
como coayuvante farmacológico en psicoterapia”
(Ott, 1998, p. 173).*

A principios de los años ochenta esta sustancia se utilizaba mucho en contextos terapéuticos de las diversas tendencias ya establecidas en esa fecha, es decir en terapia de grupo, los nuevos grupos afines al movimiento New Age, la Gestalt, el psicodrama, la bioenergética, el movimiento del Potencial Humano y las psicologías transpersonales, así como en el marco de terapias fenomenológicas y psicoanalíticas. *“Se puede decir que cada aproximación psicoterapéutica, a excepción de las terapias de corte conductual, adaptó pragmáticamente, en mayor o menor grado, el potencial terapéutico de la MDMA a sus planteamientos conceptuales, de cara a facilitar el proceso terapéutico o el desarrollo personal de sus pacientes”* (J. C. Bouso, 2003, p. 52).

Antes de ser prohibida esta sustancia en 1986 en Estados Unidos, se utilizó en psicoterapia como auxiliar de procesos psicoterapéuticos tanto en dicho país como en Europa, sobre todo para tratar trastornos de ansiedad, depresión y estrés postraumático, debido a sus efectos en las emociones, la cognición y en las interacciones sociales. Al quedar prohibida, quedaron en suspenso varias investigaciones que se estaban llevando a cabo sobre ella y su funcionamiento sobre el sistema nervioso (J. C. Bouso, 2003; J. C. Bouso et al., 2008; Escohotado, 2008; Jerome, 2007a; Mithoefer et al., 2011; Oehen et al., 2012; Passie, 2012; White, 2014).

³⁰ Esto corresponde a sustancias que imitan la acción del sistema nervioso simpático (Jerome, 2007a).

Los usos terapéuticos de esta droga parecieran ser muy amplios, si se piensa en aquellos que son acordes a sus propiedades. En este sentido, una *“buena parte de lo etiquetado como “trastornos funcionales” se relaciona con formas de petrificación y enajenación emocional, cuando no con dificultades para la comunicación. Frigidez, impotencia debida a razones psicológicas, incomprensión entre miembros de una familia, síndromes de aislamiento, rigidez caracterológica, desmotivación genérica y fenómenos análogos parecen experimentar mejoras espectaculares cuando son abordados con MDMA por un psiquiatra o psicólogo competente”* (Escohotado, 2008, p. 1303).

También en el ámbito de salud física se utilizó esta sustancia, para reducir el dolor secundario a algunos tipos de cáncer (J. C. Bouso et al., 2008).

Los psiquiatras que publicaron informes sobre los procesos psicoterapéuticos con esta droga y las historias clínicas de los pacientes, consideraban que la MDMA podía ser muy útil como facilitador del proceso de psicoterapia. Sin embargo, en los años ochenta se llevaron a cabo muy pocos estudios controlados o descripciones formales sobre su uso como coayudante de dicho proceso, y sólo en 1992 se empezaron a llevar a cabo más estudios controlados (Jerome, 2007a).

Para explicar esta propiedad de “facilitador” del proceso psicoterapéutico, es importante indicar que la psicoterapia suele ser un proceso largo y doloroso, en el que los pacientes deben profundizar y comunicar sus emociones al terapeuta. En este trayecto, se vislumbra que son estas emociones las que conllevan sufrimiento, lo que es causa de los trastornos psicológicos. La intensidad de este sufrimiento puede ser tal que suele desbordar su capacidad de control, por lo que enfrentarse a ello, podría implicar un proceso angustioso pero al mismo tiempo positivo. En este contexto, la MDMA *“en lugar de actuar directamente sobre los síntomas, sitúa a los pacientes en un estado de calma serena, en el cual el miedo a enfrentarse a las emociones se reduce sin reducirse por ello el nivel de conciencia, de modo que ayuda a acelerar el proceso psicoterapéutico aumentando así el rendimiento de la terapia”* (J. C. Bouso, 2003, p. 54).

Por estas razones, esta sustancia podría ser de gran utilidad en tratamientos de personas que presentan estrés postraumático, ya que este trastorno implica una serie de respuestas asociadas al miedo y la falta de control. La MDMA podría ser de ayuda para poder tolerar los afectos asociados al trauma al momento de trabajarlo en psicoterapia (J. C. Bouso et al., 2008; Mithoefer, 2013; Mithoefer et al., 2012, 2011; Oehen et al., 2012; White, 2014).

Esto es sumamente relevante a la hora de trabajar con los traumas del sujeto, puesto que al recordarlos se corre el riesgo de re-traumatizarlo, como consecuencia del recuerdo de una abrumadora experiencia en el transcurso de las sesiones. Al recordar eventos pasados, diversas emociones son reexperimentadas y algunas veces sentidas de forma tan realística como si se estuviese una vez más viviendo el acontecimiento asociado. En este sentido, lo traumático se entiende como aquello que excede la capacidad psicológica de procesar lo que acontece, y los estudios clínicos muestran que la MDMA refuerza la alianza terapéutica, disminuye la conducta evitativa y mejora la tolerancia que se requiere para reprocesar memorias dolorosas o traumáticas. De esta forma, esta sustancia posibilita el recuerdo de escenas traumáticas al mismo tiempo que reduce el riesgo de re-traumatización del sujeto (J. C. Bouso et al., 2008; Mithoefer, 2013; Mithoefer et al., 2012, 2012; Passie, 2012).

Por esta razón, puede ayudar a acelerar los procesos psicológicos que acontecen en psicoterapia, puesto que permite la activación de eventos traumáticos del pasado, pero sin activar un circuito agudo de ansiedad, sino que más bien permitiendo el recuerdo de dichos acontecimientos con una profunda calma como estado de base. Esto permite una comprensión más organizada de los eventos traumáticos, al mismo tiempo que una visión más global de los problemas internos de los sujetos y de las conexiones entre elementos que parecían estar separados en el yo (Passie, 2012).

Es relevante indicar que esta sustancia no altera los procesos cognitivos, a diferencia de la LSD que podría acelerarlos por ejemplo. Esta claridad ayuda también a reordenar el material de pasado que emerge durante las sesiones de psicoterapia, por lo que pueden adquirir una nueva interpretación y procesamiento (J. C. Bouso et al., 2008; Passie, 2012).

Las experiencias místicas que pueden acontecer con esta droga, también pueden tener efectos sobre el desarrollo del proceso psicoterapéutico, sobre todo en cuanto a la orientación en la vida de la persona y a sus valores (Mithoefer, 2013; Mithoefer et al., 2012; Passie, 2012).

Dichas “experiencias cumbre” pueden emerger, pero de una forma distinta a la que caracteriza el trabajo con LSD. Con esta última, se siente una disolución del ego, de los límites del yo con el mundo. En cambio con entactógenos como la MDMA, lo que se disuelven son las opresiones impuestas en el yo durante los eventos previos de la vida del sujeto. De esta manera se accede a un sentimiento de aceptación y apertura hacia el mundo subjetivo, al mismo tiempo que cobran significado cosas que anteriormente no tenían mucho valor o relación con los acontecimientos vividos (Passie, 2012).

Además, con el transcurso de algunas sesiones con la droga, los sujetos se vuelven capaces de aprender a usar un estado de conciencia alterado, por lo que las sesiones siguientes se vuelven aún más fáciles respecto del manejo de sí mismos (Passie, 2012).

Al parecer, la combinación de MDMA con otras sustancias de uso diario como los ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina) no han mostrado mejores efectos para la psicoterapia que la MDMA sola. Además, estos tratamientos reductores de la ansiedad podrían interferir con capacidades ligadas al aprendizaje que se requiere para llevar a cabo los procesos psicoterapéuticos (Passie, 2012).

Si bien ciertas sustancias psicoactivas –como la LSD o psilocibina- podrían empeorar la inestabilidad yoica, ya sea ésta temporal o permanente, o el cuadro depresivo, esto no ocurre del mismo modo con el uso de entactógenos, ya que con este tipo de drogas dicho riesgo disminuye. Usualmente, los entactógenos como la MDMA no presentan problemas severos para los pacientes que presentan los diagnósticos mencionados, por lo que no está contraindicada para ellos. Tampoco parece ser problemático administrarla en personas con estructura *borderline*. Además, luego de su consumo son raros y poco pronunciados los estados de inestabilidad emocional y/o depresivos. Sin embargo, no está demás decir que las intervenciones psicoterapéuticas resultan más o menos adecuadas según cada caso (Passie, 2012).

Sin embargo, *“la relación entre MDMA y trastornos psiquiátricos no está muy clara y, al igual que para el caso de otras drogas de síntesis como la LSD o ketamina, parece ser que estos trastornos se desencadenan o se pueden desencadenar con más*

probabilidad en aquellas personas que ya los padecían antes de iniciarse en el consumo” (J. C. Bouso, 2003, p. 83).

También se ha planteado que la mayor incidencia de consumo de esta sustancia entre la población que ya presenta algún trastorno de tipo psicológico, puede deberse a que la utilizan como una forma de automedicación, con la finalidad de aliviar su malestar psicológico. Sin embargo, esta práctica podría no ser la más acertada, ya que puede derivar en problemas más complejos con el uso de MDMA a largo plazo (J. C. Bouso, 2003).

III. MARCO METODOLÓGICO

*“No sólo hay innumerables usos terapéuticos y lúdicos
–todo lo relativo a la necesidad humana de euforia o buen ánimo–,
sino progresos en el conocimiento que potencien dinámicas de aprendizaje
y contribuyan a controlar emociones indeseables,
favoreciendo hasta límites insospechados
los poderes de la voluntad y el entendimiento;
en definitiva, el horizonte es una exploración del espacio interior
que alberga un psiquismo como el humano,
desarrollado sólo en una pequeña proporción de sus capacidades”
(Escohotado, 2008, p. 15).*

En función del objetivo general planteado en esta investigación -que busca indagar y describir la psicoterapia asistida con LSD, psilocibina y MDMA-, se utilizará una metodología cualitativa, ya que ésta permite un acercamiento comprensivo a los procesos clínicos que se llevan a cabo con las sustancias mencionadas. Para realizar esta labor, se ha diseñado una investigación que permita indagar en esta psicoterapia asistida, es decir, en las fases del proceso, sus objetivos, la cura, el vínculo entre terapeuta y paciente, el terapeuta, las técnicas psicoterapéuticas y el lugar de trabajo en que se realizan estas terapias. De esta forma, dichos aspectos se han enmarcado como los objetivos específicos que persigue el presente estudio.

1. Diseño de investigación

Se ha considerado una coherencia entre los métodos que se exponen a continuación y el diseño empírico que requiere el presente estudio, ya que la información se fue produciendo en las entrevistas que se realizaron a terapeutas que utilizan LSD, MDMA o psilocibina durante los procesos psicoterapéuticos con sus pacientes.

Además, el diseño es de carácter exploratorio, puesto que estas psicoterapias asistidas con las sustancias mencionadas aún no han sido indagadas de la forma como se propone en los objetivos de la presente investigación, por lo que este estudio proporciona un primer acercamiento descriptivo y comprensivo de este campo clínico.

2. Selección de participantes

Para la selección de los participantes se consideraron diversos factores. Debido a que las psicoterapias asistidas con MDMA, LSD y psilocibina son poco frecuentes, el principal criterio de selección corresponde a terapeutas que actualmente o en el pasado hayan realizado estas terapias con sus pacientes.

Además, puesto que son sustancias ilegales en la actualidad, la forma de saber dónde se están realizando, es a través de los ensayos clínicos autorizados³¹, los que se

³¹ Es importante señalar que estos ensayos clínicos han sido autorizados por instancias internacionales que regulan la legislación en materia de drogas, como es el caso del National Institute on Drug Abuse (NIDA) y la Food and Drug Administration (FDA) de Estados Unidos.

llevan a cabo en pocos países del mundo, como por ejemplo en Estados Unidos, Canadá o Suiza. Esto significa que la información oficial sobre estas terapias corresponde a dichos estudios, por lo que se puede saber quién realiza estas terapias al consultar esos ensayos. Esto operó como criterio de selección de los participantes.

El estatuto de ilegalidad de estas sustancias permite comprender lo difícil que resulta el acceso a terapeutas que hayan trabajado con estas terapias en un marco no oficial, porque entregar información sobre esto podría significar un riesgo para ellos. Sin embargo, también se consideró dentro de los criterios de selección el hecho de que hayan trabajado en un marco no oficial, y que aún así estén dispuestos a participar del presente estudio.

De esta forma, se han considerado ambas posibilidades como criterio de selección, es decir, que los terapeutas realicen –en el presente o en el pasado– psicoterapias asistidas en un marco legal o ilegal; ya que estas terapias no se realizan con frecuencia.

La escasez de estas psicoterapias también ha determinado como criterio de selección que los terapeutas tengan experiencia clínica por lo menos con una de las tres sustancias consideradas en el presente estudio, es decir que hayan utilizado LSD, MDMA o psilocibina para llevar a cabo procesos psicoterapéuticos. Cabe destacar que se han seleccionado estas tres sustancias para esta investigación porque con ellas se han realizado estudios oficiales, por lo que su elección facilita saber quiénes han trabajado con ellas.

Del mismo modo, puesto que son poco frecuentes estas terapias asistidas, se han considerado dentro de la muestra todas las corrientes teóricas psicológicas a las que adscriban los participantes, sin seleccionar preferentemente a ninguna. De acuerdo a la información que se tiene sobre ello, resulta muy difícil configurar una muestra que tenga como criterio de selección sólo una de estas perspectivas teóricas de trabajo.

Las mismas razones han permitido configurar una selección de participantes que incluya todas las nacionalidades, ya que resulta muy difícil determinar una muestra con una o unas pocas nacionalidades. Este aspecto ha significado que parte del material recolectado –más de la mitad– se encuentre en inglés, y que haya tenido que ser traducido de forma libre para el presente estudio.

Todas estas consideraciones permiten comprender que se haya tenido que viajar a una conferencia internacional sobre psicoterapias asistidas con este tipo de drogas, ya que en dicha instancia se reúnen terapeutas que trabajan con MDMA, LSD y psilocibina que viven en distintos países. Por esta razón se asistió a la Segunda Conferencia Internacional “Psychedelic Science 2013” organizada por la Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies (MAPS), la que fue realizada en Oakland California en abril del 2013 («Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies (MAPS)», s. f.). En ella se entrevistaron a 6 de los 7 participantes; sólo 1 terapeuta se entrevistó en Santiago de Chile.

Bajo todas estas consideraciones, se ha accedido a 7 participantes, los que adscriben a diversas corrientes teóricas psicológicas desde las cuales realizan psicoterapias asistidas con las sustancias que son de interés para este estudio. De ellos, 3 se encuentran residiendo en Estados Unidos, otros 2 en Suiza, 1 en Canadá, y 1

en Chile. Del total, 5 son hombres, y 2 son mujeres. Además, 4 de ellos fueron entrevistados considerando su experiencia en terapias con MDMA, 2 con LSD, y 1 con psilocibina. Sin embargo esta distinción opera para efectos de la selección de los participantes en el presente estudio, ya que varios de ellos cuentan con experiencia clínica con otras sustancias además de las recién señaladas.

A continuación se ofrece un cuadro que resume las características de cada entrevistado asociadas a su formación y experiencia clínica, así como también se señalan los años de interés que posee respecto de las terapias asistidas con sustancias como la psilocibina, la MDMA y la LSD. También se indica la droga con la que cuenta experiencia por la que fue entrevistado para la presente investigación. Cada entrevistado ha sido identificado con un número para mantener su anonimato; dicho número es coincidente con el que aparece en las citas que fueron extraídas de las entrevistas y que se despliegan en el apartado de resultados.

Cuadro con número de entrevistado, características clínicas asociadas y sustancia con la que cuenta experiencia por la cual se le entrevistó.

Número de Entrevistado	Características ligadas a la clínica	Sustancia
E1	Psicólogo clínico con 17 años de experiencia en psicoterapia, ha trabajado principalmente en Estados Unidos. Afiliado a la Escuela de Medicina de la Universidad Johns Hopkins, donde investiga los estados alterados de conciencia. Su interés en las terapias asistidas con drogas se inicia desde pequeño, ya que su padre también trabajaba en este campo clínico.	psilocibina
E2	Médico psiquiatra con 25 años de experiencia en psicoterapia, ha trabajado principalmente en Suiza. Posee entrenamiento en enfoque psicodinámico, así como también en terapia psicolítica y psiquedélica. Su interés en la clínica asistida con sustancias se inicia hace más de 25 años.	LSD
E3	Psicólogo clínico con 37 años de experiencia en psicoterapia, ha trabajado principalmente en Chile. Posee entrenamiento clínico de orientación transpersonal. Su interés en las terapias asistidas se inicia hace más de 30 años.	LSD
E4	Psicólogo con 45 años de experiencia en psicoterapia, ha trabajado principalmente en Hungría y Canadá. Fue entrenado por R.D.Laing en Londres, Inglaterra. Su interés en el uso de sustancias para asistir la psicoterapia se inicia hace 47 años.	MDMA
E5	Enfermera de psiquiatría, con 25 años de experiencia en psicoterapia, ha trabajado principalmente en Estados Unidos. Ha recibido certificación en Respiración Holotrópica (técnica desarrollada por Grof). Su interés en	MDMA

	las terapias asistidas con sustancias se inicia hace 25 años.	
E6	Psicóloga de orientación transpersonal con 18 años de experiencia en psicoterapia, ha trabajado principalmente en Estados Unidos. Se ha especializado en el trabajo clínico con traumas severos; su interés en las terapias asistidas comienza hace 18 años.	MDMA
E7	Médico psiquiatra con 25 años de experiencia en psicoterapia, ha trabajado principalmente en Suiza. Posee entrenamiento en terapia sistémica y terapia psicológica (entre 1988 y 1993 cuando estaba autorizada en Suiza). Su interés en los estados alterados de conciencia y el trabajo con sustancias psiquedélicas empieza hace más de 25 años.	MDMA

3. Consideraciones éticas

Es sumamente relevante señalar que se acordó con todos los entrevistados mantener su anonimato para esta investigación, ya que ello facilitaría la emergencia del material en las entrevistas. De esta manera, el presente estudio se enmarca en criterios éticos de confidencialidad respecto de la información recabada.

También se les garantizó seriedad con el manejo de la información, brindándoles seguridad respecto de no manipular, tergiversar o sacar citas de contexto para no forzar tendenciosamente lo expresado.

Por estas mismas razones en la transcripción de las entrevistas se cambió el nombre de cada uno de ellos, poniéndoles un código para identificarlas con las citas utilizadas para la redacción de los resultados.

En coherencia con los principios éticos señalados, se les solicitó consentimiento para registrar el audio de las entrevistas con una grabadora. Además se les ofreció una copia de la investigación completa una vez finalizada.

4. Técnica de recolección de datos

Como procedimiento específico para la recolección de la información se ha utilizado la entrevista abierta o en profundidad, ya que permite indagar en las psicoterapias asistidas con LSD, MDMA y psilocibina. Esta técnica ha posibilitado que se puedan describir dichas terapias, por lo que resulta coherente con el objetivo general del presente estudio.

La entrevista en profundidad permite obtener información de carácter pragmático, permitiendo recoger información sobre los saberes de los sujetos que son entrevistados, de forma directa (Alonso, 1995). En este sentido, esta técnica resulta coherente también con el diseño empírico y exploratorio de la metodología de la presente investigación.

Para la realización de las entrevistas se elaboró una pauta con diversos temas que se fueron abordando de forma no estructurada, es decir a medida que iban

surgiendo en la conversación. Esta pauta responde a los objetivos específicos de este estudio, es decir, se recogió información sobre las fases del proceso, sus objetivos, la cura, el vínculo entre terapeuta y paciente, el terapeuta, las técnicas psicoterapéuticas y el lugar de trabajo en que se realizan estas terapias. Para mayor información específica sobre ello se sugiere revisar el documento “Pauta temática de entrevistas en profundidad” al final del presente estudio (Anexo 1).

5. Análisis de información

La información recopilada por medio de las entrevistas en profundidad se trabajó a través del análisis de contenido. Este corresponde a una técnica de investigación que pretende analizar las ideas expresadas en el material recopilado, ejercicio en el que toma relevancia el significado de las palabras, temas o frases (López, 2002).

Para esta técnica es relevante el significado de las unidades de análisis, permitiendo explicitar y sistematizar el contenido de los mensajes, así como también expresar dicho contenido. Es importante señalar que al describir los contenidos, se deducen ciertas relaciones e información que concierne a ellos, lo que permite clasificarla en otro nivel de análisis (López, 2002).

Para llevar a cabo este análisis, primero se identificaron los datos del material de las entrevistas, los que corresponden a unidades portadoras de información; éstas han sido identificadas como ciertos temas. Para determinar dichas unidades se ha delimitado su definición, y por lo tanto su separación entre unos y otros, para lo cual se han tenido que considerar sus límites o reglas. Estas tareas permitieron su identificación para el análisis (Cáceres, 2003).

En la presente investigación se han utilizado los objetivos específicos como reglas que han permitido identificar dichas unidades portadoras de información o temas; de esta manera se fueron determinando los límites entre cada uno (Cáceres, 2003). Sin embargo, a medida que se fue avanzando en esta labor, se fueron encontrando temas que no correspondían a dichos objetivos, por lo que se fueron clasificando como nuevas unidades de información.

El procedimiento de establecimiento de reglas ha permitido establecer una codificación de los datos, es decir, se le fue otorgando un código a cada grupo de datos. De esta forma, los códigos permitieron resumir el conjunto de datos reunidos en una categoría; en este sentido han permitido llevar a cabo un proceso de abstracción de las características del contenido agrupado, sintetizándolo en un solo símbolo (Cáceres, 2003).

Para asegurar que el procedimiento ha sido realizado de forma adecuada, se ha considerado que dichas categorías sean homogéneas, exhaustivas (deben agotar la totalidad del texto), exclusivas (un mismo elemento del contenido no puede ser clasificado de manera aleatoria en otras categorías diferentes) y adecuadas o pertinentes (adaptadas al contenido y al objetivo) (Cáceres, 2003).

No es necesario que todas las categorías queden integradas entre sí, como una última y gran interpretación, ya que pueden representar varias interpretaciones que complementan la comprensión del campo clínico investigado. En este sentido, los

resultados del presente análisis se han mostrado bajo una estructura (o índice) de categorías, lo que permite al lector orientarse a la hora de su lectura (Cáceres, 2003).

A medida que se fueron organizando y tratando todos los datos, éstos se fueron disponiendo en tablas, las que permitieron realizar inferencias y comparaciones entre ellos. Esto posibilitó reelaborar los datos brutos, llegando a conceptualizaciones o descripciones de cada tema que han permitido justificar su agrupamiento de la forma en que se presenta en el apartado de los resultados. Este ejercicio también ha permitido integrar los datos en interpretaciones o abstracciones de mayor nivel que han posibilitado el establecimiento de relaciones e inferencias entre los diversos temas analizados, así como también entre éstos con la teoría previa. Este nivel del análisis es desplegado en el apartado de la discusión en la presente investigación (Cáceres, 2003; López, 2002).

De esta manera, a la hora de poner a dialogar el contenido de las categorías con el marco teórico del presente estudio, han surgido nuevas interpretaciones y relaciones teóricas. En este sentido, las categorías representan nuevas aproximaciones teóricas de los elementos clasificados, es decir, corresponden a nuevas formas de entender la información recogida. Así, la integración final de los hallazgos ha permitido enriquecer el análisis de contenido con los conocimientos aportados por los elementos del marco teórico desplegados en la investigación (Cáceres, 2003).

A modo de ejemplo, se presenta un cuadro con unidades de información (temas) con su codificación y citas respectivas que fueron extraídas de las entrevistas llevadas a cabo.

Cuadro que ejemplifica la categorización de las unidades de información, su codificación y citas respectivas.

Unidad de información	Código	Subcódigo	Cita de entrevista
El proceso	C1		«yo veo que el crecimiento personal es un largo, largo, largo proceso y que esto [consumo de sustancia con finalidad terapéutica] puede haber sido idealmente un hito positivo y ya digamos, o sea no creo que hayan cerrado un tema, o quizás sí (...) yo creo que fue muy bueno, pero no podría decir que se curó algo, sino que fue un hito en un proceso»(E3).
Los objetivos del proceso psicoterapéutico		C1.1	«Yo creo que el inconsciente se vuelve consciente, es un proceso de poder decir: “Esta es mi esencia, y no sabía que era mi esencia, porque estaban todas esas cosas encima”. Entonces es empezar a quitar todas las cosas que le han sucedido a la persona, y llegar a un punto de decir: “Esta es mi esencia, y mi esencia está intacta y a pesar de todo lo que me ha pasado, es algo que me ha pasado a mí, no es algo que yo soy. Y puedo tener la experiencia de mi esencia»(E6).

IV.- RESULTADOS

*“La adquisición principal que obtuve
con mis experimentos de LSD
en el terreno de los conocimientos
fue la vivencia del entrelazamiento indisoluble
de lo físico y lo psíquico”
(Hofmann, 2006, p. 195).*

A continuación se presentan los resultados que emergieron del análisis de contenido llevado a cabo con el material de las siete entrevistas realizadas a terapeutas que han llevado a cabo psicoterapias asistidas con LSD, psilocibina y/o MDMA. Cabe señalar que se consideró la totalidad del material para el análisis y categorización de la información, pero que se dejaron sólo una o dos citas representativas en cada descripción, debido a la gran cantidad de referencias existentes.

También es importante señalar que se dejó fuera la información referente a algunas diferencias específicas entre cada sustancia aquí investigada, o sea algunas distinciones entre la psilocibina, la MDMA y la LSD en el campo psicoterapéutico, ya que si bien se apreciaron ciertas diferencias, resultaba muy escaso el material, y por lo mismo poco claro. De esta manera, lo que aquí se presenta corresponde a información que comparten los tres fármacos.

Además es importante recordar que los terapeutas entrevistados adscriben a diversas corrientes teóricas psicológicas, razón por la cual en los resultados que aquí se presentan se observan términos clínicos y explicaciones de procesos psíquicos que no corresponden a los psicoanalíticos. Sin embargo, en la discusión se pondrá a dialogar la perspectiva analítica con lo que sea pertinente a su ámbito de comprensión de la realidad. En este sentido, se desea destacar que no se utilizará el enfoque analítico para invalidar conceptos de otras corrientes, así como tampoco se utilizarán términos de otras perspectivas para no validar lo propuesto por el psicoanálisis. Lo que aquí se pretende es levantar información sobre las terapias asistidas con LSD, MDMA y psilocibina, por lo que se muestra en este apartado lo que se propone desde las distintas corrientes psicológicas, sin menospreciar a unas ni sobrevalorar otras. Sin embargo, en el apartado de la discusión se dará una especial mención al psicoanálisis y sus propuestas clínicas, ya que es la perspectiva por la cuál ha optado el presente estudio para indagar en estas terapias. Por esta razón, en el siguiente apartado se observarán relaciones entre esta perspectiva y el material que surgió en las entrevistas realizadas.

El material se fue clasificando por temas o unidades de información, tal como se explicó en el apartado del marco metodológico. Para ello se utilizaron los objetivos específicos como orientación para la identificación de los temas; sin embargo emergieron temáticas nuevas que no se esperaban de antemano. Esto implicó ir modificando las categorías a medida que se iba avanzando en el análisis, lo que se plasma en la estructura que se presenta a continuación.

Los resultados se organizan en 8 temas distintos, los que a su vez se constituyen por subtemas. El primero da cuenta de lo que sería un proceso, y específicamente uno de carácter psicoterapéutico.

El segundo se refiere a los ensayos clínicos, dentro del cuál se observa que acontece un tipo específico de psicoterapia, con sus propios objetivos, roles de terapeuta, consideraciones respecto de la cura, entre otros aspectos. Se aprecia que el contexto normativo de ensayo clínico al mismo tiempo permite reflexionar sobre ciertas condiciones ideales para el despliegue clínico que se requiere con estas tres sustancias, lo que emerge como otro tipo de psicoterapia, es decir, con su propia noción de cura, del vínculo entre terapeuta y paciente, del lugar de la droga en el proceso, de los tiempos que se requieren para realizarlo, entre otros.

Un tercer ítem da cuenta de la droga en el proceso psicoterapéutico. Aquí se han encontrado 3 subítemes interesantes, los que no se esperaban encontrar de antemano en este estudio, por lo que han surgido de manera novedosa. El primero da cuenta de una dimensión política y ética respecto del uso de sustancias psicoactivas en psicoterapia, el segundo categoriza los efectos compartidos por la LSD, MDMA y psilocibina en el campo clínico, y el tercero señala la dimensión real de la experiencia con dichas sustancias.

Sobre este segundo subítem –denominado efectos catalizadores con potencial terapéutico– se desea enfatizar que ha emergido como una novedosa forma de categorización de los efectos de estas drogas en el campo psicoterapéutico, y que si bien no pretende ser totalizadora ni exhaustiva, tiene como finalidad ayudar al lector, ya que se le ofrece un cierto orden que le permite comprender de mejor manera lo que puede acontecer durante estas experiencias.

El cuarto ítem de este apartado de resultados habla del sujeto que realiza una terapia asistida con MDMA, LSD y/o psilocibina, y de forma específica aborda el tema de sus resistencias durante estas psicoterapias.

Un quinto ítem da cuenta del terapeuta. Sobre él se señalan sus motivaciones para realizar estas terapias, sus métodos, roles y entrenamiento específico. También se aborda el tema de las corrientes teóricas psicológicas a las que adscriben los entrevistados, y se indica si alguna de ellas resulta más idónea para realizar estas terapias asistidas.

El sexto ítem aborda la relación entre terapeuta y paciente, así como también se mencionan algunas diferencias respecto del vínculo de la transferencia.

Un séptimo ítem da cuenta de algunos elementos del *setting* que emergieron como relevantes en el presente estudio. Por una parte, la música, el silencio y el ruido aparecen como 3 aspectos de lo sonoro que intervienen en las terapias asistidas; por otra parte, aparece el espacio –en su forma externa e interna–, como aspecto relevante para la vehiculización de la experiencia.

El octavo ítem aborda ciertos aspectos que son específicos de las psicoterapias asistidas con psilocibina, MDMA y LSD, los que permiten diferenciar las experiencias que se tienen con estas sustancias en un marco clínico del que acontece en un contexto recreativo. Estas distinciones tampoco se esperaban de antemano en la presente investigación, y han permitido establecer ciertas diferencias respecto de los sentidos clínicos y recreacionales que se pueden tener con estas drogas.

Además, se desea señalar que el cuerpo ha surgido como una dimensión muy relevante en este campo psicoterapéutico estudiado. Si bien al comienzo de la categorización del material de las entrevistas se pensó que sería un tema diferente de otros –tal como recién se han presentado los 8 ítems– se ha decidido mostrarlo de manera transversal en todo este apartado de resultados, ya que a fin de cuentas atañe

a diversos aspectos de estas terapias asistidas. De esta forma, se aprecia el cuerpo como una dimensión transversal que opera en el despliegue de esta clínica, lo que a su vez destaca como una temática novedosa que no aparece mencionada como tal en la literatura existente sobre estas terapias asistidas.

También es relevante señalar que el cuerpo aparece siempre ligado a lo psíquico, y no como un aspecto separado. Del mismo modo, lo psíquico emerge muy vinculado con lo físico, por lo que pareciera que tanto su unión como sus distintas formas de vinculación se realzan y evidencian de mejor manera durante las experiencias asistidas por la LSD, MDMA y psilocibina.

Es importante especificar que en el transcurso del análisis de contenido realizado fueron emergiendo 3 dimensiones novedosas y específicas, las que si bien ya se mencionaron en la presente introducción de los resultados, se desean destacar. Éstas corresponden a la dimensión política y ética, la dimensión real de las experiencias, y la dimensión del cuerpo. Se desea hacer énfasis en su carácter de dimensión, ya que sus operaciones atraviesan los 8 temas aquí presentados.

A continuación se presenta un cuadro explicativo con los 8 ítems que componen este apartado de resultados, junto con sus categorías y subcategorías; además se incluyen las 3 dimensiones que los atraviesan.

Respecto de las dimensiones se debe especificar que en el cuadro se han indicado sólo las que se explicitan en cada ítem del material de las entrevistas, a pesar de que las 3 se presenten en todos, ya que atraviesan los procesos psicoterapéuticos.

También en el cuadro se menciona el objetivo específico que se asocia a cada ítem, mostrando de manera visual la categorización del material obtenido en las entrevistas que está relacionada con dichos objetivos. De esta manera se pretende ayudar a la comprensión del lector respecto del logro de lo que se buscaba en la presente investigación.

Para un mayor entendimiento del cuadro, se debe recordar que los objetivos específicos corresponden a indagar y describir: las fases del proceso psicoterapéutico, los objetivos del proceso, la cura, el vínculo entre terapeuta y paciente, el terapeuta, las técnicas psicoterapéuticas, y el lugar de trabajo en que se realizan estas terapias asistidas.

Nº del tema	Tema (ítem)	Categoría	Subcategoría	Dimensión	Objetivo específico
1	El proceso	Los objetivos del proceso psicoterapéutico	-	-	Fases del proceso, objetivos, cura
2	Ensayos clínicos	Objetivos	-	-	Fases del proceso, objetivos, cura, vínculo terapeuta paciente, terapeuta, técnicas psicoterapéuticas, lugar de trabajo
		Criterios de inclusión de voluntarios	-		
		Criterios de exclusión de voluntarios	-		
		Evaluación de síntomas y mejoría	-		
		Procesos psicoterapéuticos	Implicancias de algunas normas del protocolo Condiciones ideales para la psicoterapia asistida con sustancias		
3	La droga en el proceso psicoterapéutico	Efectos catalizadores con potencial terapéutico	Estados	Política-ética, Real, Cuerpo	Fases del proceso, objetivos, cura, técnicas psicoterapéuticas
			Operaciones		
			Fenómenos		
4	El set o el estado del sujeto	Las resistencias	-	-	Fases del proceso, objetivos, cura, terapeuta, técnicas psicoterapéuticas
5	El terapeuta	Motivaciones para trabajar con LSD, psilocibina y MDMA en psicoterapia	-	Cuerpo	Fases del proceso, objetivos, cura, vínculo terapeuta paciente, terapeuta, técnicas psicoterapéuticas
		Métodos	Técnicas corporales		
		Roles	Preparación del paciente para la sesión con droga		
			Durante las sesiones con y sin droga		
		Entrenamiento	-		
Corriente teórica psicológica	-				
6	La transferencia y la relación con el terapeuta	-	-	Cuerpo	Cura, vínculo terapeuta paciente, terapeuta, técnicas psicoterapéuticas
7	El setting para psicoterapias asistidas con LSD, psilocibina y MDMA	Música, silencio y ruido	-	Cuerpo	Fases del proceso, objetivos, cura, vínculo terapeuta paciente, terapeuta, técnicas psicoterapéuticas, lugar de trabajo
		El espacio interior y exterior	-		
8	Diferencias entre el uso psicoterapéutico y el recreacional	Expectativas psicoterapéuticas	-	Cuerpo	Fases del proceso, objetivos, cura, vínculo terapeuta paciente, terapeuta, técnicas psicoterapéuticas, lugar de trabajo
		La exploración interna como objetivo	-		
		La persona del terapeuta y la relación psicoterapéutica	-		
		La integración de la experiencia	-		

A continuación se presentan los 8 ítems recién mencionados, siguiendo la misma estructura explicitada.

1. El proceso

El “proceso” del que se da cuenta en esta investigación va más allá de lo que puede realizarse en un marco de psicoterapia, ya que está referido como un crecimiento personal que se desenvuelve en el transcurso de la vida. Éste se caracteriza por su larga duración, y porque dentro de él la psicoterapia puede ocupar un momento. A su vez, el uso de sustancias con este mismo fin aparece como un evento más dentro de este desarrollo de la vida.

Se señala que esto implica que los temas que la persona debe trabajar para su crecimiento personal se pueden cerrar en otros momentos de la vida, y no necesariamente en psicoterapia o en un ensayo clínico o durante la sesión en que se consumió la sustancia.

«(...) yo veo que el crecimiento personal es un largo, largo, largo proceso y que esto [consumo de sustancia con finalidad terapéutica] puede haber sido idealmente un hito positivo y ya digamos, o sea no creo que hayan cerrado un tema, o quizás sí (...) yo creo que fue muy bueno, pero no podría decir que se curó algo, sino que fue un hito en un proceso»(E3).

Además, se indica que no basta con consumir una droga para hacer un proceso. La experiencia con una sustancia se debe integrar en la vida, lo que puede tomar mucho tiempo, tal como ocurre con cualquier vivencia que se tiene dentro o fuera de un proceso psicoterapéutico.

«Soy psicoterapeuta, y diría que toda psicoterapia es un proceso, y el proceso necesita tiempo, y no puedes hacer todo en un solo momento y luego dejar todo hecho, entonces necesitas tener un proceso, lo que significa tener una experiencia, por ejemplo, una experiencia con LSD, integrarla en tu vida, eso necesita semanas o meses, luego tienes otra experiencia, la integras, y así el proceso se desarrolla, y no se trata sólo de tomar esta droga que te vuelve todo arriba y abajo y luego se termina. ¿Ves?»(E2)³².

1.1. Los objetivos del proceso psicoterapéutico

Entrando específicamente en el material que surgió ligado al proceso psicoterapéutico, se señala que el objetivo final que lleva a las personas a hacerlos, es el conocimiento personal. Esto se compone de diversos temas, motivos y momentos, en los que el uso de sustancias puede colaborar para su desarrollo.

Se manifiesta que para lograr el conocimiento personal se debe acceder a la esencia de la persona, por medio de un proceso de hacer consciente lo inconsciente. De esta manera el sujeto podrá ver qué elementos corresponden a aquello que él es, y

³² *«I'm a psychotherapist and I would said every psychotherapy it's a process, and the process needs time, and you cannot do everything in one moment and then it's done, so you need to have the process, which means you have an experience, for example, LSD experience, you integrate that in your life, that need weeks or month, you have another experience, you integrated, and so the process is ongoing, and it's not only taking this drug which makes upside down everything and then is over. You see?».*

qué otros responden a ciertos acontecimientos que se han impuesto como si en eso él consistiera, impidiéndole verse y saberse tal cual es.

«Yo creo que el inconsciente se vuelve consciente, es un proceso de poder decir: “Esta es mi esencia, y no sabía que era mi esencia, porque estaban todas esas cosas encima”. Entonces es empezar a quitar todas las cosas que le han sucedido a la persona, y llegar a un punto de decir: “Esta es mi esencia, y mi esencia está intacta y a pesar de todo lo que me ha pasado, es algo que me ha pasado a mí, no es algo que yo soy. Y puedo tener la experiencia de mi esencia»(E6).

Se indica que este proceso se caracteriza por su flexibilidad respecto de los problemas o eventos traumáticos que el sujeto tiene localizados como objetivos a trabajar, ya que si bien la persona puede iniciar su psicoterapia teniendo en mente determinadas problemáticas para abordarlas, a medida que las desarrolla puede ir conectando con otras que no había hecho conscientes con anterioridad, las que por lo tanto tampoco había asociado con los temas que consideraba eran su objetivo central.

«Y muchas veces sobre todo digamos con personas que vienen con un trauma específico... que ésto fue lo que pasó, un accidente, pero el accidente de pronto empiezan a hablarlo y ¡oh! de pronto están hablando del trauma que pasó cuando tenían 7 años. Entonces tal vez eso primero no sea lo más importante para traerlo ahora y para empezar a hablar de eso, entonces el accidente se convierte en algo que en realidad no tiene mucho que ver, y hay otra cosa que es mucho más importante, y si los dos son importantes entonces hay que ponerlos en el mismo... ver cuál es la relación, verlos juntos, y entonces ya se puede hacer en las otras sesiones»(E6).

Además se considera como parte de este proceso la posibilidad de que puedan empeorar los síntomas de la persona y que tenga que enfrentar situaciones y sentimientos difíciles. La posibilidad de afrontar dichos sentimientos se considera como algo positivo por parte de los entrevistados, puesto que le permite al sujeto darse cuenta de aspectos que no había considerado sobre lo sucedido. En este sentido, dichos sentimientos pueden ser trabajados en terapia, por lo que para los terapeutas entrevistados, “sanarse” tiene que ver con entrar en ello y atravesarlo.

«Entonces intentamos que la persona permanezca con esos sentimientos, en nuestro tipo de aproximación, e ingresar dentro de ello, de tal forma que sanar tiene que ver con ingresar dentro y a través de ello. Y al otro lado de eso, por suerte, van a sentir: “Es mi culpa, algo pasó porque no hice suficiente, mi amigo murió y yo debería haber hecho más”. Por suerte eso podría ser algo del sentimiento que surja, y tú podrás trabajar con eso, y luego pensarán: “Bueno, no podría haber hecho nada, no podría haber cambiado nada, la bomba iba a explotar y yo no iba a poder hacer nada por detenerla”. Entonces por suerte, sentir los sentimientos los llevará hasta el punto en que se darán cuenta de que sí hicieron suficiente»³³(E5).

³³ «So we try to keep people with those feelings, in our kind of approach, and go into it, in a way to heal has to go into it and through. And in the other side of that, hopefully, they would feel like: “Is my fault, something happens because I didn’t do enough, my friend die I should it done more”. Hopefully that would be some of the feeling that would come up, and you will be able to work with it, and then have an idea: “Well, I couldn’t have done anything, I couldn’t have change anything, the bomb was going to go off and I couldn’t stop that”. So hopefully, feeling the feelings will get them to the point were they realized they did enough».

2. Ensayos clínicos

A partir de las entrevistas se aprecia que los ensayos clínicos cuentan con diversas fases para el desarrollo de fármacos. Además, los terapeutas entrevistados se encontraban realizando distintas investigaciones, aunque todas ellas consistían en estudios de fase II, doble ciego y controlados con placebo.

2.1. Objetivos

Los ensayos clínicos aparecen como un medio de prueba de ciertos aspectos asociados tanto al proceso psicoterapéutico como al rol que la sustancia psicoactiva juega en él. En este sentido, se señala que no se intenta probar que estas drogas no matan ni envenenan -puesto que ello ya está probado en ensayos clínicos de fases anteriores- sino que se intenta probar que aumentan los efectos de la psicoterapia, y que al intensificarla disminuyen el tiempo que se requiere para llegar a ciertos resultados. Se indica que esto define a la LSD, MDMA y psilocibina como agentes o ayudantes de la psicoterapia.

Además, los entrevistados señalan que este objetivo posibilitaría que dichas sustancias puedan volverse drogas de prescripción para ser utilizadas por profesionales entrenados apropiadamente para ello.

«(...) este es un estudio luego de que la seguridad bioquímica de la droga se ha demostrado a través de otros estudios. Entonces Canada Salud, la Agencia de Gobierno Canadiense, nos dio permiso para hacerlo, tomando en consideración que esto [MDMA] no es un veneno, eso significa que, bajo las correctas circunstancias, con la adecuada supervisión, en la dosis correcta, la gente no se muere, no los envenena. Entonces nuestro objetivo no es probar la seguridad sino que probar que estas drogas incrementan los efectos de la psicoterapia, o intensifican lo que somos después, o acortan la terapia. Entonces es un agente de la psicoterapia»³⁴(E4).

«Quiero que algún día sea legal, para poder hacer terapias. (...) Para mí lo más frustrante es tener pacientes en mi práctica, que yo piense: “Si yo pudiera dar a esta persona...”. Para mí eso es lo más difícil, porque no es para todos, no es que yo crea que todos lo deberían de tener, pero cuando yo tengo un paciente que yo sé: “¡Ah! yo quiero dárselo a esta persona”, y es tan frustrante no poder hacerlo»(E6).

2.2. Criterios de inclusión de voluntarios

Los terapeutas entrevistados señalan que las personas que se seleccionan para estos ensayos deben ser voluntarios que aprueben ciertos criterios de inclusión, como por ejemplo, que presenten un diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático con

³⁴ *«(...) this is a study after the biochemical safety of the drugs has been demonstrated through other studies. So Health Canada, the Canadian Government Agency, gave us permission to do this, taking into consideration that this [MDMA] is not a poison, that is, under the right circumstances, with the right supervision, in the right dose, people don't die, it doesn't poison them. So our aim is not to prove safety as much as to prove that these drugs enhance the effects of psychotherapy, or intensify what we are after, or shorten therapy. So it's an agent to psychotherapy».*

trauma severo y que hayan probado al menos otros dos métodos terapéuticos (psicoterapia y/o fármacos) que no han sido efectivos. Considerando la gravedad de la enfermedad de los voluntarios y la consecuente dificultad que conlleva el trabajo con ella, si con la psicoterapia asistida con LSD, MDMA o psilocibina se ven mejorías, entonces los cambios se consideran estadísticamente significativos.

«(...) seleccionamos a personas que han sido diagnosticadas con Estrés Postraumático, y de ellas seleccionamos casos muy severos, personas que han sido severamente traumatizadas y que han intentado al menos dos métodos que no han funcionado para ellos, porque entonces si pasa cualquier cosa será estadísticamente significativo. Si podemos hacer una diferencia en estas personas, podremos ciertamente hacer una diferencia en otras personas»³⁵(E4).

Además, indican que otros ensayos clínicos se han llevado a cabo con personas que presentan ansiedad asociada a cáncer u otras enfermedades terminales.

«Entonces el protocolo dice que tiene que ser alguien que esté sufriendo una enfermedad que amenaza su vida, como cáncer u otra, una enfermedad física, y en el curso de esta enfermedad que esté sufriendo ansiedad, ansiedad existencial por sufrimiento o muerte inminente. Entonces las consecuencias de estas enfermedades, la LSD no puede curar el cáncer pero puede ayudar a lidiar con las consecuencias de estas enfermedades»³⁶(E2).

Respecto de la decisión de llevar a cabo estudios con las poblaciones seleccionadas, se señala que esto radica en que puede ser provechoso para estas personas realizar dichas psicoterapias asistidas con MDMA, LSD o psilocibina, ya que requieren tratamiento profundo y rápido. Al mismo tiempo, esto permitiría continuar con las investigaciones que se estaban realizando antes de que fueran prohibidas las sustancias.

«(...) cuando planificamos el estudio dijimos: “Tenemos un período de 35 años completamente sin estudios”, y luego sabíamos que en los años 60’s hubo una gran investigación con pacientes de cáncer, que ya se había realizado con resultados prometedores. Entonces dijimos: “La tomaremos donde la terminamos”. Años antes de eso fue la razón número uno, y la razón número dos fue que esta población de pacientes de cáncer realmente pueden sacar provecho de esta experiencia con LSD, porque es una población que usualmente necesita tratamiento y que usualmente necesitan un tratamiento rápido, con un proceso rápido, el más profundo y rápido, y para eso la LSD es una buena indicación»³⁷(E2).

³⁵ *«(...) we select people who had been diagnosed as PTSD and we select of them very severe cases, people who has been severally traumatized and tried at least two other methods that didn’t work for them, so because then, if anything happened it would be statistically significant. If we can make a difference in these people, we could certainly make a difference in other people».*

³⁶ *«So the protocol said it has to be someone that is suffering from a life threatening disease, like cancer or something else, physical disease, and in the course of this disease is suffering from anxiety, existential anxiety of suffering or preliminary dead. So the consequences of these diseases, the LSD cannot cure the cancer but can help to coupe with the consequences of these diseases».*

³⁷ *«(...) when we planned the study we said: “We have 35 years period of no research at all”, and then we knew than in the 1960’s there was quite a big research with cancer patients, was already done with promising results. And so we said: “We take it where we stopped”. Just years before that was reason number one, and reason number two was that this population of cancer patients really could profits from the LSD experience, because it’s a population who often need treatment and who often need treatment quickly, with a quick process, the deepest and rather quickly, and for that LSD is a well indication».*

2.3. Criterios de exclusión de voluntarios

También se señala que se consideran ciertos criterios de exclusión para la selección de los participantes, entre los que indican: otros trastornos psiquiátricos, historial de intentos suicidas y abuso de drogas. Las razones de ello radican en que no saben los efectos de estas sustancias sobre personas con funcionamiento anormal del cerebro o con alguna lesión cerebral.

Otra razón indicada, consiste en querer evitar situaciones que no beneficiarían a la persona, puesto que se considera que estas sustancias no deben utilizarse por todos, ya que podrían gatillar un episodio psicótico en sujetos que ya tienen este diagnóstico o en caso que tengan algún familiar con dicho trastorno.

Sin embargo también se especifica que con personas que presentan dichos diagnósticos sí se puede trabajar en psicoterapias asistidas con drogas, pero que el marco de los ensayos clínicos no permite este trabajo, ya que se necesitaría una infraestructura hospitalaria y un mayor número de sesiones. En este sentido, se indica que si se les entregan las condiciones adecuadas a cada sujeto, se podría trabajar con ellos.

«(...) sólo son aceptados en el estudio si están limpios en términos médicos en el sentido de no tener un diagnóstico psiquiátrico primario, entonces no aceptamos personas con abuso o dependencia actual de drogas o alcohol, que puedan tener una depresión severa o una historia de suicidio o autoagresión, entonces excluimos esas personas que en algún punto del pasado estaban tan desesperadas o desesperadas que intentaron terminar con sus vidas. También excluimos personas con cualquier historia familiar de desorden bipolar o de esquizofrenia. Realmente queremos excluir a personas que puedan haber tenido una sutil anormalidad cerebral, un proceso de enfermedad cerebral o un desorden, o una herida cerebral, porque no sabemos qué pasa en el cerebro con una sustancia como la psilocibina, si alguien también tiene una lesión o anormalidad en el cerebro»³⁸(E1).

«Es una exclusión en nuestro estudio, en nuestro criterio [psicosis y desorden de personalidad], pero todo el mundo, tú sabes, hay gente que a veces tiene razgos y ellos sólo necesitan mucho más apoyo, tú sabes, así que si tú quieres ser capaz de tener un contenedor suficientemente grande de donde sacar apoyo, para este tipo de persona, yo creo, que este tipo de paciente quizás puede trabajar más sesiones... En este tipo de marcos de investigación donde tú tienes unas pocas sesiones, y tú estás tratando realmente de tener una relación de confianza, desarrollar eso puede ser difícil, y el acting out, entonces tú querías probablemente tener más tiempo o más sesiones»³⁹(E5).

³⁸ *«(...) they are only enrolled in the study if they are medically cleared in the sense of not having a primary psychiatric diagnosis, so we do not accept people who have current drug or alcohol abuse or dependence who might have severe depression or a history of suicide or self-injury, so we exclude those people who at a point in the past became so hopeless or despairing that they tried to end their own lives. We also exclude people with any family history of bipolar disorder or of schizophrenia. So we really want to rule out people who may have a subtle brain abnormality, a brain disease process or a disorder, or a brain injury, because we just don't know what happens in the brain with a substance like psilocybin, if someone also has a lesion or abnormality in the brain».*

³⁹ *«It's an exclusion in our study, in our criteria [psychosis and personality disorder], but everyone, you know, there are people that sometimes they has trays and they just need a lot more support, you know, so if you want to be able to have a big enough container where you get support, for that kind of person I think, that kind of patient, maybe could work, more sessions... In this kind of research settings where you have a few sessions, and you are really trying to have a trusting relationship, developing that could be difficult, and the acting out, so you'd want to have more time or more sessions probably».*

2.4. Evaluación de síntomas y mejoría

Se señala que en los estudios con personas que padecen enfermedades como las mencionadas, la FDA exige que se midan sus síntomas para saber si hubo cambios, y no le interesa evaluar otros aspectos de la persona. Los terapeutas entrevistados indican tener un interés político en estas drogas, ya que desean que se legalicen para ser utilizadas en terapia, razón por la cuál llevan a cabo esta medición solicitada por la FDA.

«Entonces hacemos eso, medimos los síntomas, y eso es realmente lo que la FDA quiere. Si queremos hacer de la MDMA una droga de prescripción, la FDA realmente en lo único que está interesada es en si ayuda en los síntomas»⁴⁰(E5).

Sin embargo, los terapeutas consideran que el proceso de mejoría no tiene que ver sólo con una mejora de síntomas, por lo que además evalúan otros aspectos ligados al estado de conciencia, la personalidad y al crecimiento personal posterior al evento traumático.

«(...) debemos hacerlo muy sencillo porque la investigación es tan complicada, y como lo hicimos muy simple dijimos, generalmente la gente que sufre de cáncer tiene ansiedad porque es aterrizante tener esas enfermedades severas, entonces de una forma nuestro tratamiento tocará las ansiedades en una manera positiva si resulta bien, no sólo la ansiedad, pero también se mostrará en el nivel de la ansiedad. La terapia es más que una terapia de control de ansiedad, pero como uno de los síntomas que tú puedes tener se manifestará en el nivel de ansiedad, entonces nosotros medimos la ansiedad. Y la otra cosa que dijimos, si esta terapia funciona la calidad de vida mejorará, entonces decidimos administrar un cuestionario de calidad de vida»⁴¹(E2).

«O sea es realmente difícil medir el proceso de la terapia porque tal como dijiste quizás los síntomas no se van a ir, o sea el cáncer no se va a ir y sin embargo el paciente puede decir: “Este es un buen tratamiento, me ayudó, pero aún tengo el cáncer, todavía tengo dolor»⁴²(E2).

2.5. Evaluación de los terapeutas

Se indica que como norma específica para los terapeutas, el protocolo señala que deben ser dos (generalmente hombre y mujer) y que deben tener experiencia previa en terapia. Además, se debe contar con un médico o psiquiatra para obtener la licencia del estudio porque la droga se encuentra clasificada en Lista I; sin embargo no

⁴⁰ *«So we do that, we measure the symptoms, and that's really what the FDA wants. If we want to make MDMA a prescription, the FDA really is only interested in the symptoms weather it helps».*

⁴¹ *«(...) we must make it very simple because the research is so complicated, and as we made it very simple we said, often people who suffer from cancer have anxieties, because is frightening have such a severe disease, so in a way our treatment will touch the anxieties in a positive way if its works, not only the anxiety but it will show in the level of anxiety. The therapy is more than a control anxiety therapy, but as one of the symptoms you can have it will show up in the level of anxiety, so we measure the anxiety. And the other thing was that we said, if this therapy works the quality of life will improve, then we decided to administer a quality of life questionnaire».*

⁴² *«I mean is really difficult to measure the process of the therapy because as you said maybe the symptoms are not going away, I mean the cancer is not going away and nevertheless the patient can said: “This is a good treatment, it helped me, but I still have the cancer, I still have the pain».*

es necesario que él lleve a cabo la terapia.

Los terapeutas también indican que a ellos se los evalúa para saber si están siguiendo el protocolo y para comparar las alianzas terapéuticas que pueden establecer terapeutas de distinto género y con distinto nivel de experiencia.

«Hay dos evaluaciones que nos hacen, una es si estamos siguiendo el protocolo, y si estamos haciendo exactamente lo que ellos están diciendo; y la otra es algo nuevo que se llama alianza terapéutica, y esto es ver en realidad cuál es la relación entre el terapeuta y el paciente, y si hay una diferencia entre una mujer y un hombre, o si hay una diferencia entre el terapeuta que está haciendo una práctica y el terapeuta que está más especializado, porque le decimos al paciente que esta es una persona que nunca lo ha hecho, es un practicante, entonces no sabemos cómo va a ser esa relación»(E6).

Si bien el trabajo que significa un ensayo clínico y seguir su protocolo se señalan como una presión sobre el terapeuta, éstos indican que se esfuerzan para hacer su trabajo lo mejor posible, ya que desean obtener buenos resultados.

«(...) por supuesto que le damos mucha dedicación a este trabajo [ensayos clínicos] y que pone un poco de presión en nosotros, porque queremos buenos resultados. Entonces quizás nos esforzamos un poco más»⁴³(E7).

2.6. Procesos psicoterapéuticos

Se señala que las psicoterapias realizadas en el marco de ensayos clínicos son muy distintas de las clásicas, ya que estas últimas no se llevan a cabo con sustancias. Por esta razón se considera que no se pueden comparar.

«(...) no puedes comparar esto porque en la práctica normal cotidiana no damos MDMA así que no podemos comparar esto. Esto es totalmente diferente»⁴⁴(E7).

2.6.1. Implicancias de algunas normas del protocolo

Respecto de los procesos psicoterapéuticos que se llevan a cabo durante los ensayos clínicos, se indica que son breves y enmarcados en diversas normas establecidas que pueden operar como limitaciones. Dichas reglas operan como una metodología científica que permite validar el estudio que se lleva a cabo.

«(...) en la psicoterapia cotidiana tú eres libre de hacer lo que tú quieres, y acá tú tienes que seguir un plan estricto el cual es definido en el protocolo, hay criterios de inclusión, hay criterios de exclusión, tú tienes un manual terapéutico que tienes que seguir, tienes que verlos [a los pacientes] todas las semanas, después de cada sesión de MDMA tuvimos llamadas telefónicas todos los días por una semana, y así, están estas medidas que tú pruebas, las pruebas una y otra vez, un montón de papeleo que también influencia todo»⁴⁵(E7).

⁴³ «(...) of course we are dedicated to this work [clinical essays] and we put a bit of pressure on us, because we want good results. So we try a bit harder maybe».

⁴⁴ «(...) you can't compare this, because in normal everyday practice we don't give MDMA, so we can't compare this. This it's totally different».

⁴⁵ «(...) in everyday psychotherapy you are free to do what you want, and here you have to follow a strict plan which is defined in the protocol, there are inclusion criteria, there are exclusion criteria, you have a

Se indica que esta brevedad de la psicoterapia realizada en ensayos clínicos puede implicar que algunos voluntarios no alcancen a terminar sus procesos ni a abordar todas sus problemáticas, por lo que podrían requerir más tiempo, más sesiones con la sustancia, así como también una mayor cantidad de sesiones previas a la ingesta de la droga.

«Supongo que la otra cosa es que tú podrías pensar: “Bueno, ellos no hablaron acerca de su madre”, y nosotros sabemos que ellos necesitan hablar acerca de su madre, entonces que hay algo a lo que tú no vas a llegar. Y en los estudios de investigación esa es una parte de las limitaciones, si fuera legal hacer esto en un contexto terapéutico donde tú puedes usar una vez al año o cada seis meses, entonces podríamos saber que llegaríamos a ese asunto de la madre. Entonces tú tienes que sacarte tus ideas sobre lo que se necesita que pase en este tipo de terapia, y sólo estar abierto y confiar en que lo que obtienes ahí va a llegar al fondo del asunto»⁴⁶(E5).

Los entrevistados señalan que las normas del estudio implican también que se deba poner más atención a los pacientes cuando se hace psicoterapia en este marco científico, lo que no siempre es mejor para ellos.

«(...) los pacientes obtienen más atención que en psicoterapia normal. (...) nosotros tuvimos que entregar más apoyo y más, ser más cercanos preguntándoles cosas todo el tiempo, y en la psicoterapia cotidiana nosotros evitamos esto porque no queremos hacerlos demasiado adictos a la terapia (risas). (...) tenemos que seguir el protocolo, y si el protocolo dice cada semana una sesión, entonces tenemos que hacer esto, y en trabajo clínico normal tú puedes decir: “Ok, tienes tu tarea para la casa, ¿cuánto tiempo necesitas?” Y entonces tú puedes arreglar la próxima sesión para tres semanas más»⁴⁷(E7).

Además, dentro de las normas de los ensayos clínicos se señala que los voluntarios deben dejar los fármacos que estaban tomando, ya que así se puede evaluar la droga del estudio. Al mismo tiempo esto permite que no actúen las drogas de prescripción que pueden bloquear los efectos de las sustancias que se desean probar en el ensayo. Se menciona que dejar estos fármacos prescritos puede resultar muy difícil para las personas, sobre todo si llevan mucho tiempo tomándolos.

«(...) no pueden tomar ninguna de las drogas que están tomando, si es que están tomando droga, tienen que empezar a trabajar con su médico, y empezar a bajarla hasta que no tengan la droga en el cuerpo, que esto lo más difícil... hay mucha gente que quiere estar en el área de estudio, y cuando le decimos eso, pues tienen muchísimo miedo de, sobre todo personas que lo han tomado por mucho tiempo, y que

therapeutic manual that you have to follow, you have to see them [patients] every week, after each MDMA session we had phone calls every day for a week, and so on, there are these measures you test, you have them tested on, and on, and on, lots of paperwork that also influences the whole thing».

⁴⁶ *«I guess the other think is that you may think: “Well, they didn’t talk about their mother”, and we know they need to talk about their mother, so there’s something you are not going to get to. And in a research study that’s part of the limitations, if it was legal doing this in a therapeutic setting where you can used once a year or every 6 months, then we would know that we would get into that mother issue. So you have to put away your ideas of what needs to happens in this kind of therapy, and just be open and trusting what gets there is going to get there».*

⁴⁷ *«(...) the patients got more attention than in normal psychotherapy. (...) we had to be more supportive and more, be closer with asking them things all the time, and in everyday psychotherapy we avoid this because we don’t want make them addicted to therapy too much (laughs). (...) we have to follow the protocol, and if the protocol says each week a session, then we have to do this, and in normal clinical work you can say: “Ok you’ve got homework, how long do you need?” And then you maybe fix the next appointment in three weeks only».*

tienen mucha medicina, es muy duro para ellos, entonces esa es una de las cosas que tienen que estar dispuestos a hacer»(E6).

Si les toca el placebo, y si se dan cuenta de ello, deben estar dispuestos a tomarlo las dos veces que les corresponde por protocolo. Además, los entrevistados señalan que las sesiones con placebo suelen ser difíciles de llevar, ya que tanto los terapeutas como el paciente quedan a la espera de algo que no ocurre.

«Y otra que también es muy difícil, es que es un estudio largo, y que si les toca el placebo, va a ser más largo todavía, y que tienen que estar dispuestos a tomarlo dos veces aunque ellos sepan que es placebo, si ellos tienen algún presentimiento que eso es lo que están tomando, de todas maneras tienen que hacer el protocolo como está, y ya después de esas dos sesiones con la medicina, ya se pueden abrir las etiquetas para saber qué tomó cada persona»(E6).

«Es como cuando vas a un concierto y la orquesta se sienta ahí, pero ellos no empiezan a tocar. (...) Está claro después de dos horas, ambos sabemos, el paciente sabe y nosotros sabemos, que este es el placebo. Entonces tú empiezas a hablar más de lo que hablarías en sesiones de LSD, o también tocas más música, pero aún así sigues esperando algo que no pasa. Y es largo, quiero decir 8 horas es largo incluso con LSD, pero sin LSD es muy largo»⁴⁸(E2).

En caso que les haya tocado el placebo, una vez que terminan las sesiones que debían realizar, pueden acceder a sesiones con la sustancia.

«Entonces si resulta que fue placebo, entonces tienen la opción de hacer tres sesiones comunes y corrientes con MDMA»(E6).

Se señala que una vez finalizado el estudio, en caso que los pacientes quieran: continuar su terapia con los terapeutas del ensayo clínico, o cambiar su terapeuta externo al estudio que los atendía con anterioridad, o retomar sus medicamentos de prescripción, por protocolo deben esperar dos meses luego del término del ensayo clínico. Se debe esperar este tiempo para así poder hacerles una primera evaluación posterior al estudio. Una siguiente evaluación se realiza luego de un año.

«Sí, después de dos meses ellos pueden hacer lo que quieran. Entonces ya pueden tener otra terapeuta, ya pueden cambiar, pueden tomar medicina otra vez si quieren, esa clase de cosas, pero sí pueden regresar. Si yo quiero, y si ellos desean estar conmigo, es algo que se puede hacer también. (...) Porque esa es la primera evaluación que hacemos después del estudio, es a los dos meses. Otra es al año, y en ésta se chequea si todavía están sintiéndose igual, si algo ha cambiado drásticamente, cómo van»(E6).

También se han mencionado dos aspectos positivos del trabajo psicoterapéutico en este marco. Por una parte, se indica que a pesar de ser pocas sesiones previas a la ingesta de droga, las personas que padecen cáncer o alguna enfermedad terminal establecen relaciones intensas y auténticas en poco tiempo, puesto que no cuentan con mucho tiempo de vida. Debido a su proximidad con la muerte tampoco desean realizar terapias largas que demoren mucho, por lo que abordan temas relevantes y existenciales desde el principio.

⁴⁸ *«It's like when you go to a concert and the orchestra sits there, but they don't start playing. (...) It's clear after 2 hours, both know, the patient knows and we know, that this is a placebo. Then you start more talking than you would do in LSD sessions, or play more music also, but still you wait for something that doesn't happens. And it's long, I mean 8 hours is long even with LSD, but without LSD is very long».*

«Y entonces aprendí, lo que fue muy interesante con estos pacientes que sufren de cáncer, ellos están buscando una relación intensa y auténtica justo ahora porque ellos están conscientes de que no tienen todo el tiempo del mundo para hacer algo, entonces ellos no quieren hacer psicoterapia que dure años o más porque puede que no tengan esos años. Y entonces yo experimenté que normalmente estas dos sesiones [antes de la sesión con la droga] son suficientes para construir la relación y eso se vio cuando hicimos las sesiones [con droga], que era suficientemente seguro, entonces ninguno tuvo un gran estado de ansiedad o miedo como para no confiar en nosotros»⁴⁹(E2).

Por otra parte, se indica que con las personas que se trabajó con placebo se pudo establecer una relación más cercana antes de que se les diera la posibilidad de ingerir la sustancia, por lo que se señala que el placebo ofrece un marco más amplio para ello.

«(...) vimos que quienes tuvieron el placebo fueron, en la fase II ellos tuvieron la dosis completa, y entonces vimos que estaban mejor con nosotros porque ellos tuvieron mucho más tiempo con nosotros antes de que tuvieran la dosis completa»⁵⁰(E7).

Debido a las limitaciones recién señaladas, los entrevistados también realizan críticas al modelo científico que enmarca estas psicoterapias, y enfatizan que a pesar de que esto signifique un sacrificio tanto para el paciente como para el terapeuta, ambos están de acuerdo con realizarlo. Los primeros se manifiestan dispuestos ya que desean mejorarse, mientras que los segundos dicen hacerlo por razones políticas, es decir para lograr legalizar estas sustancias.

«Bueno, hay sólo unas pocas sesiones antes de la sesión con la droga para llegar a conocerlos. Básicamente yo no estoy de acuerdo con el acercamiento científico a esto en absoluto. Sí creo, y los pacientes con quienes estaré trabajando, definitivamente les diré a ellos que hay algo artificial e inhumano respecto a un número fijo de sesiones, el protocolo, y todo eso. Que de alguna manera ellos están, y que yo también al igual que ellos, estamos sacrificando algo por razones políticas y que la razón política es tratar de hacer la droga legal»⁵¹(E4).

2.6.2. Condiciones ideales para la psicoterapia asistida con sustancias

Hacer una revisión sobre los aspectos que funcionan de forma adecuada e inadecuada en los ensayos clínicos, permite reflexionar sobre las condiciones ideales

⁴⁹ «And then I learned, what was very interesting with this patients suffering from cancer, they are looking for an intense and authentic relationship just now because they are aware that they don't have every time on the world just to do something, so they don't want to do psychotherapy that last for years or so because maybe there are no years left. And so I experience that normally these two session [before the drug session] are enough to build up the relationship, and it show then when we did the [drug] sessions after that it was safe enough, so no one got in a state of great anxiety or fear and could not trust us».

⁵⁰ «(...) we saw that those who had placebo went, in stage two they got the full dose, so they were better off with us because they had much more time with us before they got the full dose with us».

⁵¹ «Well, I think there are a few sessions before the drug session just to get to know. Basically I don't agree with the scientific approach to this at all. I do think, and the patients that I'm going to be working with, I will definitely say to them that there is something artificial and inhuman about just a fixed number of sessions, the protocol and so on. That in a way they are, I am as well as they are, sacrificing something for political reasons and the political reason is trying to get the drug legal».

que se necesitan para realizar estas terapias, entre las que se deben considerar las mencionadas por los entrevistados: más tiempo total de proceso psicoterapéutico que el estipulado por las normas de los protocolos, más sesiones previas a la ingesta de la droga y de sesiones con la sustancia, y mayor tiempo transcurrido entre cada ingesta de droga para que el paciente pueda integrar de mejor forma lo acontecido en cada una de estas instancias.

Además, los entrevistados señalan que personas que realizaban terapia con el mismo terapeuta antes de ingresar al ensayo clínico, obtienen mejores resultados que aquellos que inician el proceso con el estudio.

«Personalmente nosotros pensamos que si fuéramos libres para trabajar con alguien, si la MDMA fuera una medicina de prescripción que pudiésemos dar a cualquiera, nosotros trabajaríamos con ellos por quizás algunos meses con psicoterapia tradicional para llegar a conocerlos lo más posible, para darles la oportunidad de construir una relación de confianza para trabajar con nosotros, y entonces así tú empiezas desde otro lugar»⁵²(E7).

«(...) ¿qué haría yo distinto?, si no fuera por el estudio, y yo haría que las sesiones fueran mucho más separadas, para tener mucho más tiempo en integración entre la primera sesión y la segunda. O sea, muchas de las personas que usan sustancias, y que no están en estos estudios, a veces tienen 1 sesión al año, durante 3 años, es decir, hacen 3 sesiones con sustancia pero 1 al año, y eso les permite tener mucho más tiempo de integración. (...) O por lo menos 6 meses [para integrar las sesiones con sustancia]. En realidad que la persona pueda decir: “Oh, ahora tengo totalmente integrado en mí lo que pasó en esa primera sesión, y entonces la segunda es mucho mejor”, porque la segunda es: “Continúo, pero ya teniendo totalmente como parte de mí, esa otra parte”»(E6).

3. La droga en el proceso psicoterapéutico

A partir del material recopilado en las entrevistas, se aprecian tres aspectos en relación con la utilización de una sustancia psicoactiva dentro del proceso psicoterapéutico. El primero da cuenta de una dimensión política y ética, y considera cualquier tipo de droga. El segundo se refiere a los efectos catalizadores con potencial terapéutico de la LSD, la psilocibina y la MDMA. El tercero da cuenta de la dimensión real de la experiencia que se puede obtener por medio de estas tres últimas sustancias.

3.1. Dimensión política y ética

Un entrevistado en particular (E4) enfatizó que hoy en día, el lugar que ocupa una sustancia psicoactiva en un proceso psicoterapéutico se liga profundamente con aquello que fundamenta la existencia de dicho proceso, es decir, se asocia con la noción de enfermedad y su medicalización por parte de las compañías farmacéuticas.

Dicho entrevistado señala que el hecho de considerar las bases que sustentan y dan sentido a la existencia de los procesos psicoterapéuticos permite recordar que la

⁵² *«Personally we think that if we were free to work with someone, if MDMA was a prescription medicine that we could give to anyone, we would work with them for maybe some months with traditional psychotherapy to get to know them as much as possible, to give them a chance to build a trusting working relationship with us, and then you start at another place».*

“enfermedad mental” tiene su aparición como tal en un determinado momento de la historia, lo que se explica por motivos políticos, sociales y económicos. Del mismo modo, señala que el desarrollo de aquello que se considera una “enfermedad” se sustenta en motivaciones políticas. Este proceso histórico lo ejemplifica con la invención de la depresión, la que indica que emergió de inmediato bajo el alero del argumento de la medicalización.

«Ahora, en 1956 más o menos, las compañías de drogas primero sacaron los primeros llamados antidepresivos, y lo que ellos dijeron fue que cura la depresión, como si la depresión fuera una enfermedad física. Si hay una droga para ello, debe haber una enfermedad. La gente ni siquiera hablaba de depresión. La depresión no era parte del vocabulario antes de 1956. La gente hablaba de desesperanza, la gente hablaba de melancolía, había otras descripciones de ese estado. Pero fue medicalizada por las compañías farmacéuticas»⁵³(E4).

De acuerdo a lo señalado por este entrevistado, lo que destaca esta descripción es lo político que impregna el despliegue de las ciencias biomédicas, y en particular la farmacología que ha estado a cargo de introducir y justificar el uso de drogas en diversos campos de la salud y específicamente en psicoterapia. Bajo esta perspectiva histórica, este terapeuta indica que la “enfermedad” no es una condición médica, sino que más bien es una condición política. Siguiendo con la depresión como ejemplo, señala que ésta se genera bajo condiciones de opresión e imposibilidad de expresión, es decir bajo la dominación o control del sujeto.

«Si un Marciano viniera a mí y me dijera: “Todo el mundo tiene depresión, yo quiero vivirla, ¿Cómo lo hago? ¿Cuál es la receta para la experiencia?” La fórmula que yo daría es opresión, más falta de expresión, igual a depresión. Entonces no es una condición médica, es una condición política. Es política, es el resultado de opresión, silenciamiento, cuando alguien me controla, no puedo hablar. ¿Qué más voy a hacer? Voy a estar desesperanzado. Y eso es depresión»⁵⁴(E4).

Siguiendo esta línea de argumentación de este entrevistado, la posición en el entramado social de aquel que opera como terapeuta y que entrega una droga a otro, da cuenta de sus intereses políticos. Indica que si una “enfermedad” corresponde a una estrategia de dominación, entonces la medicalización que justifica la existencia de esa enfermedad opera para perpetuarla en el tiempo, con lo que se perpetúa la dominación de los sujetos. Señala que la depresión entonces, al ser una condición política con miramiento hacia el control, al ser intervenida con medicamentos antidepresivos, permitiría sostener el dominio de los individuos, y no admitiría cambios respecto de aquellas condiciones de opresión e imposibilidad de expresión que posibilitan la emergencia del estado depresivo.

⁵³ «Now, in 1956 or so, drug companies first brought out the first so called antidepressants, and what they said is that it cures depression, as if depression was a physical illness. If there is a drug for it, there must be an illness. People didn't even talk about depression. Depression wasn't part of the vocabulary before 1956. People talked about despair, people talked about melancholia, there were other descriptions of that state. But it was medicalized by the drug companies».

⁵⁴ «If a Martian came to me and said: “Everybody comes up with depression, I want to experience it, how do I do it? What's the recipe for the experience?” The formula I would give is oppression, plus lack of expression, equals depression. So it's not a medical condition, it's a political condition. It's political, it's a result of oppression, silencing, when somebody controls me, I can't speak. What else am I going to do? I'll be in despair. And that's depression».

«Ahora, si tú me das drogas para eso [depresión], tú estás realmente trabajando para el opresor. Entonces la psiquiatría se volvió una herramienta para el opresor. Es parte del capitalismo. Entonces, la psicoterapia como yo la practico, básicamente no es una ciencia, o es una ciencia en el sentido de la ética y la política. Ética es cómo nos tratamos unos a otros. Yo no creo que nadie sufra si no son tratados mal. Entonces, si alguien te trata mal, y tú te sientes mal, ¿alguien te va a dar una droga? ¿Por qué no te ayudan en tu condición? Para la mayoría de las personas que están deprimidas, si les das dinero, eso funcionaría mejor que los antidepresivos»⁵⁵(E4).

Este entrevistado, indica que la enfermedad mental no existe, y su emergencia como entidad corresponde a un ejercicio ético y político. Señala que la ética del terapeuta tiene que ver con su capacidad de preguntarse qué debe hacer cuando realmente no sabe qué hacer, sin imponer un modelo o método de trabajo diseñado con anterioridad al momento en que está con su paciente. Además indica que la política se refiere a la capacidad o incapacidad de un sujeto de poder hacer lo que desea.

Bajo estas consideraciones, este entrevistado considera que la psiquiatría clásica actúa como una prisión, imposibilitando que los sujetos cambien sus condiciones políticas de existencia. Indica que si los sujetos no acceden a otra alternativa, aceptarán la ingesta de este tipo de drogas, puesto que no tendrán otra salida.

«Entonces hay un error fundamental, dijo Thomas Szasz hace mucho tiempo: “No hay tal cosa como una enfermedad mental”. Es una mala metáfora. O tú tienes una enfermedad del cerebro, y en ese caso deberías ir a un neurólogo o un neurocirujano, o tú tienes problemas en la vida. Y yo digo ética y política, porque la política es el ejercicio diario de: “¿Tengo suficiente poder para hacer lo que quiero hacer y no hacer lo que no quiero hacer?”. Si tengo que hacer cosas que no quiero hacer y no puedo hacer cosas que quiero hacer, por supuesto que podría estar deprimido. Entonces la psiquiatría es ahora como la prisión-psiquiatría. Si yo estuviera en prisión, yo tendría que tomar las drogas que la psiquiatría ofrece, porque si no puedo ir a ninguna parte, no puedo cambiar mis circunstancias: “Ok, dame drogas. Pónme a dormir, lo que sea, anestésiamе»⁵⁶(E4).

Desde esta perspectiva, este entrevistado señala que la “cura” tampoco existe, puesto que ella implica considerar que existe una “enfermedad que curar”. Indica que lo que existe son errores, malos hábitos o miedo, por lo que la mejoría de un sujeto tiene que ver con practicar el coraje. Al respecto precisa que el miedo contrae al sujeto del mundo porque lo hace evitar una y otra vez situaciones.

⁵⁵ *«Now, if you give me drugs for it [depression], you are really working for the oppressor. So psychiatry became a tool of the oppressor. It's a part of capitalism. So, psychotherapy as I practice it, basically, is not a science, or is a science in the sense of ethics and politics. Ethics is how we treat each other. I don't think anybody suffers if they are not treated badly. So, somebody treats you badly, you feel bad. Someone is going to give you a drug? Why don't they help you in your condition? For most people, that are depressed if you give them money, it would work better than antidepressants».*

⁵⁶ *«So there is a fundamental mistake, Thomas Szasz said long time ago: “There is no such thing as mental illness”. It's a bad metaphor. Either you have a brain decease in which case you should go to a neurologist or a brain surgeon, or you have problems in living. And I say ethics and politics, because politics is the daily exercise of: “Do I have enough power to do what I want and don't what I don't want?” If I have to do things that I don't want to do, and I can't do things I do want to do, of course I'd be depressed. So psychiatry is now like prison psychiatry. Like if I were in prison, I might take drugs that psychiatry offers, cause if I can't go anywhere, I can't change my circumstances: “Ok, give me drugs. Put me to sleep, whatever, numb me out».*

«Bueno, incluso la palabra “cura” es la metáfora equivocada, yo creo. Porque ¿qué es lo que se cura? Eso implica una enfermedad. Y no creo que la gente de quién estábamos hablando estén enfermos. No creo eso. Creo que la gente está equivocada, la gente tiene malos hábitos, la gente... generalmente teme. Tú puedes mirar a todo el espectro del Manual de Diagnóstico Estadístico, todas esas cosas, ellas son todos diferentes tipos de miedo. Entonces yo diría, si hay un momento crucial es cuando uno se da cuenta de que tiene que practicar el coraje. (...) No hay ningún ser humano que no tenga temor. (...) Lo mejor que tú puedes hacer es no tenerle miedo al miedo y no dejar que el miedo entre en tu toma de decisiones»⁵⁷(E4).

En este sentido, este terapeuta indica que la “mejoría” del sujeto implica dejar los hábitos y el miedo. Señala que esto se traduce en un proceso que se inicia con una disminución de la velocidad del sujeto que le permita ver otras alternativas, para luego llevar a cabo acciones distintas a las que venía realizando. En esto consistiría un proceso de práctica del coraje: en despertar, y no en “curar una enfermedad”.

«(...) lo que yo me he dado cuenta es que lo primero que tienes que hacer es bajar la velocidad. (...) Y después tú comienzas a notar puntos de elección donde tú pensabas que no habían puntos de elección. Y entonces toma mucha voluntad y esfuerzo cuando cada célula de tu cuerpo quiere ir de la manera habitual, tú dices: “No, yo voy de esta manera”, y eso yo lo llamaría “ir en contra de la corriente”. Y ese es un proceso. No hay droga, donde eventualmente en tu vida tendrás que “ir en contra de la corriente”, y hacer cosas que antes tú no hacías. Entonces ese proceso de bajar la velocidad, darse cuenta de momentos de elección y entonces deliberadamente ir en contra de la corriente, no creo que ese proceso pueda ser acelerado»⁵⁸(E4).

«(...) pero no lo llamaría una cura. Yo sólo diría que es un despertar a, hasta entonces yo viví en un modo de sobrevivencia y después de eso empecé a vivir. Sobrevivir no es vivir. Siempre puedo volver al modo de sobrevivencia si alguien amenaza mi vida. Pero mayoritariamente estoy viviendo.»⁵⁹(E4).

Desde esta perspectiva, este terapeuta considera que la psiquiatría clásica es una disciplina veterinaria puesto que trata a los individuos como si fueran animales que no hablan, ya que no da espacio al sujeto para que se exprese. Señala que esto se aprecia en que muchos psiquiatras rápidamente realizan un diagnóstico y prescriben una droga, sin relacionarse con el sujeto, sin posibilitar un vínculo humano.

«O psiquiatría-veterinaria, los psiquiatras tratan a la gente como animales que no hablan. Como lo que hace el psiquiatra es... tú no puedes hablarle al psiquiatra, en 15 minutos ellos te diagnostican, y te

⁵⁷ «Well, even the word “cure” is the wrong metaphor, I think. Because, what is cured? It implies an illness. And I don’t think that the people we talked about are ill. I don’t think that. I think people are mistaken, people have bad habits, people... mostly fear. You can look at the whole spectrum of the Diagnose Statistical Manual, all those things, they are all different flowers of fear. So I would say, if there is a kind of crucial moment is when one realises that one has to practice courage. (...) There are no fearless human beings. (...) The best thing you can do is not to be afraid of fear and not to allow fear into your decision making».

⁵⁸ «(...) what I have realised is that first you have to slow down. (...) And then you begin to notice choice points where you thought there are no choice points. And then it takes a lot of will and effort to when every cell in your body wants to go the usual way, you say: “No, I’m going to go this way”, and that I would call it “going against the grain”. And that is a process. There is no drug, where eventually in your life you have to “go against the grain” and do things that before you didn’t. So that process of slowing down, noticing choice points and then deliberately going against the grain, I don’t think that can be speeded up».

⁵⁹ «(...) but I wouldn’t call it a cure. I would just say it’s an awakening to, up ‘til then I lived in survival mode and then after that I started living. Surviving is not living. I can always go back to survival mode if somebody starts to threaten my life. But mostly I’m living».

prescriben la droga. Y luego ellos no tienen que lidiar contigo. Entonces no hay conexión humana. Entonces, pero yo creo que hay veterinarios que tratan a los animales de manera más gentil que como los psiquiatras tratan a la gente»⁶⁰(E4).

Bajo este prisma, este entrevistado señala que el terapeuta consciente de la política y ética que atraviesa su trabajo, debe ser aquel que ayude al levantamiento de la conciencia de los sujetos, que actúe como su camarada co-revolucionario, es decir que tenga por objetivo la modificación de aquellas condiciones de dominación y opresión que “enferman” a los sujetos.

«Entonces, si no estoy en prisión y no soy un animal, yo quiero un terapeuta que sea política y éticamente consciente, y que vaya a ser mi camarada, mi co-revolucionario, que eleve mi conciencia, me ayude a reunir poder y a pelear contra quienes me tratan mal»⁶¹(E4).

Este entrevistado señala que el lugar político que ocupa el terapeuta que administra sustancias a los sujetos, queda clarificado según el tipo de droga con la que trabaje. En este sentido, indica que las drogas que administra la psiquiatría clásica corresponden a sustancias que no despiertan la conciencia del sujeto sobre sí mismo y sus condiciones de existencia, sino que lo adormecen, lo domestican para que no se queje bajo ninguna circunstancia. Como contraposición a ello, señala que existen otras drogas que levantan la conciencia del sujeto, que lo vuelven más sensible y atento a sus circunstancias, como son la LSD, MDMA y psilocibina, entre otras. En este sentido, indica que un terapeuta trabajará para el control de los sujetos si administra drogas de la psiquiatría clásica, y para su liberación si trabaja con sustancias que potencian las relaciones humanas y los vínculos con el entorno.

«(...) ahora hay evidencia de que las compañías farmacéuticas pagan enormes cantidades de dinero a psiquiatras para que usen sus fármacos. Entonces, es una... tú podrías llamarla una gran conspiración. Y esas drogas son totalmente diferentes. Esas drogas te van a poner a dormir, ellas te van a tranquilizar, te van a hacer manejable, ellas te van a hacer que no te quejes bajo situaciones insostenibles. Mientras que las drogas de que estamos hablando, MDMA, LSD, ayahuasca, hongos, etc., ellas elevan tu conciencia; ellas te hacen más sensible, te hacen ver cosas. Entonces si la gente quiere controlarte, entonces usan drogas de psiquiatría, si la gente quiere liberarte, entonces te ofrecen drogas que te despiertan hacia las relaciones humanas, al cosmos y a lo que sea. Te hacen más sensibles»⁶²(E4).

Esto lo ejemplifica al señalar que una persona con “esquizofrenia” se

⁶⁰ *«Or veterinarian psychiatry, psychiatrists treat people like animals who don't speak. Like psychiatrists does... you can't talk to the psychiatrist, in 15 minutes they diagnose you, and they prescribe the drug. And then they don't have to deal with you. So, there is no human connection. So, but I think there are veterinarians who treat animals kinder than psychiatrists treat people».*

⁶¹ *«So, if I'm not in prison and I'm not an animal, I want a therapist who is politically and ethically aware, and who is going to be my comrade, my co-revolutionary, raise my consciousness, help me to gather power, and fight those who treat me badly».*

⁶² *«(...) now there is evidence that drug companies pay enormous amount of money to psychiatrists to use their drugs. So, it's a... you could call it a big conspiracy. And those drugs are totally different. Those drugs are going to put you to sleep, they are tranquilizing you, they make you manageable, they make you not complain under untenable circumstances. Whereas the drugs that we are talking about, MDMA, LSD, ayahuasca, mushrooms, so on, they raise your consciousness; they make you more sensitive, they make you see things. So if people want to control you, then they use psychiatrist drugs, if people want to liberate you, then they offer you drugs which wake you up to human relationships, to cosmos and whatever. Make you more sensitive».*

encontraría transitando por una condición de miedo, y no por una “enfermedad mental”. Sobre ella indica que el efecto de estas sustancias, específicamente de la LSD, corresponde a una disminución de ese miedo, lo que posibilita una alternativa para hacer algo distinto con él.

«Si me crees que es todo debido al miedo, sólo será miedo. El momento de miedo es reducido [con LSD], la gente [con esquizofrenia] no se tiene que volver loca. Volverse loco es sólo un mecanismo para defenderse de lo que tiene que ver con el miedo. Es una manera de excluirse de lo que te limita, tú sabes, como si tu familia es demasiado restrictiva tú te podrías matar o volverte loco. Y eres libre de ellos»⁶³(E4).

Todos los terapeutas coinciden en que la LSD, MDMA y psilocibina son sustancias que despliegan sus efectos en una o en pocas sesiones dentro de un proceso psicoterapéutico, en comparación con las drogas utilizadas por la psiquiatría que se usan de forma cotidiana por largos períodos de tiempo.

Señalan que aquello que se vivencia durante una sesión de ingesta de alguna de estas 3 drogas mencionadas, ya conlleva efectos de aprendizaje para el sujeto, motivo por el cual no se requiere otra ingesta de inmediato. Destacan que lo que se vivencia bajo estas sustancias debe ser integrado en la vida del sujeto, antes de que se recurra a una siguiente sesión con droga.

Además, indican que las drogas de prescripción psiquiátrica conllevan efectos secundarios y toxicidad para el sujeto, lo que no ocurre con la LSD, psilocibina y MDMA. Bajo estas consideraciones, señalan que resulta preocupante que las de prescripción se deban ingerir por largos períodos de tiempo; lo que refieren como un hecho que da cuenta de la poca eficacia de estas drogas usadas por la psiquiatría.

«Entonces hay realmente un mito en que a veces la gente se atrapa, de que ellos necesitan tomar un montón de drogas o tener múltiples sesiones de drogas, y a veces la persona tiene una sola sesión de droga significativa. Ellos no vuelven nunca a usar un alucinógeno de nuevo, ellos como que aprenden algo de gran valor, e integran eso a sus vidas. Y ellos por cierto que podrían usar psilocibina o mezcalina o LSD o salvinorina o lo que sea de nuevo, pero ellos ya no tienen interés de hacerlo de nuevo porque sienten que han realmente aprendido lo que necesitan y entonces el trabajo que viene a continuación es de integración»⁶⁴(E1).

«Ampliamente diferentes [la psilocibina y las drogas psiquiátricas]. No puedo hablar definitivamente de la farmacología de un montón de las drogas prescritas, pero una de las críticas principales es si es que tienen la eficacia real que esperamos que tengan, cuál es el perfil de efectos colaterales, cuál podría ser su toxicidad, y también el hecho de que estas drogas típicamente necesitan ser tomadas crónicamente, y son fomentadas a menudo para ser tomadas por largo tiempo después de la resolución del episodio depresivo, a modo de prevenir otro episodio depresivo. Entonces mucho de la psiquiatría actual, quizás un criticismo válido es que, agregando una droga y continuando el uso de la droga por, a veces, un

⁶³ *«If you believe me that all is because of fear, it'll just is fear. Moment fear is reduced [with LSD], people [EQZ] don't have to go crazy. Being crazy it's just a coping mechanism to do with fear. It's a way of opting out, of what constrains you, you know, like if your family is too constraining but you could kill yourself or to go crazy. And you are free of them».*

⁶⁴ *«So there is really a myth sometimes people get caught up in that they need to do a lot of drugs or have multiple drug sessions, sometimes the person has a single meaningful drug session. They don't go back to ever using an hallucinogen again, they kind of learn something of great value, and integrated that into their lives. And they certainly could use psilocybin, or mescaline or LSD or salvinorin, or whatever again, but they really don't longer have an inclination to do so, because they feel like they have really learned what they need to, and then the work coming forward is integration».*

tiempo más largo que lo necesario, y algunos de los psiquiatras con los que hablo y trabajo están decepcionados de la eficacia de algunas de las drogas que rutinariamente prescriben. En términos de la psilocibina, estamos administrando una dosis única una vez, tres veces, cinco veces, y eso es todo. Y lo que es realmente extraordinario es que la droga normalmente se elimina del cuerpo en 24 horas, hay una toxicidad insignificante asociada a ella, y entonces no es una droga tóxica, es metabolizada casi completamente en 24 horas»⁶⁵(E1).

3.2. Efectos catalizadores con potencial terapéutico

En el material recopilado en las entrevistas, se indica que la LSD, psilocibina y MDMA cuentan con un potencial terapéutico que si es vehiculizado de forma adecuada en el transcurso del proceso psicoterapéutico, puede conllevar buenos resultados para el paciente.

«Mira yo me alegro que se esté investigando de nuevo, porque yo le hallo un potencial tremendo [a la LSD], o sea yo lo hallé de una paranoia y una estupidez realmente grave haberlas prohibido, yo creo que pueden ser tremendamente útiles»(E3).

Se señala que este potencial se aprecia en que favorecen desde un primer momento la exploración del mundo interno del sujeto y la capacidad del sujeto de maravillarse de sí mismo. En este sentido, los terapeutas indican que estas sustancias le permitirían a la persona percibir con mayor claridad cuál es el problema, sus sentimientos al respecto y lo que tiene que hacer, por lo que lo vuelven más competente para lidiar con sus conflictos. Se señala que luego, en un segundo momento, el sujeto podría exteriorizar aquello que descubrió en su interior.

«(...) yo creo que su potencial [de la LSD] es la exploración del mundo interno, y de ahí quizás después hacia afuera, yo te voy decir lo que siento por ti y todas estas cosas, pero el potencial más grande es esto de sensibilidad interna, o sea maravillarte con la naturaleza, maravillarte con tu sensibilidad, con lo que tú sientes por los demás»(E3).

«En lo que la MDMA los ayudó fue en que los hizo capaces de percibir mejor lo que estaba mal, lo que tenían que hacer, cuáles eran sus sentimientos, así que los hizo más competentes para lidiar con sus propios problemas»⁶⁶(E7).

Refieren que este potencial se va encontrando a medida que transcurre la vivencia. Señalan que al principio, si la persona no ha ingerido ninguna de estas

⁶⁵ «Vastly different [psilocybin and the psychiatric drugs]. I can't speak definitively of the pharmacology of a lot of the widely prescribed drugs, but one of the primary criticisms is whether they really have the efficacy that we hoped they would have, what their side effect profile is, what their toxicity might be, and also the fact that typically these drugs need to be taken chronically, and are often encouraged to be taken long after the resolution of a depressive episode, so as to prevent another depressive episode. So a lot of current psychiatry, perhaps one valid criticism, is that it's adding drug and continuing drug sometimes longer than necessary, and some of the psychiatrist I speak with and work with are disappointed by the efficacy of some of the drugs they routinely prescribe. In terms of psilocybin, we're administering a single dose one time, three times, five times, and that's it. And what's really extraordinary is that the drug typically clears the body in 24 hours, there's negligibly toxicity associated with it, and so it's a nontoxic drug, it's metabolised almost completely in 24 hours».

⁶⁶ «What MDMA helped them, was enable them to better perceive what was wrong, what they had to do, what their feelings was, so it made them more competent to deal with their own problems».

sustancias con anterioridad, sus efectos pueden tomarla por sorpresa, ya que por más que se le haya explicado de qué se trata, la experiencia resulta más profunda de lo que se le puede transmitir. Indican que lo que durante la sesión le acontece al sujeto es una experiencia de enorme profundidad, en la que logra saber cómo podría sentirse luego de realizar el trabajo terapéutico. En este sentido, señalan que el potencial terapéutico con estas sustancias puede funcionar como “un crédito”, en la medida en que primero se siente un enorme bienestar y luego se debe llevar a cabo el trabajo terapéutico para alcanzarlo.

«En general la primera sesión es la mejor sesión porque ellos no saben que viene, son tomados por sorpresa, y entonces va muy profundo, los toca, no es así en todos los casos, pero los toca muy muy muy profundo dentro de su centro y entonces en las sesiones subsiguientes ellos tienen que hacer el trabajo. Entonces luego viene el trabajo, es como vivir de un crédito, primero tú vas a mirar cómo se debe sentir y después tú sabes de qué se trata, tú sientes cómo es todo, y entonces luego haces el trabajo»⁶⁷ (E7).

En relación con los efectos con potencial terapéutico que catalizan estas sustancias que fueron mencionados por los entrevistados, se realizó una distinción de tres categorías, ya que se observaron ciertos elementos comunes entre algunos efectos, lo que permitiría reunirlos en distintos ámbitos. Cabe señalar que esta clasificación no pretende ser exhaustiva ni determinante respecto de esta información, sino que más bien tiene un fin compresivo y de ordenamiento. Sobre ello se debe considerar que esta categorización tampoco significa que los elementos aquí presentados se encuentren separados en el nivel de la experiencia del sujeto, sino muy por el contrario, ya que los terapeutas entrevistados señalan que en variados momentos estos efectos se encuentran íntimamente asociados, pudiendo muchos de ellos operar incluso al mismo tiempo.

Una primera clasificación de la información entregada por los terapeutas da cuenta de determinados estados del sujeto que consisten en una modificación de su conciencia ordinaria, y que destacan por ser significativos. Se observa que dichos estados operan como contenedores de las otras categorías de efectos.

La segunda clasificación del material de las entrevistas respecto de los efectos con potencial terapéutico de la LSD, MDMA y psilocibina, se refiere a ciertas operaciones que le ocurren al sujeto, tanto a nivel psíquico como físico, las que pueden converger en distintos momentos de la experiencia.

La tercera clasificación de la información recopilada en las entrevistas, se refiere a determinados fenómenos que cuentan con un complejo contenido y desarrollo, para el cuál las operaciones recién mencionadas juegan un papel fundamental en su configuración.

⁶⁷ *«Mostly the first session is the best session because they don't know what's coming, they are taken by surprise, and then it goes very deep, it touches them, it is not in every case but it touches them deep deep deep within in the core and then in subsequent sessions they have to work. Then comes the work, it's like living on credit, first you go to look how it should feel like and then you know what it is all about, you feel how it's all about, and then you do the work».*

3.2.1. Estados

Se señala en las entrevistas que los estados ordinarios de conciencia pueden ser modificados por la LSD, psilocibina y MDMA, generando la experiencia de un estado distinto durante el tiempo que transcurren los efectos de estas drogas. Esta experiencia consiste en una secuencia sostenida en el tiempo de fenómenos y operaciones que en un contexto psicoterapéutico puede adquirir la forma de una vivencia significativa.

Se observa que el contenido específico que adquieren dichos estados dependerá de la singularidad de cada sujeto.

3.2.1.1. Modificación de la conciencia como experiencia significativa

Los entrevistados destacan que las experiencias de estados modificados de conciencia pueden ocurrir de forma espontánea en el sujeto, sin la intervención de drogas u otras herramientas.

«Puedo pensar en alguien que ha tenido una adicción significativa a drogas y alcohol, y eso destruyó su vida. En medio de la noche, sin ninguna razón en particular, él tuvo esta visita angelical, donde, esencialmente, era esta visión diciéndole: “Tú puedes vivir o morir, querer amar a otros, valorar tu vida o no. Es tú decisión”. Verdaderamente una experiencia poderosa. Sin drogas, nada, pero ¡pow! de la nada. Entonces a veces la gente tiene experiencias espontáneas y eso es lo que les ayuda a vivir de una mejor manera»⁶⁸ (E1).

Además indican que estas experiencias pueden gatillarse utilizando ciertas técnicas, como podría ser la influencia que ejerce la participación en una comunidad religiosa. En este sentido, señalan que el uso de drogas no es la única alternativa.

«(...) otro peligro, yo creo, es que la gente comienza a idealizar la psilocibina, a relacionarse con ella de una manera antropomórfica, lo cual puede estar bien hasta cierto grado, pero también puede entrometerse, si es que ellos están pensando que necesitan tomar la droga para tener este tipo de experiencias. Ellos no necesariamente la necesitan, es simplemente una manera»⁶⁹ (E1).

Los entrevistados señalan que estas experiencias también pueden lograrse a través del uso de drogas, que es lo que se intenta alcanzar en las psicoterapias asistidas con ellas. En un contexto de este tipo, indican que los estados modificados de conciencia acontecen como experiencias significativas para el sujeto, por lo que se les puede utilizar con un sentido terapéutico. Durante estas vivencias, señalan que lo que le ocurre al sujeto no es algo extraño o absurdo, sino que es algo lleno de sentido para él puesto que siempre tiene que ver con él. Destacan que esta significatividad para la

⁶⁸ *«I can think of someone who had a significant drug and alcohol addiction, and it destroyed his life. In the middle of the night, for no particular reason, he has this angelic visitation, where, essentially, there is this vision saying: “You can live or die, do you want love others, value your life or not. It’s your choice”. Truly powerful experience. No drugs, nothing but pow!, out of nowhere. So sometimes people have spontaneous experiences and that’s what helps them live in a better way».*

⁶⁹ *«(...) another danger I think is that people begin to idealise psilocybin, relate to it in an anthropomorphic way, which may be fine to a degree, but also may get in the way, thinking they need to take the drug in order to have these experiences. They don’t necessarily, it’s simply one way».*

persona sucede tanto en las experiencias fáciles como en las difíciles, por lo que es independiente del grado de dificultad de la vivencia que emerge durante la sesión con droga.

«(...) pero en cuanto a mis experiencias, nosotros los guiamos a través de esta experiencia independientemente de si es buena o difícil, y tengo confianza en que es significativa para ti, no es algo raro o algo absurdo lo que vas a experimentar, tiene que ver contigo que sea buena o sea difícil. Y después nosotros tratamos de encontrar una interpretación, o una manera en que puedas lidiar con sentimientos difíciles o con experiencias difíciles, pero por otro lado tú puedes tener un día maravilloso también, no sabemos»⁷⁰(E2).

Los terapeutas entrevistados indican que los estados alterados de conciencia se pueden aprovechar como experiencias significativas justamente porque el sujeto comienza a recordar eventos que había olvidado y porque logra hacer nuevas conexiones. Señalan que ambos ejercicios le entregan una nueva perspectiva para mirar y comprender lo traumático, lo que puede acontecer con tranquilidad o de forma remecedora.

«(...) hay recuerdos que empiezan a llegar y la persona empieza a llorar, empieza a sentir: “Esto fue lo que pasó”, pero empiezan también a conectar: “Esto me pasó, y ya sé por qué a mí me da miedo esto, y yo nunca lo había visto de esta manera”. Es como tener una perspectiva distinta, es como decir: “Siempre he mirado a mi trauma de esta manera, y ahora me estoy parando acá, y lo estoy viendo de acá, pero al mismo tiempo, estoy viéndome ahí. Me estoy viendo en el trauma y me estoy viendo de acá, desde esta otra perspectiva”. Y viéndolo desde otro sitio, hay nueva información, hay conexiones que no habían hecho antes, y a veces recuerdos que no habían tenido antes o que se habían olvidado por mucho tiempo»(E6).

Los entrevistados señalan que en la creación de esta experiencia de estado alterado de conciencia en psicoterapia participan diversos factores, como el terapeuta, lo que acontece en la vida de la persona al momento de ingerir la sustancia, y la droga en sí.

«Entonces ésta es una manera de ocasionar eso con probablemente dos tercios de la gente que se inscribe, podríamos decir que en general probablemente del 50% a dos tercios tendrán experiencias significativas que cambian la vida. Quizás del 33% a la mitad lo encontrarán útil, no que les ayude, pero no habrán beneficios duraderos. Esto es en parte debido a la función de muchos factores diferentes; en parte drogas, en parte con quienes ellos trabajan, donde están en sus vidas en el momento en que van al estudio. Pero cualquiera que sean esos factores, o todos juntos, ésta es una manera más fiable de ocasionar el tipo de experiencias que realmente ayudan»⁷¹(E1).

Los terapeutas indican que dentro del uso de drogas, se encuentra el uso de

⁷⁰ *«(...) but as to my experiences we guide you though this experience be as good or be as difficult, and I'm confident that it is meaningful to you, it's not something weird or something absurd what you'll experience, it's have to do with you be it good or be it difficult. And then we try to find an interpretation, or a way you can deal with difficult feelings or difficult experiences, but on the other hand you can have a wonderful day also, just we don't know».*

⁷¹ *«So this is a way to occasion that with probably two thirds of people who enrol, we might say that in generally probably 50% to two thirds will have a meaningful life altering experience. Maybe 33% to a half will find it useful, not helpful, but there won't be lasting benefits. That is part of the function of many different factors; partly drugs, partly who they work with, where they are in their lives when they go into the study. But whatever those factors maybe altogether, this is one way to more reliably occasion the kinds of experiences that are really helpful».*

placebos, en la medida en que pueden generar experiencias significativas. Señalan que los fundamentos de la acción del placebo se sitúan en la intención del sujeto de vivir estas experiencias.

«(...) una de las personas, creo que fueron uno o dos, pero al menos uno tuvo una profunda experiencia transformadora de vida, y catorce meses después, en el seguimiento, amigos y familia, quienes aceptaron hablar acerca de lo que ellos habían notado, respecto de si había habido algún cambio, dijeron: “Esta persona realmente ha cambiado su vida”. ¿Cuál era la droga? No era psilocibina, era el placebo activo, era Metilfenidato, era Ritalin. Ritalin es un estimulante usado para el tratamiento de Síndrome de Déficit Atencional. Entonces, ¿no es eso extraordinario? (...) esa experiencia que ellos tuvieron ese día, ¿cuál era la droga? No era ni siquiera un alucinógeno, era un estimulante. Entonces la intención es absolutamente vital. (...) Entonces lo que creamos, en qué ponemos nuestra atención, las preguntas que tenemos, qué queremos experimentar, ese es el conductor poderoso de lo que experimentamos a través de nuestras vidas, y si tenemos un contexto de un set, un setting de ritual, un espacio para ir más profundamente, entonces se levanta la pregunta de, bueno, ¿cuán importante es la psilocibina? Realmente, quiero decir, esta persona, no había ninguna, entonces es realmente impresionante para mí simplemente todo lo que es posible para una persona»⁷²(E1).

Consideran para psicoterapia el uso de alguna sustancia como la LSD, MDMA o psilocibina para alcanzar estos estados alterados de conciencia significativos no porque sea mejor que otras técnicas que se puedan utilizar para ello, sino que simplemente porque aumentan la probabilidad de que ocurran.

«Entonces éste [uso de drogas] no es necesariamente mejor, lo que yo diría es que ésta es una manera de aumentar la probabilidad de una persona para que tenga una experiencia significativa»⁷³(E1).

3.2.2. Operaciones

En el material recabado en las entrevistas, se observan 6 tipos de operaciones posibilitadas por estas sustancias, las que acontecen tanto a nivel psíquico como físico. Éstas pueden converger y actuar al mismo tiempo en diversos momentos de la experiencia, ya que los terapeutas señalan que los efectos de estas drogas pueden actuar de esta manera. En la presente investigación se han identificado como: disolución de categorías, aceleración de los recursos del sujeto, intensificación del estado psíquico-físico, imprevisibilidad de los contenidos que emergen, aumento de la producción de imaginaria interna y facilitación de plantillas de rememoración.

⁷² *«(...) one of the people, I think it was one or two, but at least one who had a profoundly life altering experience, and fourteen months later, at the follow up, friends and family, who had agreed to talk about what they've noticed, if there was any change, saying that: “This person had really changed his life”. What was the drug? It wasn't psilocybin, it was the active placebo, it was Methylphenidate, it was Ritalin. Ritalin is a stimulant used for the treatment of ADHD. So, isn't that astonishing? (...) that experience they had that day, what was the drug? it wasn't even a hallucinogenic, it was an stimulant. So intention is absolutely vital. (...) So what we create, what we focus our attention on, the questions we have, what we want to experience, that is a powerful driver of what we experience throughout our lives, and if we have a context of set, an setting of ritual, a space to go more deeply, then it raise the question of, well, how important is psilocybin? Really, I mean, this person, there wasn't any, so it's really amazing to me that just what's possible for a person».*

⁷³ *«So this [drug use] isn't necessarily better, what I would say that this is a way to increase the probability of a person having a meaningful experience».*

A partir de la información entregada por los terapeutas, se ha identificado que en la configuración de dichas operaciones actúan los propios recursos conscientes e inconscientes del sujeto, como son sus pensamientos, recuerdos, deseos, traumas, sentimientos, percepciones sensoriales, entre otras; y que el contenido específico de estas operaciones dependerá de la singularidad de cada persona.

3.2.2.1. Disolución de categorías

Los terapeutas señalan una disolución de las categorías que rigen al estado ordinario, lo que explican como una expansión de la conciencia, en la que las drogas de interés del presente estudio operarían como catalizadores no específicos.

«(...) de pronto muchas cosas se convierten en posibles, positivas y negativas, hermosas y terroríficas, quiero decir que puede que hayamos atribuido un montón de ideas y palabras diferentes a cualquier cosa que se experimenta, pero ésta simplemente expande la conciencia, entonces nos gusta describirla a veces como un catalizador no específico»⁷⁴(E1).

Señalan que esta disolución opera también sobre las categorías que tiene el sujeto sobre sí mismo, por lo que la anulación de los límites entre unas y otras le permite a la persona pensarse de una forma distinta y menos estática, lo que conlleva que pueda ser consciente de aspectos que no había podido ver con anterioridad.

«(...) a veces hay gente que está ciega y no sabe que está ciega, y que tú no ves cómo mostrárselo, que están pegados en la cabeza y que no salen de ahí, ni ven que hay algo afuera, entonces, en general en terapia, en terapia grupal o en la que sea, a esa gente le cae la teja, como casi por sorpresa, como que algo lo toman por sorpresa, o ven algo, o les ocurre algo, pero para ese tipo de personas sobre todo, en la medida que quieran y todo eso, [la LSD] sería tremendamente útil, tremendamente útil»(E3).

Indican que la disolución de categorías previas que tenía el sujeto opera también en un plano corporal, por lo que la percepción sobre su propio cuerpo se modifica. En este sentido, señalan que también acontece una toma conciencia corporal en la que aparecen aspectos que anteriormente la persona no había podido percibir.

«Me acuerdo que una vez yo estaba lavando los platos al final de un día y sentía que tenía los músculos de atrás contraídos, y yo creo que la conciencia corporal que logré con este asunto [LSD], era bastante notoria, bastante llamativa. Tantas cosas que no me daba cuenta, pero que a través de eso sí me daba cuenta»(E3).

También señalan una disolución de la usual forma que tenemos para comprender y vivenciar las conexiones entre lo físico y lo psíquico, ya que describen experiencias de relaciones entre uno y otro que operan de forma distinta a la cotidiana. Por una parte identifican una disolución de los límites que nuestra conciencia ordinaria tiene sobre los distintos sentidos de percepción, por lo que se pueden vivenciar operaciones tales como “saborear un color”, entre otras.

Por otra parte identifican una divergencia entre la sensación subjetiva y el

⁷⁴ *«(...) so much suddenly becomes possible, positive and negative, beautiful and terrifying, I mean we may have attributed a lot of different ideas and words to whatever experiences, but it simply expand the awareness, so we like to described it sometimes like a nonspecific catalyst».*

correlato físico de la persona, según nuestra comprensión ordinaria de ello. Se ejemplifican situaciones en las cuales algunas personas se sienten ansiosas, al mismo tiempo que su cuerpo no muestra señales de ello, es decir no presentan aumento de la presión ni de la frecuencia cardíaca, ni aumento del sudor o de la frecuencia respiratoria.

«Y entonces a veces la gente puede estar teniendo una experiencia muy difícil, y puede que no sea evidente para los guías, su color no cambia, su respiración no cambia, estamos midiendo su presión de la sangre y frecuencia cardíaca, eso no necesariamente cambia, pero en la mente de la persona pueden estar pasando a través de una experiencia realmente crucial»⁷⁵(E1).

3.2.2.2. Aceleración de los recursos del sujeto

Los terapeutas entrevistados señalan que al utilizar estas sustancias puede ocurrir una aceleración de los recursos del sujeto, es decir, de su pensamiento, asociaciones, emociones y recuerdos, lo que puede operar de forma terapéutica si se le vehiculiza para ello; por lo que indican que en un contexto de este tipo tanto el setting como el terapeuta actúan en función de ese objetivo.

Señalan que la vehiculización de esta aceleración implica que el sujeto pueda manejar esa velocidad y permanecer conectado consigo mismo y con lo que le esté sucediendo en ese momento. Esto significa que el sujeto debe mantenerse consciente de los cambios que están ocurriendo y de la rapidez que va de la mano de sus transformaciones. Indican que en caso de que esta aceleración sobrepase a la persona, ésta podría sentirse alienada o ajena a lo que le va sucediendo durante la sesión, ya que no estará conectada con ella misma ni siguiendo los pasos de lo que va sucediendo.

«(...) ésta es la diferencia entre escarbar con un alfiler el problema y entrar con una bomba atómica. Yo creo que [la LSD] ahorra mucho tiempo, ahorra mucho tiempo, o sea la cantidad de cosas que tú puedes ver, si estás en una buena actitud, si el setting es bueno, si las condiciones se dan, la cantidad de cosas que tú puedes ver en una sesión de seis, siete, ocho horas es... o sea es enorme. Te podrías pasar años en sesiones verbales de una hora, quizás no avanzas nada, porque estás tan bloqueado que no ves»(E3).

«Lo que tú mencionas es una de las dificultades que puedes tener con LSD, que tú puedes estar muy acelerado en el pensamiento o en estos cambios de situaciones, y yo creo que el setting y mi tarea es sólo disminuir esto un poco, que el paciente pueda mantenerse en un proceso más lento y no meterse en este modo rápido donde la gente entonces dice: “Todo fue artificial” o “Yo estaba alienado de eso”. Y esto [alienación del proceso] ocurre especialmente cuando a alguien realmente le disgusta la música en el sentido que, yo digo que la música no está ahí para gustarle a alguien, no es ese tipo de música agradable necesariamente, pero cuando la música es muy fuerte la gente entra en un estado de una forma de disociación, ellos realmente se van y entonces tú tienes que poner atención porque eso no debería pasar. Quiero decir, a ellos puede no gustarles en el sentido de: “Ah, esta música me pone de alguna manera ansioso o agresivo” o lo que sea, eso está bien, pero si hay una desconexión total de eso, entonces yo creo que debería ser posible conectar nuevamente, por ejemplo con terapia corporal, o este paciente que estaba desesperado y no podía aceptar el tacto, quiero decir estoy seguro, y después que él estaba seguro también de que eso lo ayudaría a reconectarse y tener contacto, pero él no era capaz de

⁷⁵ *«And so sometimes people can be having a very difficult experience, and it may not be apparent to the guides, their colour doesn't shift, their respiration doesn't change, we're measuring blood pressure and heart rate, that doesn't necessarily change, but in the mind of the person they can be going through a real crucible of experience».*

aceptar y él se quedó en este estado básicamente de estar lejos de sí mismo»⁷⁶(E2).

Señalan que al mismo tiempo esto conlleva una aceleración de los acontecimientos terapéuticos que ocurren durante la sesión con droga, lo que implica una disminución del tiempo que se estima debe tener una psicoterapia clásica basada en el habla. Indican que esto significa que el proceso psicoterapéutico y sus objetivos se aceleran.

En la información entregada por los terapeutas, se menciona que esta aceleración acontece respecto de la cantidad de sucesos, cambios o movimientos y en relación con la diversidad de ámbitos del sujeto que se van implicando en ello. En este sentido, señalan que no se trata sólo de la velocidad que toma el proceso, sino que también se trata de la amplitud que toma el trabajo que se realiza en el ámbito psíquico y físico.

Los terapeutas indican que en el plano corporal se puede observar una aceleración de la aparición de los acontecimientos terapéuticos que permitirán el despliegue del proceso de psicoterapia. Por ejemplo señalan que puede ocurrir que los síntomas físicos asociados a ciertas resistencias aparezcan con rapidez, lo que a su vez puede conllevar que la persona se dé cuenta de lo que está asociado a ello con mayor velocidad.

«Entonces primero es el síntoma físico [relacionado a resistencias], y después si tú insistes en eso, en este estado alterado de conciencia, la cosa que está molestandolos usualmente sale bastante rápido, ellos no tienen que esperar horas, y días y meses como usualmente les pasa a quienes están resistiendo en una terapia tradicional. Todo es acelerado bajo la influencia de la MDMA; estos procesos van más rápido»⁷⁷(E7).

Se indica en las entrevistas que la velocidad con que acontece la experiencia ocurre tanto si la cualidad de la vivencia se caracteriza por ser fácil o difícil para el sujeto. Por esta razón la persona puede asustarse si se introduce rápidamente en algún aspecto problemático, sobre todo considerando que dicha velocidad dificulta el uso de distractores como los que utilizamos en un estado ordinario de conciencia durante la vida cotidiana. En este sentido, se indica que esta operación que surge como efecto de la sustancia puede ser utilizada en pos de objetivos terapéuticos.

⁷⁶ «(...) what you mention is one of the difficulties you can have with LSD, that you can be very accelerated in thinking or in this changes of situations, and I think the setting and my task it's just to slow down this a little bit, that the patient can stay in a more slower process and not to get in this fast mode where people then say: "Everything was artificial" or "I was alienated from that". And this [alienated from the process] happens specially when someone really dislikes music in the sense of, I say music is not there to pleased someone, is not that kind of pleasant music necessarily, but when music is too hard people get in an state in a way of dissociation, they really go away and then you have to pay attention because that should not happens. I mean, they can disliked it in the sense of: "Ah this music makes me in way anxious, or aggressive", or whatever, that's okay, but if there's a total disconnection from that, then I think should be possible to connect again, by body therapy for example, or this patient who was in despair and could not accept the touch, I mean I am sure, and after that he was sure also that it would that help him to reconnect and to have contact, but he was not able to accept, and he stayed in this state of being far away from himself basically».

⁷⁷ «So first is the physical symptom [related to resistances], and then if you insist on this in this altered state of consciousness, the thing that is bothering them usually comes up quite quickly, they don't have to wait hours, and days, and months, as usually who are resisting like in traditional therapy. Everything is accelerated under the influence of MDMA; these processes go faster».

«(...) entonces se debe haber metido en algo y se asustó, se metió en algo más intensamente que lo usual. Habitualmente si uno le tiene miedo a alguna vivencia, prende la tele, o qué sé yo, o se distrae de alguna manera, pero en este caso, claro, como que te sumerges mucho más fácil, no te das ni cuenta y ya estás sumergido»(E3).

Se señala que la aceleración del proceso terapéutico a través del uso de estas sustancias no es sinónimo de un cambio en los objetivos y logros de dicho proceso. En este sentido, los terapeutas indican que el uso de estas drogas puede mantener intactas las metas terapéuticas, ya que éstas se pueden alcanzar sin necesidad de usar LSD, MDMA o psilocibina.

«Pero creo que realmente la única diferencia que la droga hace es acelerar las cosas. Puedes llegar al mismo lugar sin las drogas, sólo abre posibilidades»⁷⁸(E4).

Se señala que la relevancia de esta operación de aceleración radica en que al ser la psicoterapia clásica un largo proceso hablado, puede significar que no le sirva a algunos pacientes. Los entrevistados indican que algunos pacientes se pueden acostumbrar a ello, transformando al terapeuta en un acompañante para el diálogo o en un amigo, por lo que bajo esas circunstancias la terapia deja de operar como tal.

«Una terapia hablada es típicamente un proceso largo y mucha terapia hablada no ayuda necesariamente mucho más. La gente se acostumbra a ir a ver a su terapeuta, ellos lo pueden traspasar o degenerar en que sea más bien un compañero para el diálogo, ellos pueden sentir que su terapeuta es su amigo, eso no es útil. Eso ya no es terapia, es algo... es como si fuera terapia o pseudo terapia. Así que ésta [psicoterapia asistida con drogas] es una manera de realmente acelerar el crecimiento personal y la sanación para algunas personas»⁷⁹(E1).

3.2.2.3. Intensificación del estado psíquico-físico

Se menciona en las entrevistas una intensificación tanto en un plano psíquico como físico, la que adquiere la forma de una toma de conciencia respecto de diversos elementos que le están sucediendo al sujeto. Se indica que puesto que la persona asiste a una psicoterapia con el objetivo de abordar y sanar diferentes temáticas, se comprende que la toma de conciencia emerja relacionada con estos intereses propiciados tanto por los deseos del sujeto como por el contexto.

Se señala que estas sustancias intensifican aquellos aspectos asociados a las motivaciones que tienen los sujetos para llevar a cabo un proceso psicoterapéutico. En este sentido, pueden intensificar ciertas preguntas y sentimientos ligados al estado de salud en que se encuentren.

También se indica que se intensifica la capacidad de recordar eventos olvidados, y de asociar o conectar elementos que con anterioridad a la experiencia el

⁷⁸ «But I think really the only difference the drug make is speed things up. You can get to the same place without the drugs, just opens up possibilities».

⁷⁹ «A talk therapy typically is a long process and a lot of talk therapy is not necessarily that much more helpful. People get accustom to going to see their therapist, they can devolve or degenerate into being more of a companion to dialogue, they feel like their therapist is their friend, it's not useful. Or it's not therapy anymore, is something... it's therapy-like or pseudo therapy. So this [drug-assisted psychotherapy] is a way of really accelerating personal growth and healing, for some people».

sujeto no había vinculado. Además, se incrementa el pensamiento intuitivo, lo que posibilita la emergencia de nuevas ocurrencias o asociaciones. Se señala en las entrevistas que estas operaciones vehiculizan la aparición de elementos del inconsciente, lo que genera la sensación de que éste se revela por sí mismo, sin necesidad de una intervención por parte del terapeuta y sin mucho esfuerzo por parte del paciente.

Los terapeutas indican que los elementos que emergen durante las experiencias con estas sustancias requieren de un ejercicio de interpretación, labor que también se ve incrementada por efecto de estas drogas.

Señalan que el incremento de todos estos aspectos permite considerar a estas sustancias como si fueran un terapeuta psicodinámico que le ayuda al paciente con las asociaciones, con la vehiculización de elementos inconscientes y su interpretación.

«Entonces cuando tú sigues en una terapia normal, en un marco más psicoanalítico o psicodinámico, entonces tú quieres que por medio de tu intervención terapéutica se revele el inconsciente, tú quieres que lo que era inconsciente se vuelva consciente, esa es la meta para la psicoterapia dinámica. Y yo diría, en este marco es lo mismo con LSD, con la diferencia que mucho de lo que es inconsciente se revela por sí mismo. Entonces el paciente está en un estado donde está mucho más asociativo, donde es más intuitivo el pensamiento, se revela a él por sí mismo, y él dice: “De pronto yo estaba recordando mi niñez, yo estaba en un paisaje de niñez y vi esto y vi esto y esto”, y aparece sin la intervención verbal por parte del terapeuta. No sé de qué se trata, quiero decir que la mayoría de estas cosas pasan yo sin saber qué es lo que está pasando exactamente. Así que creo que el inconsciente se revela hasta cierto punto por sí mismo»⁸⁰(E2).

«Sí, eso es, sí. [LSD ayuda] A conectar, y también a interpretar, quiero decir en ese sentido la LSD es también un tipo de terapeuta psicodinámico, sólo para mostrar cosas y ayudar al paciente a conectarlas. No es sólo recordar, tú también tienes que interpretar»⁸¹(E2).

Además señalan que se intensifica el estado del sujeto a nivel físico, por lo que incrementa su conciencia corporal incluso respecto de aquellas sensaciones que no había notado o que no comprendía con anterioridad.

«Hay una paciente que tuvimos, ella era... no estaba en su cuerpo, por tantos años, y ella tenía esta experiencia de que la gente siempre pensaba que ella tenía anorexia, porque ella creía que era mucho más grande de lo que en realidad era, pero no era anorexia (...) Y durante la experiencia, cuando pudo sentir su cuerpo, lo que sintió fue que... ella pensaba que todo su trauma lo tenía en la parte de atrás, siempre había tenido problemas con la columna, siempre había tenido frío, siempre. Y lo que ella describía era que ella pensaba que su columna estaba en la mitad de su cuerpo, y que había otra mitad después de su columna, donde toda esta cosa negra, horrible... el trauma estaba allí, y era pesado. Entonces durante la experiencia se dio cuenta (...) de que su columna era el final de su espalda, y que no

⁸⁰ «So when you follow in normal therapy, a more psychoanalytical or psychodynamic framework, then you want, by your therapeutic intervention you want to reveal the unconscious, you want that what was unconscious become conscious, that's the goal for the dynamic psychotherapy. And I would say, in this framework it's the same with LSD, with the difference that much of that unconscious reveals by itself. So the patient is in a state where is more associative, where is more intuitive in thinking, and it reveals him by himself, and he said: "All of a sudden, I was just remember to my childhood, I was in a childhood scenery, I saw this and this and this", and it pop up without a verbal intervention from the therapist side. I don't know what's all about, I mean most of all these things happens without knowing me what's going on exactly. So I think that the unconscious revels to certainly extend by itself».

⁸¹ «Yes, that's it, yes. [LSD helps] To connect, and also to interpret, I mean in that sense LSD is also a kind of psychodynamic therapist, just to shows things and to help the patient to connect it. It's not only remembering, you have to interpreted also».

había nada después. Y para ella fue una cosa increíble, decía: “¡Solamente soy así! ¡Solamente soy así de grande!”, porque nunca había tenido esa experiencia, y fue la primera vez que ella sintió eso, sintió ese peso que se levantó de encima (...) ella fue abusada por su padrastro y él siempre llegaba a la cama de ella y se acostaba al lado de ella por detrás, entonces eso era lo que él hacía todos los días, por la mañana, se acostaba, la agarraba, la abrazaba, pero siempre era por detrás, entonces ella sentía ese peso de... todavía lo tenía a él ahí»(E6).

3.2.2.4. Imprevisibilidad de los contenidos que emergen

En las entrevistas se manifiesta que estas sustancias vuelven difícil la predicción de los contenidos que pueden surgir, ya sea que correspondan a imágenes, afectos, recuerdos, percepciones del cuerpo y del entorno, entre otras. Por esta razón los objetivos que se fijan para las sesiones pueden variar en cualquier momento, ya que pueden emerger contenidos diferentes a los conversados con anterioridad a la sesión con droga. Se señala que esto puede resultar inesperado tanto para el paciente como para el terapeuta, por lo que ambos deben estar abiertos a recibir e integrar lo que surja.

«Es muy difícil decir qué metas una sesión debe tener porque yo diría, la naturaleza de la experiencia de la LSD es que tiene algo inesperado, yo diría a los pacientes: “No hay garantía de que vas a tener un buen viaje, quizás va a ser muy difícil, no lo sabemos, no podemos decir eso, es de alguna manera impredecible»⁸²(E2).

Sin embargo, se indica que se debe confiar en que lo que va apareciendo en la sesión corresponde a aquello que debe surgir para ser trabajado. En este sentido, consideran que la sustancia opera guiando de cierta forma esa imprevisibilidad, otorgándole un cierto sentido y ordenamiento.

«Yo creo que una de las partes más importantes es confiar en la medicina, que lo que salga cuando está bajo los efectos de la medicina es lo que tiene que estar ahí, y que el paciente también confíe en eso, que podemos tener una cierta intención y de pronto, lo que trabajamos fue una cosa totalmente distinta»(E6).

Los terapeutas señalan que la imprevisibilidad de los contenidos que surgen puede también suceder en un plano corporal, lo que permite el trabajo con síntomas y aspectos del trauma que se albergan ahí.

«(...) la experiencia que tuvo después fue que sentía un dolor en el estómago, y nunca se había dado cuenta de que tenía un dolor en el estómago, ella decía: “¡Oh!, esto es un dolor en el estómago” (...) y no lo había sentido antes»(E6).

Además, indican que como parte de lo imprevisible se encuentra la posibilidad de que al sujeto no le ocurra nada con la sustancia.

«Mira, yo vi un par de veces a gente que no les pasó nada [con LSD] (...) y yo vi un par de casos, que no

⁸² «(...) it is very difficult to said what goals a session should have, because I would said, the nature of the LSD experience is that it has something unexpected, I would say to the patients: “There is not warranty that you have a good journey, maybe it would be very difficult, we don't know, we can not say that, is unpredictable in a way».

les pasaba nada simplemente, y me impresionó porque se supone que esto es una cosa que te pasa de todas maneras algo, y no necesariamente, o sea alguien se puede abanicar con este asunto»(E3).

3.2.2.5. Aumento de la producción de imaginería interna

Los terapeutas señalan que la LSD, psilocibina y MDMA pueden generar un aumento de la producción de imaginería interna del sujeto, otorgándole un contenido más variado que se puede presentar con mayor movimiento. Señalan que en un contexto psicoterapéutico esta imaginería se asocia a aquello concerniente a la terapia, por lo que operará como un contenido acorde a los fenómenos complejos que se abordan en el próximo ítem.

«(...) el término alucinógeno, eso es total y absolutamente falso, yo creo que las alucinaciones le vienen a gente que está delirante, o sea yo creo que se genera una enorme cantidad de imaginería interna [con LSD], eso sí, pero de ver burritos verdes, y ver como que se te deforman los estímulos exteriores, para nada»(E3).

Un ejemplo de estas operaciones de imaginería interna señalado en las entrevistas, es su emergencia asociada a las resistencias del sujeto, la que puede aparecer bajo la forma de una figura simbólica o una imagen. En este caso, la relevancia de identificar dichos elementos y situarlos asociados a las defensas de la persona, abren la puerta al inicio del proceso psicoterapéutico, ya que se toma conciencia de ellas a pesar de que su forma de aparición simbólica requiere de una cierta lectura.

«Ésta es la primera parte de la sanación y muy a menudo ésta [la defensa] surgirá con imágenes como una cerradura, un camino cerrado, o una puerta muy grande o una muralla. Algunas personas no tienen estas imágenes, pero ellas describirán el sentimiento»⁸³(E5).

Los entrevistados manifiestan que para que la imaginería interna pueda ser integrada a la experiencia, el paciente debe traducirla a palabras e interpretarla en un marco de sentido propio que sea acorde a su historia de vida. Indican que esto implica que la producción de imágenes y su significado van de la mano de la singularidad de cada sujeto.

«Por ejemplo tuvimos un paciente, él sufría de cáncer, murió medio año después, y él vino y tuvo una relación muy difícil con su padre, y su padre había muerto hacía 20 años yo creo. Él no había hablado sobre su padre antes, pero cuando tuvo su primera experiencia con LSD, él dijo que su cuerpo se expandió y que sintió como si volara hacia arriba y arriba hasta que llegó a un lugar que él llamó el cielo. Y en el cielo vió a su padre, y su padre no dijo nada, pero su padre le asintió con la cabeza. Ésta es la experiencia que él tuvo y al día siguiente estaba muy sorprendido porque él no había ido al cementerio a ver a su padre por, no lo sé, 15 años o más, entonces él realmente rompió con su padre, y sólo verlo nuevamente, y su papá estaba de alguna manera aceptándolo en esta escena, el padre estaba diciendo: "Sí" lo tocó mucho, pero también su padre estaba muerto y el paciente mismo iba a morir, entonces de alguna manera era también real pensar que él iba a encontrarse con su padre en poco tiempo. Quiero decir, depende de lo que tú creas, pero tú sabes lo que quiero decir, y él trabajó en esto, él estaba

⁸³ *«This is the first part of the healing, and very often it [defenses] will come up with images, like a lock, a path lock, or a very big door, or a wall. Some people don't have the images, but they will describe the feeling».*

sorprendido, no esperaba esta experiencia y trabajó en eso, y tuvo una suerte de alivio que lo hizo sentir más libre después que rompió con su padre, ya no era ira ni agresividad contra su padre, lo que, quiero decir, él tenía razones para eso, él no estaba equivocado pero de una manera él se abrió»⁸⁴(E2).

Señalan que en el plano corporal, la imaginación interna no sólo destaca por la complejidad y simbolismo de sus elementos visuales, sino que también por la cualidad sinestésica que acompaña su producción. Esto significa que en un mismo acto se puede vivenciar una determinada secuencia de imágenes internas acompañada de sensaciones físicas que no corresponden necesariamente a la percepción visual. Por esta razón la imaginación interna puede adquirir propiedades de otros sentidos.

«(...) interesantes experiencias sensoriales, marcadamente elaborados aspectos visuales, sinestesia donde podrían saborear el color verde, por ejemplo»⁸⁵(E1).

3.2.2.6. Facilitación de plantillas de rememoración

Los entrevistados señalan que es posible la configuración de una “plantilla” a partir de diversos elementos que le permitan al sujeto recordar distintos aspectos ligados a los momentos de la experiencia: el estado en que se encontraba, algún significado que emergió, o una nueva comprensión lograda sobre un tema o conflicto en particular. El material recopilado en las entrevistas da cuenta de que los elementos que permiten la configuración de estas plantillas pueden ser: las sustancias, la música, imágenes, sonidos, sensaciones físicas, imaginación interna, o algún ícono (animal, objeto, signo) que se utiliza con algún significado particular. Los terapeutas señalan que esta plantilla le permite al sujeto volver a recordar aquello que le sucedía o que descubrió durante la sesión con la droga, por lo que puede utilizarlo con posterioridad.

«(...) bueno, [la MDMA] puede darles un sentido, de que sus cuerpos están relajados, como nunca antes recuerdan haber estado, y si eso pasa, entonces tú puedes ojalá, quizás ponerles un poco de música que puede hacerles recordar esos sentimientos y entonces, quizás ellos pueden volver a eso. Yo creo que les hace sentir como si fueran suaves, esa energía suave y a veces ellos tienen una conexión espiritual o un animal o algo así que los devuelve a una conexión con un lugar mejor. Tú puedes recordarles eso, como un patrón al que ellos pueden volver»⁸⁶(E5).

⁸⁴ *«For example we had a patient, he suffers from cancer, he died half a year later, and he came and he had a very difficult relationship to his father, and his father was dead since twenty years I think. He was not talking about his father before, but when he has his first LSD experience, he said his body expanded, and he felt like flying up, and up, and up, until he came to a place he call it heaven. And in heaven he saw his father, and his father didn't say anything but his father nodded to him with the head. This was the experience he had, and the next day he was very surprise because he didn't go to the cemetery of his father for, I don't know, 15 years or so, so he really brake with his father, and just to see him again, and his father was in a way accepting him in this scene, the father was saying: "Yes", get touched him very much, but also his father was dead and the patient himself was going to died so, in a way was also real to think that he would meet his father in short time. I mean, depends on what you believed, but you know what I mean, and so he worked on that, he was surprised, he didn't expect this experience, and he worked on that, and had a kind of relief that he felt more free after that tore his father, it was no more anger and aggressivity against his father, which, I mean, he has reasons for that, he was not wrong but in a way he open up».*

⁸⁵ *«(...) interesting sensory experiences, dramatically elaborated visual aspects, synaesthesia where they might taste the colour green, for example».*

⁸⁶ *«(...) well, it [MDMA] make give it a sense, that their bodies being relax, like they could never*

«Y entonces ese darse cuenta para él es realmente poderoso, que en términos simples, es que él necesita ser quién es como ser humano único. Y él fue también inspirado a crear una escultura de esto para realmente llevarlo a una forma. Y entonces esta imagen [Minotauro], la cual inicialmente era absolutamente terrorífica, se convirtió de una manera muy práctica, útil para él. Entonces en su interacción cotidiana, esa imagen sería un recordatorio visceral de: “Yo necesito mantenerme en pie, este es quién soy, no necesito repetir los patrones del pasado, de tratar de ser amado y ser aceptado por mi padre alcohólico que es emocionalmente abusivo y negligente. Yo puedo ser quién soy y va a estar bien, yo voy a sobrevivir»⁸⁷(E1).

Los entrevistados indican que el cuerpo puede operar como una vía que permite volver a recordar lo aprendido durante la experiencia. Señalan que en personas con Trastorno de Estrés Postraumático se observa una tendencia a no querer recordar y a querer mantenerse alejadas de los sentimientos, por lo que se mantienen distantes de las sensaciones físicas, en la medida en que ellas pueden hacerles recordar situaciones traumáticas y los sentimientos que las acompañan. Indican que esto tiene como consecuencia que no sólo quieran mantenerse alejadas de sentimientos “negativos”, sino que también de los “positivos”, ya que “sentir” puede ser peligroso.

Los terapeutas señalan que durante la sesión con fármaco, el acto de volver a conectarse con sensaciones corporales y sentimientos asociados, es algo que los pacientes aprenden a reproducir una vez terminada la sesión, a través de la práctica de notar su propio cuerpo y sus sentimientos ligados.

En este sentido, indican que los pacientes aprenden a utilizar su corporalidad como una plantilla de rememoración: por una parte para recordar que pueden volver a conectarse con su cuerpo, transformándolo en una vía de descubrimiento de su estado actual; y por otra parte para volver a sentir lo que vivenciaron durante la sesión con droga. Señalan que ambos movimientos conllevan un aprendizaje basado en su experiencia con la sustancia.

«(...) y tú también les dices que deben practicar sentándose con ellos mismos y notando su cuerpo y poniendo atención a sus sentimientos, porque muchos con Estrés Postraumático no quieren sentir, ellos quieren alejarse de los sentimientos lo más que puedan, ellos quieren escapar de los sentimientos. Entonces tú tratas de introducir la idea de que ellos están también tratando de bloquear sentimientos de felicidad y alegría, si ellos no están sintiendo entonces no están viviendo la vida, entonces a menudo decimos: “Tómame 5 minutos o 10 minutos al día sólo para ver cómo te estás sintiendo y sólo siéntelo realmente, y después, si es demasiado, déjalo y vuelve a tus negocios o tu trabajo, y luego trata de hacer

remember, and if that happens, then you can hopefully, maybe give them some music that kind reminded that feelings and so maybe they can go back to that. I think its does makes them feel like they are soft, that soft energy and sometimes they have a spiritual connection or an animal or something like that will bring them some kind of connection to some better place. You can remind them on that, like a template that they can go back to».

⁸⁷ *«And so this realization for him is really powerful, that, in simple terms, that he needs to be who he is as a unique human being. And he was also inspired to create a sculpture of this to really bring that into form. And so that image [Minotaur], which initially was absolutely terrifying, became in a very practical way useful to him. So in his everyday interaction, then that image would be a visceral reminder of: “I need to stand my ground, this is who I am, I don’t need to repeat the patterns of the past, from trying to be loved and accepted by my alcoholic father who is emotionally abusive and neglectful. I can be who I am and it will be ok, I will survive».*

lo mismo al día siguiente y luego hablaremos acerca de esto cuando vengas.” Entonces esas cosas son una gran parte de todo esto, recordar lo que has aprendido»⁸⁸(E5).

3.2.3. Fenómenos

En el material de las entrevistas, se aprecian ciertos fenómenos posibilitados por la LSD, psilocibina y MDMA, los que se configuran a partir de la confluencia de los distintos tipos de operaciones abordadas anteriormente. Estos fenómenos se caracterizan por poseer una estructura de desarrollo de contenidos, articulada como una secuencia de distintos momentos que se encadenan configurando un inicio, un desarrollo y un desenlace. Si bien este despliegue cuenta con una cierta temporalidad, cabe señalar que ésta es muy distinta de la que acontece bajo un estado de conciencia ordinario.

A partir de la información entregada en las entrevistas, los fenómenos pueden aparecer bajo la forma de dos tipos de relatos, los que si bien aquí se identifican por separado, pueden converger en la experiencia. Éstos corresponden a la conexión del sujeto con su sombra y a los procesos de transformación.

Cabe mencionar que en coherencia con lo expresado por los entrevistados, los fenómenos pueden funcionar como microprocesos dentro del proceso psicoterapéutico, razón por la cuál pueden contener a las experiencias psicoterapéuticas. Además, su contenido específico dependerá de la singularidad de cada sujeto.

3.2.3.1. Conexión con la sombra del sujeto

Los terapeutas entrevistados enfatizan que las personas que llevarán a cabo sesiones psicoterapéuticas con estas sustancias saben que en determinado momento entrarán en contacto con aquello que más temen, puesto que esa es la razón por la que hacen la terapia. En este sentido, destacan que los pacientes no quieren escapar de ello, ni destruirlo, sino que quieren trabajarlo. Sin embargo al mismo tiempo saben que bajo los efectos de la sustancia este contacto con aquello que temen puede transformarse en un viaje muy difícil, ya que con anterioridad los terapeutas les explicaron los posibles efectos de estas drogas y su imprevisibilidad.

«(...) una parte de lo que ellos tienen que aceptar, es que si no han hablado del trauma durante la primera hora después de tomar la sustancia, nosotros lo vamos a hablar. Entonces nosotros lo mencionamos si ellos no lo han mencionado. Pero en ninguno de los estudios eso ha sido necesario. Entonces esto es lo que hemos venido a hacer, vamos a hablar del trauma, sí»(E6).

⁸⁸ *«(...) and you also telling them to practice just sitting with themselves and noticing their body and noticing their feelings, because so much with PTSD they don't want to feel, they want to move away from feelings as much as they can, they want to get away from feelings. So you try to get in the idea they are also trying to block feelings of happiness and joy, if they are not feeling they are not living life, so we often say: "Take 5 minutes or 10 minutes a day and just see how you are feeling, and just really feel it, and then if it is too much, put it away and go back to business or to your work, and then try the next day and then we will talk about it when you come in". So those things are a huge part of it, remembering what you learn».*

Se indica que los pacientes saben que una vez ingerida la sustancia no podrán escapar de ella. Lo saben con anterioridad, y aún así deciden acceder a esa experiencia que no tiene escape inmediato y que deberán atravesar durante las horas que sientan los efectos de la droga. Señalan que quizás es justamente por eso que decidieron acceder a esta experiencia, puesto que esta certeza de falta de escapatoria les puede dar seguridad, cerciorando un encuentro con aquello que más temen pero bajo condiciones diferentes a las ordinarias, como si de una visita hacia aquello temible se tratara. Indican que esto se vivencia como un viaje transitorio y de exploración, lo que posibilita que suelten sus temores y que se entreguen a la experiencia.

En este sentido, los terapeutas señalan que la falta de escapatoria puede implicar confianza en este encuentro, ya que los pacientes pueden ser testigos de la vivencia y al mismo tiempo pueden dejarse llevar por ella. Indican que el hecho de dejarse guiar por lo que vayan sintiendo puede ayudarlos a atravesar esta experiencia, incluso si de un encuentro con la muerte se tratara. Para explicarles este recorrido a los pacientes, los terapeutas utilizan como metáfora el trayecto de ida y de vuelta que hace un boomerang.

«Entonces no puedes escapar luego de haber ingerido una droga, está en tu sangre, no puedes dejar el establecimiento e irte a otro lugar, es aquí, así ya asumiendo que está acá, confía, deja ir, mantente abierto, sé el testigo de lo que estás experimentando, si te desarma, deja que te desarme, si te sientes como volviéndote loco, déjate volverte loco, si se siente como si te estuvieras muriendo, déjate morir»⁸⁹(E1).

«Y ellos realmente pueden explorar este otro espacio completamente, sabiendo que, nosotros usamos la analogía del boomerang, si tú has oído de un boomerang, entonces tú lo tiras y lo puedes tirar tan fuerte como quieras, un pequeño arco en ele, y al final el movimiento de ese boomerang lo traerá de vuelta justo a tu mano. Y entonces piensa en eso como una analogía de la experiencia, tú eres ese boomerang, tú puedes ir muy lejos, años luz afuera, tú volverás a quién tú eres en tu vida ordinaria, en tu historia y tu ego, con todo lo que tú has experimentado, así que deja ese boomerang ir tan lejos como tú puedas permitirle sin resistencia, sabiendo que al final tú vas a volver al momento presente, al final del día, seis horas después»⁹⁰(E1).

Los entrevistados señalan que lo que el paciente puede encontrar en este recorrido es lo que más teme de sí mismo, lo que algunos terapeutas denominan “la sombra” del sujeto, aquello que se intenta negar, reprimir o hacer a un lado.

«A veces aparece [el material sobre la sombra], a veces la gente dice: “Bueno, yo no te he hablado acerca de esto”, y después puede que te digan como tres días después de la sesión, o puede que te digan en la sesión, y algunas personas dicen: “No quiero tener esa parte enojada asesina de mí misma, quiero

⁸⁹ *«So you can't escape having a drug on board, it's in your bloodstream, you can't leave the facility and go somewhere else, it's here, so given that it's here, trust, let go, be open, be the witness to what you're experiencing, if it takes you apart, let it take you apart, if you feel like you're going crazy, let yourself go crazy, if it feels like you're dying, let yourself die».*

⁹⁰ *«And they can really explore this other space fully, knowing that, we use the boomerang analogy, if you have ever heard of a boomerang, so you throw it and you can throw it as hard as you can, a little arch-eh, and the movement of that boomerang will ultimately bring it back right into your hand. And so think of that as an analogy for the experience, you are that boomerang, you can go all the way out, light years out, you'll come back into who you are in your ordinary day, in your story and ego, with all that you've experienced, so let that boomerang to go as far out as you can allow it without resistance, knowing ultimately you are coming right back into the present moment, by the end of the day, six hours later».*

ser un ser espiritual". Entonces tú dices: "Bueno, todos tenemos esas partes, todos tenemos esa rabia, y esa energía primitiva, y podemos trabajar con eso, podemos trabajar con eso de forma segura»⁹¹(E5).

Los terapeutas señalan que debido a la dificultad de este encuentro -y puesto que es el objetivo por el cuál el sujeto acude a un contexto psicoterapéutico asistido por estas sustancias- es de vital relevancia que pueda sostener la excursión hacia aquellos ámbitos. Indican que esto implica que no sólo el paciente pueda conectarse con "su sombra", sino que también pueda entrar en ella, tener algún diálogo o vínculo que le permita vivir por completo la experiencia de introducirse en ella.

En este sentido, los terapeutas refieren destacarle al paciente que éste es el momento para tener esta experiencia, ya que el encuentro está ocurriendo, razón por la cuál más adelante puede utilizar tiempo para hablar de ello y comunicar lo acontecido, y no en ese momento.

«Durante la sesión, una cosa que yo incentivo a todos los voluntarios a hacer es a tener la experiencia. Tienes el resto de tu vida para hablar acerca de lo que está bien acerca de ella, pensar sobre ella, olvidarla, lo que elijas hacer, pero por favor ten la experiencia tal como es. A veces los voluntarios se sacarán el antifaz, se sacarán los audifonos y se sentarán, y querrán hablar al respecto. Eso está bien por unos minutos, pero yo continuamente invitaría a los voluntarios: "Ponte el antifaz de nuevo, ponte los audifonos de nuevo, vuelve a la experiencia, estamos acá contigo, ten la experiencia. Tú sabes, pon atención a lo que aparece, fue algo incómodo, un recuerdo, una imagen, un sentimiento, ok, vuelve a él y mira eso. Entra en interacción con eso. No sólo te sientes a hablarme acerca de filosofía o, tú sabes, la música, o algo que no es relevante realmente»⁹²(E1).

Los entrevistados señalan que la importancia de que la persona viva la experiencia en el momento en que se desarrolla la sesión con la droga, se explica también como parte de lo que significa realizar un proceso de psicoterapia, ya que éste consiste precisamente en "tener una experiencia", y no sólo en llevar a cabo procesos que se queden en un ámbito racional, o que sólo consistan en vivencias regresivas hacia lo traumático, o que no sean integrados en la vida cotidiana del sujeto.

«Toda la terapia se basa en la experiencia, la terapia no se trata de tener algún concepto y después actuar de otra forma, sino que es tener una experiencia profunda, un encuentro con alguien, consigo mismo o un encuentro con la parte de tu vida conflictiva, o lo que sea, ir en un profundo... Tú puedes decir como psicólogo: "En un estado regresivo que te toca", pero eso es sólo una parte, lo regresivo. Y después aparece esta experiencia y la reflexión para integrarla: "¿Qué significa para mi vida? ¿Cómo puedo integrar lo que he experienciado?", lo que puede ser bastante raro, o lo que sea, o sorprendente,

⁹¹ *«Sometimes is brought up [the shadow material], sometimes people would say: "Well, I haven't told you about this", and then they might tell you like three days after the session, or they might tell you in the session, and some people would say: "I don't want to have that angry killing part of myself, I want to be a spiritual being". So you say: "Well, we all have those parts, we all have that rage, and that primal energy, and we can work with that, we can work with that safely"».*

⁹² *«During the session one thing I encourage every volunteer to do is have the experience. You have the rest of your life to talk about what is right about it, think about it, forget it, whatever you choose to do, but please have the experience itself. Sometimes volunteer will take off the eye shade, take of the headphones and sit up, and want to talk about it. That is fine for a few minutes, but I would continually invite volunteers: "Put the eyes shade back on, put the headphones back on, go back in, we are here for you, have the experience. You know, notice what came up, was it something uncomfortable, a memory, an image, a feeling state, ok, go back into it and look at that. Enter into some interaction with it. Don't just sit up and talk to me about philosophy or, you know, the music, or something that isn't relevant, really».*

pero después hay que traducirlo en el día a día. Puedes hacer esta traducción cuando quieras, afuera de la sesión, pero la experiencia [con la droga] sólo puedes tenerla cuando la experiencia sucede, entonces no hay otro momento»⁹³(E2).

Los terapeutas indican que este encuentro con la sombra del sujeto también ocurre a nivel del cuerpo, ya que en el plano físico se ubican sus temores y malestares. Por esta razón, señalan que la persona puede explorar este plano para entrar en contacto con su sombra. En esta incursión, el paciente también debe sostener el encuentro, concentrándose en lo que su cuerpo le va mostrando y diciendo.

«Y es un trabajo bien somático, sobre lo que están sintiendo en el cuerpo, uno le puede decir: “¿Dónde lo sientes? Déjalo sentir más... ¿qué está pasando?”, y así dejar que la persona en realidad sienta lo que está sintiendo sin pararlo, sin decir: “Oh no, empieza a respirar profundo”, nada de eso, es: “Sigue, sigue, aquí estamos, no te va a pasar nada, explora esas cosas que nunca has explorado”, porque muchas veces ellos no confían en su cuerpo, en lo que les está diciendo»(E6).

Los entrevistados señalan que la toma de conciencia sobre aquellas partes del cuerpo que están ligadas a eventos traumáticos opera como una puerta de entrada hacia dicho suceso, puesto que el trauma también reside en el cuerpo. Señalan que personas con ciertos trastornos, como Estrés Postraumático, dejan de sentir su cuerpo o partes de él que se asocian a las vivencias del evento traumático, por lo que si se conectan con ellas corren el riesgo de reeditar dichas vivencias. En este sentido, indican que el hecho de traer la conciencia a estas partes permite iniciar un trabajo con dicho malestar y reconocer esas partes corporales como propias del sujeto.

«[Es importante trabajar con el cuerpo] Porque acarreamos tanto en el cuerpo, acarreamos tantos recuerdos en el cuerpo, y hay tanta energía que está atrapada. Y las personas que tienen Estrés Postraumático a veces no sienten su cuerpo, a veces la gente que ha tenido un abuso sexual no siente su cuerpo en absoluto, o no sienten partes de su cuerpo, como sus genitales, puede que no sientan eso, tú sabes. Entonces traer la atención a todo el ser, a tu corazón, a veces las personas simplemente no pueden sentir su corazón, no pueden abrir su corazón, entonces respirar hacia esa parte, es parte de nosotros, volverse más consciente de ello»⁹⁴(E5).

⁹³ *«The whole therapy is an experience base, therapy is not to have some concept and then to act in another way, but it is rather to have a deep experience, an encounter with someone, with himself or an encounter with your conflictual part in your life, or whatever, to go in a deep... You can say as a psychologist: “In a regressive state with it’s touches it” but it’s only partly it not the only reason regressive. And then to come up with this experience and to reflect into integrate: “What does it mean for my life? How can I integrate what I experienced?” Which maybe it’s quite weird or whatever or surprising, but then to translate it in everyday life. You can do this translation whenever you want off of the session, but the experience [on drug] you can have only just when the experience take place, so there’s no other time».*

⁹⁴ *«[It is important work with the body] Because we carry so much in the body, we carry so many memories in the body, and there’s so much energy that is trap. And people that have PTSD sometimes don’t feel their bodies, sometimes people who had sexual abuse don’t feel their body at all, or don’t feel parts of their body, like their genitals, they may not can even feel that, you know. So bringing the awareness to the whole being, and your heart, sometimes people just can’t feel their hearts, they can’t open their hearts, so breathing into that part, it’s part of us, becoming more aware of it».*

3.2.3.2. Procesos de transformación

Como parte de los fenómenos señalados en las entrevistas, los terapeutas indican una secuencia de acontecimientos que conllevan una transformación del sujeto, los que pueden desencadenar una muerte del ego y/o un encuentro con lo sagrado.

3.2.3.2.1. Muerte del ego

Los terapeutas señalan que aquello que podría dificultar la entrega a esta experiencia de encuentro con aquello que se teme es el ego, es decir, el sentido de uno mismo que sostenemos y que no nos permite pensarlos de forma diferente a lo que creemos que somos. Indican que este sentido de uno mismo y su carácter estático puede obstruir la vida de los sujetos, generando un movimiento de repetición, frustraciones y errores.

«Nuestro sentido del ego, lo que es esa narrativa en nuestra mente, imágenes, sentimientos, estados, historias, acerca de quiénes somos en relación a otros... tú puedes tener un ego que es muy... relativamente sano; tú puedes tener un ego que es realmente un obstáculo para las relaciones; si piensas en personas que tienen desórdenes de la personalidad, su ego entorpece su camino, una y otra vez, la falta de insight, proyectos planos, sentir que te lleva la experiencia, y a donde sea que vas, ahí estás. Por así decir, otro dicho Budista: “Pero entonces la gente va por la vida caprichosamente preguntándose por qué las mismas desilusiones, frustraciones y errores siguen pasando»⁹⁵(E1).

Señalan que para atravesar esta experiencia de encuentro con lo que se teme de uno mismo, hay que moverse más allá del ego. Este movimiento posibilita una conexión con ese aspecto, lo que tiene por objetivo entender qué tiene que enseñarnos. Dicho acercamiento puede ser de a poco, primero como testigos, luego con un diálogo, y finalmente entrando en este aspecto temido, hasta hacerse una unidad con él, o sea integrándolo.

«Eso es simplemente ego, ese es el sentido del ser al que nosotros nos aferramos y que pensamos que es todo lo que somos. Trascender eso, moverse más allá de eso (...) cuando una persona encuentra ese aspecto temido, tú lo puedes nutrir, tú lo puedes alcanzar, pregúntate qué tiene que enseñarte. Realmente no te va a destruir, realmente no te va a matar, pero tiene algo que enseñarte. Entonces sé el testigo, aprende de él, ten un dialogo con él. El próximo paso es entrar en él, no sólo tener la dualidad, sino mover esos aspectos separados desesperados en uno»⁹⁶(E1).

⁹⁵ «Our sense of ego, which is that narrative in our mind, images, feelings, states, stories, about who we are relative to others... you can have an ego that is very... relatively healthy; you can have an ego that is really an obstruction to relationships, if you think of people that have a personality disorder, they really get in their own way, over and over again, lack insight, project plain, feel the wear from experience, and wherever you go, there you are. So to speak, another Buddhist saying: “But then people go through life haphazardly wondering why the same disappointments, frustrations and failures keep happening».

⁹⁶ «That’s simply ego, that’s the sense of self that we hold on to and we think that’s all that we are. Transcend that, move beyond that (...) when a person encounters that feared aspect, you can nurture it, you can reach out to it, ask what it has to teach you. It’s not really going to destroy you, it’s not really going to kill you, but it has something to teach you. So be the witness, learn from it, have a dialogue with it. The next step is enter into it, don’t just have the duality, but moves those separate desperate aspects into one».

Los terapeutas señalan que la experiencia de trascendencia del ego puede tener diversas consecuencias. En términos generales éstas hacen referencia a una mayor conciencia de uno mismo, de la vida que se está llevando, de la relevancia del momento presente, así como también de las relaciones interpersonales y los sentidos asociados a la existencia que nos unen.

«Es como que en la sólo experiencia de trascender el ego, disolverlo, desintegrarlo, moverse más allá de él, cuando vuelves a tu conciencia experiencial ordinaria, un día después, una semana después, diez años después, tienes ese recuerdo de: “Sí, por un momento toda esa historia acerca de quién soy, y cómo estoy compitiendo con otras personas, cómo creo que soy más o menos que otras personas, por un momento yo he experimentado que todos somos sólo seres humanos, viviendo nuestras vidas como encontrando un sentido y significado, encontrando amor, evitando sufrimiento, sobreviviendo, y tenemos mucho más en común que... y creemos que somos tan diferentes pero no lo somos»⁹⁷ (E1).

Indican que la muerte del ego también implica un movimiento de trascendencia respecto de lo físico, de aquello que se cree que pertenece al propio cuerpo. Se vivencia un reconocimiento de saberse más que un cuerpo, de que la existencia no termina en los límites de lo físico. Enfatizan que la relevancia de este descubrimiento opere de forma terapéutica en personas que antes de la experiencia con la droga comprendían su existencia ceñida a los límites corporales, como es el caso de sujetos diagnosticados de cáncer terminal. Esto conlleva una relación distinta no sólo con la muerte, sino que también con la vida.

«Y también el sentido del ser, quiero decir, desde la tradición occidental es vital llegar al reconocimiento, experiencialmente, de que tú eres más que tu mente y tú eres más que tu cuerpo. Si la persona tiene un diagnóstico de cáncer y si no están conscientes de ser más que sus cuerpos, entonces es una tragedia total y una catástrofe que tengan cáncer y que puede que mueran por esto. Si tú sabes en un nivel profundo que tu cuerpo vendrá y se irá, que toda la historia de quién eres vendrá y se irá, tú puedes disfrutar la vida, puedes vivir la vida más completamente, incluso si te estás muriendo. Incluso si hay una guerra alrededor tuyo, tú tienes la habilidad dentro de ti para encontrar un sentido de gratitud, y experimentar completamente lo que está pasando. Es muy profundo, quiero decir algunos de los místicos, incluso en el momento de su ejecución, estaban agradecidos de sus vidas cuando iban a sus propias ejecuciones. Y esa es una posibilidad real en la vida, incluso ir al punto mismo de la muerte con un corazón y mente abierta, y un sentido de gratitud. Y qué manera más fabulosa de vivir la vida»⁹⁸ (E1).

⁹⁷ «It's like in the singular experience in transcending the ego, that dissolving, desintegrating, moving beyond it, when you come back into ordinary experiential awareness, a day later, a week later, a decade later, you have that memory of: "Yes, for a time that whole story about who I am, and how I'm competing with other people, how I think I'm more than or less than other people, for a time I've experience we are all just human beings, living our lives kind of, finding sense of meaning, find love, avoid suffering, survive, and we have so much more in common than... and we think we are so different but we are not».

⁹⁸ «And also the sense of being, I mean, from the eastern tradition is vital to come to a recognition, experientially, that you are more than your mind and you are more than your body. If people have a cancer diagnosis and they are not aware of been more than their bodies, then it's an utter tragedy and catastrophe that they have cancer and that they might die from it. If you know on a deep level that your body will come and go, that the whole story of who you are will come and go, you can enjoy life, you can live life much more fully, even if you are dying. Even if there is war around you, you have the ability within you to find a sense of gratitude, and fully experience whatever is happening. It's very powerful, I mean some of the mystics, even at the point of execution, where grateful for their lives when they were going to their own executions. And that is a real possibility in life, to even go to the very point of death with an open hearth and mind, and a sense of gratitude. And what a wonderful way to live life».

Los entrevistados señalan que estas experiencias pueden acarrear sentidos de compasión, tanto por uno como por los demás, los que pueden integrarse como sentidos ligados a una forma de vida. Indican que cuando el sujeto se da cuenta de que puede ser distinto, y que no equivale sólo a aquello que atañe a su ego o a su cuerpo, queda en libertad.

«Y entonces un sentido de autocompasión, pero también un sentido natural de compasión por otros, que se vuelve parte de la manera en que vamos por la vida. Y es real y potencialmente una manera maravillosa de ser, porque puede ser un dejar ir de esa tensión y esa agresión, y de ese sentido de constantemente necesitar competir, cuando todo ese proceso es sólo una historia en nuestra mente y somos más que eso. Y una vez que la gente se ha dado cuenta de que son más que eso, ellos no están amarrados a estar constantemente tratando de mantener y manifestar ese patrón egótico. Entonces es enormemente liberador»⁹⁹ (E1).

Es esta liberación del ego y sus patrones lo que puede ser ocasionado por la LSD, psilocibina y MDMA. Esto motiva a los terapeutas a incentivar una muerte del ego bajo estas experiencias psicoactivas, propiciando una transformación interna con consecuencias de por vida.

«Y creo que es una de las experiencias más útiles que pueden ser ocasionadas con psilocibina, entonces, y tantos otros alucinógenos, que es por lo que realmente incentivamos a la gente a permitir una experiencia de muerte del ego, ir realmente dentro de esas experiencias de forma completa, porque si son capaces de tener esa experiencia, entonces ellos pueden vivir de una manera más amplia y expansiva a lo largo de sus vidas. Muchas personas pasan por sus vidas hasta la muerte manteniendo una historia en particular acerca de quiénes son, y quiénes son las otras personas, y es increíblemente autolimitante. Genera una gran cantidad de sufrimiento. Y entonces ¿cómo ayudamos a la gente a sentirse más conectados con otros seres humanos? Algo de eso es realmente, a fin de cuentas, transformación interior»¹⁰⁰ (E1).

Por esta razón los entrevistados manifiestan que este tipo de sustancias son consideradas como catalizadoras de experiencias de transformación interna, las que deben llevarse a cabo bajo una guía y soporte terapéuticos adecuados. Además, indican que deben estar orientadas por la intención del sujeto de rendirse a la experiencia y de introducirse a ella con profundidad.

«¿Cómo ocasionas una transformación interior? Estos son catalizadores que ayudan a la persona a traer

⁹⁹ *«And so a sense of self-compassion, but also a natural sense of compassion for others, that becomes part of the way we go about in our lives. And it's really potentially a wonderful way of being, because it can be a letting go of that tension and that aggression, and that sense of constantly needing to compete, when that whole process is just a story in our mind and we are more than that. And once people realise that they are more than that, they are not bound to constantly trying to maintain and act out that egoic pattern. So it's enormously freeing».*

¹⁰⁰ *«And I think that is one of the most useful experiences that can be occasioned by psilocybin, so, and many other hallucinogens, which is why we really encourage people to allow an ego death experience, to really fully go into those experiences, because if they are able to have that experientially, then they can live in a much more broad and expansive way throughout the remainder of their lives. Many people go through their whole lives to the point of death holding on to a certain story about who they are, and who other people are, and it's incredibly self-limiting. It generates a great deal of suffering. And so how do we help people feel more connected with other human beings. Some of that is really, ultimately, inner transformation».*

eso, con mucha guía, con mucho apoyo. Y los voluntarios mismos teniendo una intención de: “Voy a soltar, me voy a rendir, voy a realmente tener esta experiencia y seré valiente incluso si tengo terror, y voy a estar bien, voy a confiar en los guías que están acá conmigo, ellos me van a mantener físicamente seguro, no me van a dañar de ninguna manera, y yo voy a ir tan profundo como pueda»¹⁰¹(E1).

3.2.3.2.2. Encuentro con lo sagrado

Los terapeutas indican que la muerte del ego posibilita una experiencia mística, que va más allá de lo transpersonal. El yo se disuelve en una trascendencia de categorías de tiempo y espacio, de vida y muerte. Las distinciones entre categorías se diluyen generando una unidad.

«Entonces, más allá de lo transpersonal está lo místico. Y ahí es cuando la idea del yo, toda la ilusión del ser se disuelve, y hay un sentido de unidad. Entonces hay un sentido de unidad con toda la vida, se siente un ánimo profundamente positivo, un sentido de trascendencia, moviéndose más allá de las categorías del tiempo y espacio, dónde estamos justo ahora, en la hora de ese momento, qué hay alrededor de nosotros, moviéndose más allá de todo»¹⁰²(E1).

3.3. La dimensión real de la experiencia

Se mencionan diversos ámbitos en los que se enfatiza la dimensión real de la experiencia con LSD, psilocibina y MDMA, los que se describen a continuación.

Los terapeutas indican que los acontecimientos que se vivencian bajo estas sustancias son reales en la medida en que lo que ahí sucede es algo que le ocurre al sujeto, al igual que lo que le ocurre en las sesiones de terapia clásica. Lo que en estas instancias la persona siente es algo que quedará como un registro consciente y/o inconsciente, como un acontecimiento de su vida que podrá recordar con posterioridad.

«(...) si tú sientes amor genuino por el otro bajo la droga [MDMA], entonces ese es amor genuino. Y entonces hay amistad. Lo que por supuesto también ocurre en la terapia ordinaria»¹⁰³(E4).

«Eso es real, eso no está inducido por la droga [lo que el paciente aprende a través de la transferencia]»¹⁰⁴(E4).

¹⁰¹ «How do you occasion inner transformation? These are catalysts to help bring that about for a person, with a lot of guidance, with a lot of support. And the volunteer themselves having an intension of: “I’m going to let go, I’m going to surrender, I’m going to really have this experience and be courageous even if I’m terrified, and I’m going to be ok, I’m going to trust the guides who are here with me, that they’ll keep me physically safe, that they are not going to hurt me in any way, and I’m going to go into as deeply as I can».

¹⁰² «So then, beyond the transpersonal is the mystical. And that is when the idea of self, the whole self-delusion dissolves and there is a sense of oneness. So there is a sense of oneness with all life, deeply felt positive mood, a sense of transcendence, moving beyond the categories of time and space, where we are right now, what time it is, what is around us, moving beyond that all together».

¹⁰³ «(...) if you feel genuine love for each other under the drug [MDMA], then that is genuine love. Then there is a friendship. Which of course also happens in regular therapy».

¹⁰⁴ «That’s real, that’s not drug induce [what patient learn through transference]».

Además, indican que mientras el sujeto transita por los efectos de la sustancia se puede conectar con algún evento traumático de su vida, con sentimientos que acontecieron durante el evento y que fueron reprimidos con posterioridad. Señalan que estos aspectos pueden emerger con la droga, lo que evidencia la cualidad real de aquello que acontece durante un estado modificado de conciencia y su singularidad ligada a la historia de vida del sujeto, puesto que la persona se conecta con algo real.

«Bueno, a veces es horrible; a veces ellos sienten cómo era en ese momento. Entonces nosotros decimos: “Sólo quédate ahí con esos sentimientos, tú necesitas sentir esos sentimientos, y quizás durante tu trauma fueron cortados de tus sentimientos, porque no era seguro sentirlos, tú tenías que protegerte a ti mismo y ser fuerte, no podías sentirlos, entonces ahora es tu oportunidad de sentirlo, con MDMA»¹⁰⁵(E5).

Mencionan que la cualidad de realidad de estas experiencias con drogas también se aprecia en que vehiculizan una activación de ciertos aspectos propios del sujeto que existían en él con anterioridad a la ingesta de estas sustancias, por lo que se comprende que su uso siempre tenga implicancias significativas y de sentido para aquel que las usa. Señalan que esta activación de su singularidad se explica debido a que la acción de estas drogas sobre el organismo es muy breve, por lo que aquello que activan debe ser algo que ya se encontraba en la persona, y no algo ajeno o externo a él. En este sentido, indican que los estados de conciencia que se catalizan ya están en los sujetos, y no son algo que sucede como producto de la sustancia.

«Entonces, no sé si hay tanta diferencia (...) en el efecto [de la MDMA, peyote, san pedro, LSD, hongos psilocibes]. Alguna vez yo hablé con Varela, el biólogo, sobre el efecto de la hiperventilación, y él que usaba marihuana, si no me equivoco creo que me lo dijo ahí también, él decía que en realidad estas sustancias desaparecen pronto del cerebro, el efecto sobre todo del ácido, como que produce un efecto y se va, entiendo que tú no lo detectas en la sangre después de un rato, y entonces él suponía que esto activaba algo que ya estaba, y yo creo que todas estas cosas producen algo parecido, algo que ya está»(E3).

«Bueno, que en el fondo, esto no es el efecto de una droga, lo que tú vivencias, que tú sientes amor universal, o qué sé yo, que de repente te sientes el ser más lindo de la tierra y que todos los demás también son lo mismo, me entiendes o qué la creación es lo más amorosa que hay, eso no es algo que te esté produciendo la droga, es algo que te suelta la droga, es como que abriera una puertecita»(E3).

De la información recopilada en las entrevistas se desprende que para apreciar la dimensión real de estas experiencias se vuelve fundamental no sólo entender el lugar que ocupan las drogas en estas terapias asistidas -abordando aquello que son y las diversas formas en que aparecen-, sino que también comprendiendo aquello que no son y cuándo no aparecen. En este sentido, la experiencia que emerge durante las sesiones con sustancia no corresponde exclusivamente a un “efecto de la droga”, sino que más bien da cuenta de algo que surge desde los sujetos, o sea algo que ya está en ellos. Por esta razón, los terapeutas les explican a los pacientes que cuentan con un aspecto sanador interno que actúa en conjunto con la sustancia, los que al operar al unísono les muestran aquello de sí mismos que hay que sanar.

¹⁰⁵ *«Well, sometimes it is horrible; sometimes they feel what it was at that time. So we say: “Just be with those feelings, you need to feel those feelings, and maybe during your trauma were cut of from your feelings, because it was unsafe to feel it, you had to protect yourself and be strong and you couldn’t feel then, so now is the chance to feel it, with MDMA».*

«A veces ellos experimentan en un flashback o en un recuerdo traumático y eso es tan real que no pueden creerlo, ellos están ahí mismo. Entonces le decimos a las personas que lo que sea que el MDMA traiga, no es sólo la droga, es su sanador interior. El sanador interior es muy importante (...) Tu sanador interior te trae las experiencias que tú necesitas tener para la sanación, entonces tú confías en este proceso del sanador interior y la medicina junta, la medicina es tu aliada, y los dos trabajan juntos»¹⁰⁶(E5).

También mencionan que se aprecia la cualidad real de estas experiencias en sus implicancias directas sobre la vida cotidiana del sujeto. En este sentido, indican que incluso aquellas vivencias místicas acontecidas durante las sesiones con droga cumplirán funciones relevantes para el día a día de la persona, permitiéndoles vivir de una forma más afectiva y con mayor significancia.

«Entonces la traducción puede ser, para algunos una experiencia muy mística, pero para otros va a ser una experiencia muy significativa, conectada, ancladora, extraordinaria, una experiencia que también les ayudará a vivir la vida mas afectivamente. Y eso es realmente importante. Hay mucho que se dice sobre las dimensiones místicas y trascendentales, son absolutamente importantes. Pero también estamos interesados en simplemente cómo una persona vive su vida. Cómo viven ellos su existencia en el día a día, las relaciones que tienen con otros y las decisiones que toman»¹⁰⁷(E1).

4. El set o el estado del sujeto

Durante las entrevistas se refiere una noción de sujeto compuesto por diversas partes que se ensamblan de maneras específicas, lo que le otorga su propia singularidad. A su vez, los entrevistados consideran que todas las personas cuentan con ciertos aspectos comunes, como son la esencia de sí mismo, ciertos aspectos críticos internos, una parte protectora, una suicida y otros de sanación interna.

Se indica que la singularidad de cada sujeto reside no sólo en los problemas que tiene, sino que también en lo que necesita como tratamiento, dentro de lo que se debe considerar la cantidad de sesiones con droga que puede requerir.

«Yo creo que una de las ideas que tenemos, es que tenemos diferentes partes de nosotros mismos, tenemos un yo, y luego tenemos estas diferentes partes o voces que quizás nos hablan, nuestra parte crítica interior o nuestro adolescente que no quiere ser empujado, o las diferentes partes del niño»¹⁰⁸(E5).

¹⁰⁶ «Sometimes they experience in a flashback or a traumatic memory and that would be so real, they can't believe it, they are just right there. So we tell people that whatever the MDMA brings up, it is not just the drug, it is their inner healer. Inner healer is very important (...) Your inner healer brings you the experiences you need to be with for healing, so to trust that process of the inner healer and the medicine together, the medicine is your ally and they two work together».

¹⁰⁷ «So the translation may be, for some a very mystical experience, but for some a very kind of meaningful, grounding, anchoring, extraordinary, experiences that help them live life more affectively as well. And that's really important. There is lot of talk about the mystical and transcendent dimensions, those are absolutely important. But we are also interested in just how does the person live their life. How do they live their ordinary day-to-day existence, the relationships they have with others, the choices they make».

¹⁰⁸ «I think one of the ideas we have, is that we have different parts of ourselves, we have a self, an then we have this different parts or voices that maybe talk to us, our inner critic or our adolescent who doesn't want to be push, or the different parts of the child».

La esencia de la persona es considerada como su parte más auténtica, la que cuenta con propiedades positivas, como son su curiosidad, capacidad de compasión y conexión. Indican que esta esencia es asistida y destacada por la sustancia, al mismo tiempo que otras partes del sujeto que se interponen a su emergencia serían disminuídas con ayuda de la droga.

«Creemos que el MDMA puede ayudar al yo, y el yo, si puedes pensar en el yo, que está siendo como cuidadoso y compasivo, y curioso, conectado, nosotros pensamos que ayudará al yo a estar más ahí, y también a absorber estas partes que se meten en el camino. Creo que otras personas han descrito eso también, la realización personal, la cualidad divina que tenemos, la esencia, la verdadera esencia, el yo auténtico que sale con el MDMA, donde tú no tienes que actuar o tú no tienes que ponerte una máscara, tú puedes ser quién realmente eres, para eso parece ayudar»¹⁰⁹(E5).

El aspecto sanador interno propio de cada sujeto se considera como una propiedad inherente a él, que posee un saber sobre cómo sanarse. Desde esta perspectiva el terapeuta operaría como un colaborador de este aspecto del sujeto, ayudando a despejar el camino de la cura para éste sea llevado a cabo por el propio paciente. En este sentido, los entrevistados señalan que no es el terapeuta el que realiza la cura, sino que es el paciente. Esto se les explica a los sujetos a partir de diversas metáforas para que así logren reconocerlas y confiar en sí mismos.

«Entonces cuando lo describimos [el sanador interior], mi marido era un doctor de la sala de emergencias, y entonces decíamos, que cuando él estaba en la sala de emergencias y alguien llegaba con un corte en el brazo, él puede remover obstáculos para sanar, si hay suciedad que él puede enjuagar con agua y quizás puede proveerle una inyección de antibióticos, pero el cuerpo tiene una manera inherente de conocimiento sobre cómo sanar. Y la piel se va a juntar nuevamente y se sanará sola, si le ayudamos removiendo los obstáculos. Y si luego a veces necesitas ayuda, necesitas más antibióticos o vendas o tú sabes, cualquier cosa, podemos proveer ese apoyo, pero el cuerpo tiene una manera innata de sanar. (...) Nosotros usamos eso, tratamos de describir eso para las personas en las sesiones cuando los conocemos antes de la MDMA, entonces la gente tiene esa idea, porque algunas personas piensan: “¿Sanador interno? Yo no tengo eso”, pero ellos piensan que eso se puede haber ido, su sanador interno. Entonces la gente generalmente descubre que el sanador interno está, lo saben ahora, y comienzan a confiar en él»¹¹⁰(E5).

Se indica que el trabajo psicoterapéutico que se intenta hacer con estas diversas partes del sujeto, es de integración. Por ejemplo, lo que se hace con la parte

¹⁰⁹ *«We think the MDMA may help the self, and the self, if you can think about the self that's being like caring, and compassionate, and curious, connected, we think that will help that self be more there, and also absorb these parts that get in the way. I think other people had described that too, the self realization, the god quality we had, the essence, the true essence, the authentic self that comes through with MDMA, where you don't have to act or you don't have to have a mask, you can be who you really are, it's seems to help that».*

¹¹⁰ *«So when we do described it [the inner healing], my husband was an Emergency Room Doctor, and so we say, that when he was in the Emergency Room and someone came in with a cut in their arm, he can removed obstacles to healing, like if it's dirt he can rise it out with water and maybe he can provide some antibiotic stab, but the body has an inherit way of knowing how to heal. And the skin will move back together and will heal on it's own, if we can help it removing the obstacles. And then sometimes you need help, you need more antibiotic or bandages or you know whatever, we can provide that as a support, but the body has that innate way of healing. (...) We used that, we try to describe that for people in the sessions when we meet them before the MDMA, so people have that idea, because sometimes people think: “Inner healer? I don't have that”, but they think that may gone away, their inner healer. So people usually discover what the inner healer is, you know now, and start to trust it».*

suicida del sujeto no es deshacerse de ella o eliminarla, sino que más bien el trabajo consiste en hacerse amigo de ella, para así poder conocerla y comprenderla. Del mismo modo, las partes que actúan como defensas, que fueron en algún momento protectoras del sujeto, se intentan integrar, sin deshacerse de ellas o eliminarlas.

Señalan que este trabajo se sustenta en el lugar de “testigo de sí mismo” que toma la persona, lo que opera como una base para el trabajo de integración de sus diversos aspectos. Esto le permite no llegar a actuar alguna de estas partes, así como también les permite entender las emociones que están vinculadas a cada aspecto de sí mismo.

«(...) lo agradable de trabajar con una parte de ti y el estado de testigo, es que ella puede mirar esas partes, con un testigo en vez de ser esa parte, en vez de guiar esa parte a tomar el control y en realidad suicidarse. Tú puedes ver que esa parte tiene sentimientos, que está desesperanzado, o puedes mirar la parte enojada, enojarte en algunas situaciones, pero no tienen que actuar. Si la gente entiende eso, esto de las partes, ellos pueden entender las emociones. Nosotros no queremos deshacernos de tu rabia, sólo queremos ayudarte con eso, y a veces necesitamos expresarla y trabajar con ella en la terapia, pero no queremos que tome el control de la vida real y la interrumpa, y te cause dolor y rabia adversa»¹¹¹(E5).

Además, enfatizan que el estado en que se encuentre el sujeto al momento de ingerir la sustancia puede dar cuenta de aquello que podría ocurrir bajo sus efectos, por lo que el set podría orientar respecto de los resultados del proceso psicoterapéutico, si bien al mismo tiempo estas drogas cuentan con una característica de impredecibilidad asociada. Además, indican que una propiedad intrínseca al set es su variabilidad, puesto que los estados del sujeto van cambiando en el tiempo. Esto implica que una misma sustancia puede generar efectos muy diferentes en una misma persona, si es utilizada en distintos momentos de su vida, lo que puede resultar impredecible para el sujeto hasta el momento en que vuelve a consumir la sustancia.

«(...) quizás a partir de un cierto momento a mí me pasó alguna vez que hace diez o doce años que tomé ácido, como que no me pasó gran cosa, lo que sí me pasó que estuve todo el día sintiendo el presente, eso sí, pero y por eso te digo que puede ser una cosa mía, porque antes me caía un insight y me caía otro, y otro, y otro, y me caían como tejas, sensaciones, y esa vez no fue gran cosa, solamente que estaba más en el presente, eso sí. Entonces quizás ya no es el tiempo de las grandes caídas de tejas, sino que simplemente de estar más aquí, o sea para mí, es mi proceso»(E3).

4.1. Las resistencias

En las entrevistas se señala que en los años 60 y 70, se pensaba que estas sustancias podían romper totalmente las resistencias, operando de forma invasiva sobre el sujeto, lo que muchas veces se consideraba como una crítica hacia su uso en psicoterapia. En la actualidad, los entrevistados piensan que no es éste el trabajo que realizan sobre las resistencias, sino que más bien su labor consiste en mostrarlas, en

¹¹¹ *«(...) the nice thing about working with a part of you and the witness state, is that she can watch those parts, with a witness instead of being that part, instead of leading that part taking over and actually commit suicide. You can watch that part have the feelings that is hopeless, or you can watch the angry part, get mad in certain situations, but they don't have to act. If people can understand that, the part thing, they can understand emotions. We don't want to get rid of your anger, we just want to help you with that, and sometimes we need to expressed it and work with it on the therapy, but we don't want it to take over on real life and interrupt it, and cause you pain and angry adverse».*

hacerlas conscientes para la persona, para que luego pueda lidiar con ellas y procesarlas. En este sentido, se considera que una vez que son comprendidas sus funciones, el sujeto puede soltarlas; por lo que parte del proceso terapéutico consiste en darse cuenta de las resistencias, haciéndolas conscientes.

«Con anterioridad, especialmente en los 60's y 70's, la teoría era que la LSD ayudaba a romper la resistencia del paciente, quiero decir, que sólo la echaba abajo como una pared y después el paciente podía mirar detrás de la pared, lo que luego también fue una crítica para la LSD: "Es demasiado fuerte, demasiado invasiva". Y ahora podría decir que la miramos más, que la LSD podría ayudar a descubrir la resistencia, también para que el paciente vea qué mecanismos están dentro de él que lo hacen resistente a esto, a eso y en esta situación, y sólo a lidiar con eso. Entonces no es nuestra meta decir: "Ésta es la bómbara atómica psicológica que sólo desnuda a la gente, y después podemos mirar a la verdad desnuda", ya no es así. Es más procesar, procesar también las resistencias, y quiero decir que ellas están en todas partes, y cuando podemos entenderlo, cuando podemos entender su función, quizás podemos dejarla ir, por ejemplo, la ansiedad de esto y esto, y luego mirar lo que hay detrás de la ansiedad o detrás de la rabia, de la agresión y así aprender en un proceso»¹¹²(E2).

Indican que puede ocurrir con estas sustancias que las resistencias disminuyan o se intensifiquen. En caso que disminuyan con MDMA, esto se explica debido a su funcionamiento sobre la amígdala, lo que genera una disminución del miedo. Ello sumado a sus efectos sobre el hipocampo y la corteza prefrontal, permite llevar a cabo una mayor integración, ordenamiento y sentido respecto de lo que se está trabajando en terapia.

Además, señalan que el hecho de que con estas sustancias las personas puedan sostener un mayor contacto consigo mismas explica la disminución de las resistencias.

«(...) yo creo que las defensas disminuyen [al ingerir MDMA] porque la amígdala está desactivada, con bajo funcionamiento. Entonces el miedo es mucho más manejable, el miedo es algo que yo estoy viendo, pero que yo sé que no me va a consumir. Entonces como tengo esa puerta abierta, porque el miedo es el que generalmente no deja continuar, pero tengo esa puerta abierta: "Tengo miedo, pero sé que puedo". Entonces si las defensas no están ahí, uno puede entrar a sitios donde no había entrado antes, porque el miedo está menos, pero también el hipocampo está más activado y también la corteza prefrontal, entonces hay más manera de poder integrar las cosas, de la manera en que tienen más sentido. Como que permite instalar un principio, un medio y un fin, o sea, diferenciar algo que pasó en el pasado y que es distinto de lo que pasó ahora»(E6).

«(...) definitivamente hay menos resistencia [con MDMA]. Ellos están más en contacto con ellos mismos, son más compasivos con ellos mismos y esto reduce la resistencia. Ésta es una de las características del estado en MDMA, que la gente no está tan a la defensiva»¹¹³(E7).

¹¹² *«In earlier times, specially in the 60's and 70's, the theory was LSD help breaking down the resistant of the patient, I mean it just breaks downs like a wall and then the patient can look behind the wall, which was then also a critics for LSD: "It's too strong, it's too invasive". And now I would say we look it more, that LSD could help to discover the resistance, also for the patient to look what mechanisms are within him that make him resistant to this, and this, and this situation, and just to deal with it. So it is not a goal that we say: "This is the psychological atomic bomb that makes just the person naked, and then he can look at the naked truth", it's no more that. Is more processing, processing also the resistances, and I mean they are everywhere, and when he can understand it, when he can understand the function of it, maybe he can let it go, for example the anxiety of this and this, and then look what's behind the anxiety, or what's behind the rage, or the aggression, and so learning in a process».*

¹¹³ *«(...) there's definitely less resistance [with MDMA]. They are more in contact with themselves, they are more compassionate with themselves and this reduces resistance. This is one of the main features of the MDMA state, that people are not so defensive».*

Esta disminución de las defensas se explica también en términos de un aumento de la “ventana de tolerancia” que tienen las personas que presentan Estrés Postraumático respecto de los temas que les son difíciles de enfrentar. Esta ventana se relaciona de forma directa con la posibilidad de trabajar dichas temáticas, ya que si es muy corta, la tolerancia del sujeto respecto de la ansiedad y el miedo será muy baja. En este sentido, indican que una ventana muy corta implicará que la mayor parte del tiempo de la sesión se utilizará en calmar al sujeto y en procesar sólo ese aspecto que apareció bajo el miedo. De esta manera, señalan que el uso de sustancias que aumentan dicha ventana capacitará más al sujeto para trabajar con su trauma.

«(...) “ventana de tolerancia”, que es... cuando una persona tiene Estrés Postraumático y trabaja en psicoterapia pero sin sustancias, esa ventana es muy corta, porque es: “Si yo toco el tema, me voy a disociar, o me voy a sentir hiperactivada, o sea me voy a sentir súper ansiosa”, y cuando se llega a esos extremos, pues no se puede trabajar. Entonces la terapeuta tiene que tratar de regresar a la persona, tratar de compensar, tratar de darle recursos y decirle que está bien... Y eso demora muchísimo tiempo, porque si uno tiene una sesión de 50 minutos o de 1 hora, tal vez toco el tema 5 minutos y el resto del tiempo consiste en tratar de procesar esa parte que: “Solamente lo toqué, y me dio un miedo... Y regreso”. Entonces esa ventana de tolerancia es muy corta, pero con esa sustancia [MDMA], esa ventana es mucho más grande, mucho más grande, y la persona no se va a disociar, y si lo hace es por un muy corto tiempo, y tampoco se va a sentir tan ansiosa como para no poder trabajar, pero también está sintiendo, no para de sentir, entonces tiene toda la capacidad que se necesita para trabajar el trauma»(E6).

Los terapeutas enfatizan que las sustancias van orientando los caminos que va tomando la terapia, por lo que la persona debe confiar en que lo que aparece durante la sesión es lo más adecuado para trabajar. En caso que se presenten resistencias, se considera que éstas pueden ser conscientes para el sujeto, o inconscientes en caso que no las haya notado como tal. Respecto de estas segundas, el terapeuta puede ayudar a la persona a darse cuenta de lo que le ocurre, a través de intervenciones verbales.

«Entonces es primero confiar en la medicina, y que si llega un momento en que la persona dice: “Mmm, no, esto es demasiado”, la resistencia es distinta, porque la resistencia es consciente, es como decir: “No, no, yo no quiero ir ahí”»(E6).

Indican que las resistencias pueden aparecer bajo diversas formas, como puede ser un tema que resulta difícil abordar, o ciertas imágenes o sentimientos que las representan. Cuando ello sucede, lo que aparece se debe trabajar; lo que implica un tiempo de la terapia para conectarse con ello y su dificultad. Señalan que en caso que el sujeto ya haya hablado ese tema y se haya arrepentido de ello, esto es también lo que se debe trabajar. En ambas situaciones se considera que no se debe apurar a la persona para abordar sus problemáticas de inmediato, puesto que en esos momentos la terapia se trata justamente de abordar la dificultad que conlleva hablar estas temáticas.

«(...) y entonces si están diciendo algo así como: “Bueno, hay algo que creo que me gustaría decirte, pero no estoy tan seguro”, entonces decimos: “Bueno, vamos a tomarnos un tiempo, tú sabes, no tienes que decidir ahora mismo. Por qué no llevas eso a tu interior, respira en él, sólo ve lo que tu sanador interno piensa, y ve si la medicina [MDMA] puede ayudarte a saber si es bueno sacarlo afuera.” Y luego si ellos han dicho algo, entonces al día siguiente se sienten arrepentidos, y se castigan al respecto, y dicen: “No debería haberles dicho”, luego sólo trabajamos con eso. Tú sabes, decimos: “Bueno, esos pensamientos

estaban obligados a salir, está en realidad bien que nos hayas dicho, nosotros lo vamos a mantener a salvo, nosotros vamos a trabajar con la voz interior que estás teniendo que te está diciéndolo eso”, porque muy a menudo alguien les ha dicho: “No lo digas”, entonces tú trabajas con todo eso»¹¹⁴(E5).

Indican que en caso que la resistencia aparezca bajo la forma de imágenes o sentimientos, también el sujeto debe empezar a tomar conciencia aquello que representan.

«Entonces es parte de traerlo a la conciencia [imágenes o sentimientos] y entonces empezar a notarlas [a las defensas]»¹¹⁵(E5).

Los terapeutas señalan que otra manera de observar las resistencias es en relación con la forma de comunicación de la vivencia del paciente, la que en algunos casos tenderá a ser silenciosa y en otros un exceso de habla; lo que se compara con la forma de comunicación característica del sujeto bajo estados de conciencia ordinaria. Las resistencias pueden tomar ambas maneras, según cada persona, y en todos los casos se intenta que se vuelva consciente de ellas y que se movilice respecto de lo estático que ellas conllevan.

«Si son personas que nos hemos dado cuenta que son más bien callados, que no les gusta hablar, que son más introvertidos, entonces no los dejamos ahí tanto tiempo [durante la experiencia con la sustancia], pero si son personas que tienden a hablar mucho, y que esa es parte de su defensa, entonces hacemos que usen ese tiempo un poquito más, y que se queden ahí más tiempo, pero chequeamos con ellos cómo van»(E6).

Las resistencias también pueden aparecer bajo la forma de una dificultad de “rendirse” a la experiencia con la sustancia, lo que puede ser magnificado por efecto de la droga. Los entrevistados indican que esto puede implicar que la persona se mantenga aferrada a esa resistencia durante el transcurso de toda la sesión, o que incluso comience a hacerles ciertas atribuciones a los terapeutas que estén sustentadas en dicha resistencia. En caso que algo así ocurra, esto también debe ser abordado y conversado entre el paciente y el terapeuta.

A pesar de que el paciente pase toda la sesión sumergido en una resistencia, atribuyéndole características al terapeuta o generando ideas irreales en su mente, de todas formas esto le permitirá aprender ciertas cosas. Sin embargo, lo ideal es que pueda sumergirse en su resistencia sólo durante un tiempo de la sesión y no en toda su extensión, de tal manera que pueda verla y luego salir de ella, para así poder enfrentar otros aspectos que también son parte de su trabajo psicoterapéutico. De

¹¹⁴ *«(...) and then if they are like saying: “Well, there's something I think I might want to tell you, but I'm not sure”, then we said: “Well, let's take it some time, you know, you don't have to decide right now. Why don't you take that inside and breathe into it, just see what your inner healer thinks, and see if the medicine [MDMA] can help you with knowing whether is good to bring it up”. And then if they have said something, and told them something, then in the next day they have regrets, and they are beating themselves about it, and they say: “I shouldn't tell them”, then we just work with that. You know, we say: “Well, those thoughts are bound to come up, it is really actually ok that you told us, we are going to keep it safe, we are going to work with that, we are going to work with the inner voice that you are having that its telling you”, because very often someone has told them: “Not to tell”, so you work with all that».*

¹¹⁵ *«So it is part of bringing into the awareness [images or feelings] and then starting to notice it [defences]».*

esta forma, indican que la sesión con droga puede ser mejor aprovechada, al no quedarse la persona sólo en un aspecto.

«(...) no queremos que una persona se quede atascada, porque el ejemplo de la mujer que se quedó atascada, ella pasó todo el día recreando en su propia mente esta narrativa de la trágica muerte de su esposo y los guías mintiéndole para protegerla de ponerse triste, y luego el efecto de la droga disminuye, se metaboliza la droga, el máximo de niveles de la droga cae, llega el final del día, su marido está acá para recogerla, son las 5 de la tarde, todo está bien. Bueno, un día después, un año después, ¿qué puede ella tomar de esto? Ella puede saber que un pensamiento puede tomar vida por sí mismo en su mente, y que ella puede realmente apreciar cómo es ser paranoico. Quiero decir tener esta convicción delirante de que la gente que está ahí para proveer apoyo y guía son realmente malvados, que tienen realmente otras maquinaciones e intenciones. (...) Así que sí, esa experiencia retrospectivamente puede ser valorada y se puede aprender de ella. Sin embargo, yo hubiera preferido, si yo hubiera sido su guía, verbalizar eso con ella, hacer que ella lo suelte, y luego ir más lejos. Entonces eso podrían haber sido 25 minutos de toda su experiencia, podría haber aprendido eso, pero luego superarla, que no pasara todo el día atascada en ese mismo disco roto de una narrativa realmente agitante»¹¹⁶(E1).

Con independencia de la forma que toman sus resistencias, lo importante es que la persona sepa que el primer paso es identificarlas, y que luego puede mencionarlas al terapeuta para abordarlas, aunque ello no implica que deba entrar de inmediato en ese tema. Indican que le explican al paciente que esa dificultad está ahí por alguna razón, porque cumple alguna función y lo protege de algo; y es justamente eso lo primero que se puede indagar. En este movimiento, señalan que la confianza en que esa dificultad volverá a aparecer durante la terapia le permite al paciente iniciar y desarrollar con tranquilidad el proceso que implica abordarlo.

«Les decimos en las primeras tres sesiones, cuando nos estamos conociendo y los estamos preparando, les decimos que no queremos empujar más allá de las murallas, si ellos notan un bloque de ladrillos, no queremos empujar hasta traspasarlo. Sólo queremos ser curiosos respecto de las murallas de ladrillos. Bueno, primero estar conscientes de ella, y luego, segundo, si ellos nos pueden decir que tienen una muralla de ladrillos y/o una puerta, y que no quieren atravesarla, entonces hablamos de la puerta o de la muralla, y decimos: “Sólo sé curioso acerca de esta muralla. ¿Para qué está ahí? ¿Y como está protegiéndote? ¿Y de qué tienes miedo detrás de la muralla? No tenemos que atravesarla hoy día, es un trabajo en progreso, tenemos otras sesiones más adelante, tenemos el trabajo de integración, y esto es parte de un gran proceso de cura, no es sólo hoy, sino que es todo el estudio que estamos haciendo, entonces tenemos hartos tiempos”. Entonces generalmente sólo respecto de eso, la gente te podría decir: “Yo sé que hay algo de lo que quiero hablar, pero no estoy listo.” Y entonces honramos eso, y decimos: “¿Te gustaría mira los hechos que tienes? O ¿te gustaría mirar, quiero decir mañana o en algún otro momento, quizás eso vuelva a aparecer? Yo creo que confiar en que eso volverá es parte de eso»¹¹⁷(E5).

¹¹⁶ «(...) we don't want a person to get stuck, because the example of the woman who got stuck, she spent the whole day recreating in her own mind this narrative of her husband's tragic death and the guides lying to her to protect her from becoming upset, and then the drug effect diminishes, she is metabolizing the drug, the peak drug levels drop off, it comes to the end of the day, your husband is here to pick you up, it's five o'clock, all is well. Well, a day later, a year later, what can she take from that? She can take from that that a thought can take on a life of its own in her mind and that she can really appreciate what is like to be paranoid. I mean to have this delusional conviction that the people who are there to provide support and guidance are really malevolent, they really have other machinations and intentions. (...) So yes, that experience retrospectively can be valued and learned from. However, my preference would have been, if I had been her guide, to verbalise that with her, to get her to let go of that, and then move further. So maybe that could have been 25 minutes of her experience, she learns that, but then let's go over, she doesn't spend the whole day stuck in the same broken record of really agitating narrative».

¹¹⁷ «We tell them in the first three session, when we are meeting and preparing them, we tell them we

Los entrevistados señalan que en caso que la persona no logre identificar una resistencia o no logre mencionarla, el terapeuta puede señalársela, mostrándole aquello que está evitando, de tal forma que el paciente pueda hacerse consciente de ese movimiento que está llevando a cabo. Esto tampoco implica que el terapeuta tenga que ingresar en lo que la persona está evitando, puesto que en muchas ocasiones es el mismo paciente el que inicia ese movimiento luego de darse cuenta de su resistencia. Otras veces ni siquiera es necesario indicarle al sujeto aquello que está evitando, ya que lo que ocurre durante las sesiones es justamente aquello que la persona necesita sanar.

«(...) si yo noto que hay mucha energía en algo, como que la persona por ejemplo hizo un comentario sobre su hermano, y su hermano nunca había salido en su intención y en lo que quería hablar, pero estaba ahí como algo, como una energía. Y si yo pregunto: "Tú hablaste de tu hermano hace rato, y me parece que hay mucha energía ahí", y la persona puede decir: "No, yo no quiero hablar de mi hermano", entonces yo sé que ahí hay algo, pero tal vez la persona no quiere en ese momento, y lo dejo... y lo noto, y tal vez la próxima vez o durante una integración empiezo a mencionarlo, y lo digo de esa manera, digo: "Yo sentí que había mucha energía en esto, y quiero preguntarte sobre eso", y muchas veces sale»(E6).

En el material de las entrevistas se aprecia que este cuidado que se tiene respecto de un rápido levantamiento de defensas o de un abordaje inmediato y profundo incitado por el terapeuta, es un aspecto relevante de considerar, puesto que cada persona tendrá sus tiempos para ello. Los entrevistados indican que las resistencias están ahí por alguna razón, por lo que trabajarlas implica también saber cuándo es apropiado introducirse en ellas; así como también el terapeuta debe saber cuándo debe facilitarle al sujeto una toma de conciencia sobre ellas sin que esto implique un levantamiento de defensas que conlleve ciertos daños para la persona.

«Supongo que eso es el material de la sombra, tú sabes, si vas a evitar mirar algo, y el trabajo con la sombra puede tomar largo tiempo, así que probablemente parte del trabajo es saber cuándo es apropiado meterse dentro del tema de la sombra, saber que está realmente en medio del camino, y cómo puedes facilitar ese trabajo de una forma que no sea excesiva. Y como tú decías, lo defensivo, a veces la gente se mete en problemas si bajan las defensas y puede que se vayan a casa y empiecen a tomar, puede que empiecen a hacer cosas peligrosas porque su defensividad está más baja, entonces tú quieres ser cuidadoso, supongo que tú estas mirando cómo ellos se están defendiendo»¹¹⁸(E5).

don't want to push pass the walls, if they notices a brick block we don't want to push pass it. We just want to be curious about brick walls. Well, first be aware of it, and then, second if they can tell us that they have a brick wall and/or a door, and they don't want to go through it, then we talk about the door or the brick wall, and we said: "Just be curious about that wall. What is it there for? And how is it protecting you? And what are you afraid of behind the wall? We don't have to push pass it today, is a work in progress, we have other sessions, we have integrations, and this is part of a big healing process, is not just today, but it is the whole study that we are doing, so we have plenty of time". So usually just in that, people would sometimes tell you: "I know there's something I want to talk about, but I'm not ready". And so we honour that, and we said: "Would you like to look at the facts that you have? Or you would like to see, I mean tomorrow or some other time, maybe that would come back". I think trusting that it will be come back, is also part of that».

¹¹⁸ *«I guess that's the shadow material, you know, if you're going avoid to looking at, and the shadow work can take a long time, so that's probably part of when is appropriate to get right into the shadow stuff, that's really in the way, and how can you facilitate that without not being too much. And like you were saying, the defensiveness, sometimes people can get into troubles if they lower down and might go home and start drinking, might start doing dangerous things because defensiveness being down, so you*

Indican que se debe ir comprendiendo la función protectora que han desempeñado sus resistencias en relación con ciertos temas, lo que desde la perspectiva de considerar a la persona como una composición de diversos aspectos, implica abordar las resistencias como una parte más de ella. En este sentido, señalan que se le puede explicar que estas partes que lo han estado protegiendo empiezan a incomodarle y desean “salir”, por lo que muestran haber cumplido ya con su función de cuidado, razón por la cuál parece no necesitarlas de la misma manera. Así puede comprender lo que le va sucediendo y lo que va sintiendo con aquello que lo ha protegido y que ha sido un aliado con anterioridad, lo que le permite movilizar su trabajo terapéutico.

«Algunas personas pueden notar que tienen una parte muy fuerte [sus defensas que los terapeutas llaman “protectores”], ellos las obtuvieron a través de la guerra, a través de esa búsqueda de cualquier peligro, y ha servido a un propósito, y entonces decimos: “No estamos tratando de deshacernos de eso, porque es una buena parte de ti. Sólo que no está trabajando tan bien, tú no la necesitas más, tú no la necesitas como lo solías hacer.” Entonces eso es parte del trabajo»¹¹⁹(E5).

Señalan que las personas pueden desplegar sus resistencias tanto en el transcurso de las sesiones con sustancias, como en las sesiones de integración que se llevan a cabo sin drogas. La diferencia reside en que todo se puede intensificar en las sesiones con fármacos, incluso los mecanismos de defensa y la conciencia sobre ellos.

«[La defensa] puede ocurrir en ambas [en la sesión con droga y en la sesión de integración], pero en la sesión con droga a veces ellos están más conscientes de esto, puede que ellos tengan una imagen de él. (...) Yo creo, una cosa que decimos: “Está magnificado lo que sea que está ahí para ser visto” [en la sesión con droga], entonces si tú tienes una defensa, ésta [la droga] la mostrará, y la gente podría decir: “Por la última media hora he tenido una muralla y no estoy ni siquiera pudiendo escucharte»¹²⁰(E5).

Los entrevistados señalan que las reacciones de la persona y su vivencia respecto de la experiencia tienen siempre que ver con ella, al igual que las resistencias que aparecen durante el trabajo psicoterapéutico con o sin drogas. En este sentido, si una persona se siente ansiosa debido a que ingerirá una sustancia o si emergen sus mecanismos de resistencia en el transcurso de la sesión con droga, es porque estas manifestaciones expresan algo propio del sujeto, y no porque sean una propiedad intrínseca de la droga.

«Incluso cuando están ansiosos respecto de la LSD o están resistentes de alguna manera, esto tiene que ver con algo de ellos mismos, entonces básicamente yo diría que lo que ellos experimentan de alguna

want to be careful I guess you're watching how they're coping».

¹¹⁹ *«Some people may notice they have a very strong part [their defences that therapist calls “protectors”], they got them through the war, that watch for any danger, and it's serve a purpose, and so we said: “We are not trying to get rid of that, because that is a good part of you. It's just doesn't working as well as it, you don't need it anymore, you don't need as you used to”. So that's part of the work».*

¹²⁰ *«Its [defensiveness] can occurs in both [in the drug session and in the integration session], but in the drug session sometimes they are more aware of that, they might have an image of it. (...) I think, one thing we say: “It's magnified whatever is there for you to see” [in the drug session], so if you have a defence, it [drug] will bring it up, and people would say: “For the last half hour I have a wall and I'm not even listening to you”».*

manera tiene que ver con ellos mismos. Eso es sólo una suposición, de otra manera no tendría sentido, si tú dices: “La LSD es una droga peligrosa en sí misma”, tú no deberías administrarla»¹²¹(E2).

En este sentido, refieren que si una persona tiene una “mala” experiencia con una sustancia, atravesada por angustia o ansiedad por ejemplo, ello no significa que se deba detener la vivencia, ya que aquello que corresponde al sujeto debe desplegarse en la terapia. Sin embargo, estas experiencias pueden resultar limitantes o constreñidoras del despliegue de la persona, pudiendo llegar a “atraparla”. Indican que si bien esto también da cuenta de algo propio del sujeto, en caso que lo constriña, el terapeuta puede ayudarlo a atravesar dicha experiencia o a cortarla en casos extremos con la ingesta de algún antipsicótico o benzodiazepinas. Además, en un momento posterior el terapeuta lo puede ayudar a comprender el sentido de esta cualidad angustiante o ansiógena que tomó la experiencia, para entender más sobre aquello que apareció de sí mismo.

«Yo diría en general que lo más importante es mostrarle a los pacientes: “No tenemos que hacer nada si este proceso es difícil, pero si te autolimita puedes continuar atravesándolo, tú lo manejarás hasta el final”, sólo para darle al paciente una especie de confianza. De alguna manera nosotros no podemos borrar este miedo o ansiedad o los sentimientos difíciles, no podemos simplemente, no somos magos para hacer magia sobre ellos y decir: “Ahora se acabó”, pero podemos mostrarles: “Te vamos a ayudar” y esto funciona, de verdad, cada vez que sucede. Y yo diría que el extremo sería que tengas que terminar el proceso usando otros medicamentos, sólo para bloquearlo, con antipsicóticos o con benzodiazepinas, pero yo nunca he tenido que hacer eso hasta ahora, quiero decir que eso sería una emergencia psicológica en una sesión de LSD, pero no ha pasado. Hemos tenido situaciones difíciles, varias... un paciente estaba profundamente desesperado por horas y desafortunadamente él no estaba dispuesto o no era posible para él aceptar nuestro contacto físico, estando cerca de él, por razones personales, él lo sabía, y eso lo hizo incluso más largo, pero él aprendió qué lo hace desesperarse también en la vida cotidiana, su distancia, su comportamiento de personalidad esquizoide, y creo que en este sentido fue una experiencia difícil para él pero también lo ayudó porque le mostró lo que lo hace sufrir»¹²²(E2).

5. El terapeuta

En las entrevistas se indican diversos ámbitos que dan cuenta de las motivaciones de los terapeutas para trabajar con estas drogas, así como de los

¹²¹ *«Even when they are anxious about the LSD or are resistant to somehow, this have to do with something with themselves, so basically I would say what they experience in a way has to do with themselves. That’s just an assumption, otherwise it will not make sense, if you say: “LSD is dangerous drug by itself”, you should not administrate».*

¹²² *«I would say in general the most important thing is to show the patients: “We don’t have to do anything because this process is difficult, but if it’s self limiting you can go through it, you will managed by the end”, just to give the patient a kind of confidence. In a way we cannot wipe away this fear or anxiety or difficult feelings, we cannot just, we are not the magicians to do a magic over them and to say: “Now it’s over”, but we can show them: “We would help you”, and this works, really, every time. And I would say that the extreme would be if you have to stop the process by other medicaments, just to block it, with antipsychotic or with benzodiazepines, but I never had to do that until now, I mean that would be a psychological emergency in such a LSD session, but it didn’t happened. We really had difficult situations, several... a patient was in a really deep despair for hours, and unfortunately he was not willing or it was not possible for him to accept our touch, being closed to him, because for personal reasons, he knew it, and that made it even longer, but he learn what makes him desperate also in everyday life, his distance, his schizoid personality behavior, and I think in this sense it was a difficult experience for him but also a helpful because it’s show him what makes him suffer».*

métodos o técnicas que deben o no manejar, del entrenamiento con que tienen que contar para llevar a cabo estas psicoterapias asistidas, además de algunas consideraciones sobre el trabajo que se puede desarrollar desde las distintas corrientes teóricas psicológicas.

5.1. Motivaciones para trabajar con LSD, psilocibina y MDMA en psicoterapia

Los terapeutas entrevistados señalan diversos motivos por los cuales les interesa el trabajo con estas sustancias. Entre ellos indican que han podido observar – tanto en su trabajo como en publicaciones- sus beneficios para sujetos con distintas problemáticas, como por ejemplo personas que tienen conflictos en su matrimonio, o que van a morir pronto a causa de una enfermedad terminal, o para familias distantes.

«[La MDMA] puede ser realmente útil para el matrimonio, para parejas, para familias distantes difíciles, o para la gente que está muriendo, cuando la familia ni siquiera habla acerca de la muerte y de la enfermedad, yo puedo ver lo realmente importante que puede ser. En nuestro estudio a veces si una persona está casada, a veces su pareja vendría a la sesión, y es tan hermoso, ellos realmente pueden hablar acerca de cosas que nunca habían hablado antes»¹²³ (E5).

El motivo más mencionado –5 de 7 entrevistados- es la propia experiencia de psicoterapia con estados alterados de conciencia posibilitados por estas sustancias que tuvieron los terapeutas, lo que indican como una vivencia que les ayudó mucho con sus problemas y que les cambió la vida. También se menciona el trabajo de respiración holotrópica -que facilita estados modificados de conciencia- como una ayuda en sus vidas.

«(...) yo tuve una experiencia con esta sustancia en el `84, el año antes de que la criminalizaran, y para mí fue algo que me salvó la vida, entonces para mí es algo sagrado [la MDMA]»(E6).

5.2. Métodos

En relación con las técnicas o métodos que debe manejar el terapeuta, se aprecia una tendencia a considerar que no son necesarios, puesto que dan cuenta de un intento por suplir sus propias inseguridades. También se señala que las técnicas implican hacer del paciente un objeto sobre el cuál el terapeuta interviene. Sobre ello se enfatiza que éste debe poder preguntarse “qué hacer cuando no sabe qué hacer”, ya que su lugar es de desconocimiento en relación al paciente; su talento consistirá entonces en poder sostener esta situación y no instalar un saber previo sobre el sujeto.

En este sentido el terapeuta puede ser menos directivo, en la medida en que no sabe el camino que tomará la experiencia con la sustancia. Además se indica que puede resultar invasivo no dejar a la persona vivir la experiencia e interrumpirla con lo

¹²³ *«it [MDMA] could be really useful for marriage, for couples, for difficult distant families, or like people that are dying, and how the family doesn't ever talks about the dying and the illness, I can see how it can be really important. In our study sometimes if a person is married, sometimes their partner would come to the session, and it's so beautiful, they can actually talk about things that they never could talk about before».*

que al terapeuta le parece que hay que hacer o conversar.

«Absolutamente no, yo creo que cualquier énfasis de método o técnica tiene que ver con las inseguridades del terapeuta. Es absolutamente innecesario para el paciente. En el momento que yo tenga un método tú te sentirás cosificado porque yo estoy pensando en lo que debería hacer que es bueno para ti. Basura, basura absoluta. Tú no necesitas, para mí el trabajo que tengo que hacer contigo, sólo le sirve al ego del terapeuta pensar: “Tengo todas estas herramientas, tengo todos estos métodos, ¿qué es lo correcto para hacer?” La gran pregunta es qué hacer cuando tú no sabes que hacer. Yo nunca sé que hacer y mi talento es sentarme en el no saber»¹²⁴(E4).

«(...) o sea yo podría estar diciendo: “Ya, ahora, qué sientes con tu mamá, qué sientes con tu papá”, y el otro está en otra cosa. Entonces incluso que yo te pregunte qué te está pasando me parece invasivo, porque la persona puede estar absolutamente sumergida dentro, sin ninguna gana de comunicarse, y pasándolo muy bien por lo demás, y yo le puedo interrumpir todo su proceso, como interviniendo. Y yo lo que yo veía era que todo el mundo estaba perfectamente bien, no había nada que hacer. Si quieres le puedo llamar taoísta a todo eso (risas), pero en el fondo era sentir que estaba todo bien, no había que hacer intervención de ningún tipo»(E3).

Señalan que la instauración del terapeuta como un “experto” posiciona de inmediato al paciente como alguien que “no sabe”. En este sentido, se señala que la postura de ambos debe ser la instauración de una relación en tanto seres humanos, sin técnicas ni métodos que los opaquen. Enfatizan que esto se aprecia claramente con estas sustancias, sobre todo con MDMA, puesto que el paciente desea sentir al terapeuta como una persona que lo acompaña, que al mismo tiempo no le teme ni lo considera menos.

En este sentido, indican que el terapeuta tampoco se posiciona como un chamán ante el paciente, no pretende ser algo que no es.

«Especialmente cuando estoy en MDMA, todo lo que me importa si tú eres mi terapeuta, es que tú tengas un corazón abierto, es que tú no estás asustado, que estás conmigo, conmigo, no que tú eres el experto. Si tú eres el experto entonces yo no soy nadie. Si tú eres dios, entonces yo soy un gusano. Yo no quiero ser un gusano, así que no quiero que tú seas dios. Y no tenemos que ser dos gusanos. O dos dioses, tú sabes, sólo dos seres humanos. ¿Qué tal dos seres humanos? Entonces creo que el terapeuta sólo da compañía, y no hay técnicas para eso. Es como, tú sabes, si quieres bailar, vamos a buscar técnicas, o hacer el amor, terapia es más como hacer el amor, no es como un procedimiento médico. Es una metáfora equivocada, metáfora equivocada por todas partes. Entonces no hay técnica. No hay método»¹²⁵(E4).

¹²⁴ *«Absolutely not, I think that any emphasis of method or technique is to do with the insecurities of the therapist. It's of absolutely no use to the patient. The moment I have a method you will feel objectified because I'm thinking of what should I do that is good for you. Bullshit. Absolut bullshit. You don't need to, for me to work on you, it just serves to therapist ego to think: "I have all these tools, I have all these methods, what's the right thing to do?" The big question is what to do when you don't know what to do? I never know what to do, and my talent is to sit in not knowing».*

¹²⁵ *«Especially when I'm on MDMA, all I care about if you are my therapist, is that you have an open heart, is that you are not afraid, that you are with me, with me, not that you are the expert. If you are the expert then I'm a nobody. If you are god, then I'm a worm. I don't want to be a worm, so I don't want you to be god. And we don't have to be two worms. Or two gods, you know, just two human beings. How about two human beings? So I think the therapist just keeps company, and there is no techniques for that. It's like, you know, if you want to dance, are we going to look for techniques, or love making, therapy is more like love making, it's not like a medical procedure. Wrong metaphor, wrong metaphor, all over the place. So there is no technique. There is no method».*

Se considera que es el paciente el que debe decidir si utilizará o no alguna droga para su terapia, no el terapeuta, ya sea una sustancia de prescripción o de las que son de interés para la presente investigación.

«(...) ese es su problema, no el mío. Yo no les digo [a las personas con esquizofrenia] que dejen de tomarlo [el medicamento antipsicótico]; no les digo que tomen el medicamento. Una mujer que estaba bajo medicamentos fuertes quería hacer algo de terapia en LSD, y todo lo que le dije fue: “Bueno, las dos no se mezclan”. Entonces ella tuvo que tomar la decisión de seguir por un camino o por el otro. Pero las dos no se mezclan, no por razones teóricas, las dos no se mezclan porque las drogas trabajan una en contra de la otra, tú sabes, si alguien que está con drogas antipsicóticas importantes no puedes hacerle terapia con MDMA, no puedes hacerle terapia con LSD con esto»¹²⁶(E4).

5.2.1. Técnicas corporales

Al mismo tiempo se aprecian tendencias a considerar que se deben utilizar ciertas técnicas asociadas al cuerpo para poder trabajar con el paciente aspectos que de otra manera parecen difíciles de abordar en ese momento.

«(...) pero siempre se necesita que haya alguien presente para apoyar y observar, en parte porque las cosas pueden cambiar muy rápidamente, a veces la gente no es capaz de verbalizar, o se siente muy incómoda o incluso desconfían, y no están dispuestas a verbalizar lo que están experimentando, con una dosis muy alta puede ser muy difícil movilizar el habla, incluso, no sólo palabras, pero en realidad pronunciarlas o incluso realizar movimientos de telégrafo para expresar alguna necesidad»¹²⁷(E1).

Se señala que en nuestra cultura occidental se da mucho énfasis al pensamiento, lo que puede ser un obstáculo para la terapia, incluso si se está bajo el efecto de la LSD, psilocibina o MDMA. Por ello, el trabajo con el cuerpo permite abordar lo problemático del sujeto de tal forma que la labor psicoterapéutica no se vuelva un ejercicio intelectual.

«(...) la gente occidental está muy entrenada o muy acostumbrada a estar en sus pensamientos, y nosotros estamos pensando todo el tiempo. Y este es un obstáculo también para procesos, y también es una dificultad cuando tú estás en una experiencia en LSD. Y tú deberías ser capaz de ayudar a la gente a alcanzar un balance entre pensar, sentir, y ahí yo diría que la terapia corporal es muy importante. No intervenir sólo de una manera verbal, porque eso los hace pensar nuevamente, si escuchan las palabras tienen que pensar sobre eso, de lo contrario cuando tienes sólo un contacto físico, o tu respiración, tú vas con tu atención hacia la respiración, te saca de estar sólo o exclusivamente pensando»¹²⁸(E2).

¹²⁶ «(...) that's their problem, not mine. I don't tell them [people with schizophrenia] to get off it [antipsychotic medication]; I don't tell them to get on it. One woman who was on heavy medication, wanted to do some LSD therapy, all I said was: "Well, the two don't mix". So she had to make the choice of going this way or that way. But the two don't mix, not because theoretical reasons, the two don't mix because the drugs work against each other, you know, like as someone being on a major antipsychotic you can't do MDMA therapy, you can't do LSD therapy with it».

¹²⁷ «(...) but there always need to be someone present to be supportive and observe, in part because things can change very rapidly, sometimes people aren't able to verbalise, or feel more uncomfortable or even suspicious, and aren't willing to verbalise what they are experiencing, with a high dose effect it can be very difficult to mobilise speech, to even, not only know the words, but to actually vocalise them or even telegraph movement to express need».

¹²⁸ «(...) western people are very trained or very used to be in their thought, and we are thinking all the time. And this is an obstacle also for processes, and it's also a difficulty when you are in the LSD experience. And you should be able to help people to get into a balance of thinking, feeling, and there I

Indican que ante la emergencia de ansiedad al inicio de los efectos de la sustancia, el terapeuta puede operar en el registro corporal realizando intervenciones físicas que le permitan acompañar a la persona mientras transita por la emergencia de estas sensaciones y del material difícil. Una de estas formas corresponde al gesto de tomarle las manos, lo que se observa como un recurso muy utilizado tanto en momentos iniciales como en el desarrollo de la sesión. También señalan que se puede abrazar a la persona, acompañándola en la dificultad que esté transitando.

«(...) le decimos a la gente que [la ansiedad que puede aparecer al principio del efecto de la droga] puede que no suceda, pero si sucede en ese punto, que a veces sólo dándonos las manos por ese período de tiempo (...) Entonces decimos: “Puedes tomar nuestras manos por ese momento, debes respirar, y dejarnos guiarte a través de ese momento»¹²⁹(E5).

Además, refieren que a medida que transcurre la sesión puede emerger material con un correlato físico que al sujeto le resulte difícil de sostener, como pueden ser recuerdos con emociones que se sienten en alguna parte del cuerpo, y que por lo tanto pueden generar ciertas resistencias. Estas situaciones también se pueden abordar a través de la respiración, ya sea para calmar al sujeto o para ayudarlo a conectarse con aquello problemático que está sintiendo. En este sentido, señalan que la respiración puede tranquilizar al mismo tiempo que puede focalizar la atención en aquella parte del cuerpo que se asocia al material difícil que va surgiendo.

«Creo que la respiración es siempre importante porque puedes usarla en la primera parte si la persona está ansiosa, para ayudar a calmarle. Y luego, más tarde en la sesión, si algo está emergiendo, y ellos están teniendo recuerdos que son muy difíciles, tú puedes decirle: “Usa tu respiración, y realmente respira en ti mismo”. O tú puedes decir: “¿Dónde está eso en tu cuerpo? ¿Dónde estás notando esa emoción?” Y ellos dicen: “Mi estómago” y tú dices: “Ok, respira hacia esa parte de tu cuerpo y hazla tan grande como puedas”. Entonces algunas de esas cosas son útiles»¹³⁰(E5).

De esta manera, se considera que el sujeto habla a través de su cuerpo, manifestando tanto aspectos conscientes como inconscientes, lo que posibilita una puerta de entrada al trabajo terapéutico cuando se pone la atención y conciencia sobre ello.

«La otra cosa que es buena es, es sobre los mecanismos del cuerpo, cómo la gente habla con sus

would say the body therapy is very important. Just not to interfere in a verbal manner, because that makes them thinking again, if they listen to the words you have to think about that, in contrary when you get only a touch, or you breath, you go with your attention to the breathing, it takes you away from only or exclusively thinking».

¹²⁹ *«(...) we told people that [anxiety at the beginning of the drug effect] may not happens, but if it's happening at that point, that sometimes just holding our hands through that period of time (...) So we say: “Maybe hold on our hand through that part, you should breath, and let us guide you through that part».*

¹³⁰ *«I think the breath is always really important because you can use it in the first part if you are anxious, to help you calm down. And then, later in the session, if something is coming up, and they are having a memories that is very hard, you can say: “Use your breath, and really breath yourself”. Or you can say: “Where is that in your body? Where are you noticing that emotion?” And they said: “My stomach”, and you say: “Ok, breath into that place in your body, and make it as big as you can”. So some of those things are useful».*

cuerpos, notando si siempre tienen su cabeza hacia abajo o sus cambios en la voz, tú puedes ser curioso acerca de esas cosas, si está pasando algo con tu voz, ¿estás notando una emoción ahí? Entonces traer la conciencia de las personas hacia sus cuerpos puede ser realmente importante»¹³¹(E5).

Las intervenciones corporales además le permiten al terapeuta entregarle seguridad al sujeto, para que así pueda profundizar en su experiencia. De esta forma, indican que a través del contacto físico, la persona puede saber que su cuerpo se encuentra a salvo, con lo que puede liberarse para entrar en su vivencia. Se señala que esto permite que la conciencia del paciente se encuentre presente en ambos lugares a la vez, tanto en su cuerpo presente como en el más allá de la experiencia.

«Entonces a veces la gente encuentra, si es que sienten como si ya no tuvieran un cuerpo, ellos no saben si se han muerto, lo que les está pasando, ellos saben que alguien [el terapeuta] le está tomando la mano, y entonces ellos pueden ir mucho más lejos, ellos pueden confiar e ir mucho más profundamente en sus experiencias porque saben que su cuerpo está a salvo, y que ellos están bien acá en la tierra cuando de alguna manera, que es difícil de explicar, pero al mismo tiempo están en otro universo a cientos de miles años luz, lo que es elaborado y real para ellos, y de alguna manera la conciencia es acá y allá, pero eso está bien»¹³²(E1).

El hecho de que estas sustancias operen destacando las sensaciones físicas también implica que no siempre se deba utilizar alguna técnica corporal para conectar con emociones o para traerlas a la conciencia, puesto que esta labor ya está realizada por la sustancia.

«Yo creo que es realmente bueno trabajar con la rabia de muchas maneras diferentes. Hemos estado usando los elementos del trabajo con la respiración, pero no hemos usado esa respiración más rápida, no la necesitas (...) Porque tienes a la MDMA que trae esas experiencias, entonces realmente no necesitas nada más que eso»¹³³(E5).

5.3. Roles

De acuerdo al material acopiado en las entrevistas, los diversos roles que puede desempeñar el terapeuta se pueden comprender de acuerdo al momento del proceso psicoterapéutico, es decir, serán distintos si se encuentra en el despliegue de las sesiones -con y sin sustancia- o en su preparación.

¹³¹ «The other think that it's good, it's like just the body mechanics, how people speak with their bodies, noticing if their always have their head down, or their voice changes, you can be curious about those things, if there's something going on with your voice, are you noticing an emotion there? So bringing people awareness' to their bodies can be really important».

¹³² «So sometimes people find, if they feel like they don't have a body anymore, they don't know if they have died, what is happening to them, they know that someone [therapist] is holding their hand, and so they can go some much further out, they can trust and go that much more deeply into their experience because they know their body is safe, and they are ok here on earth when somehow, it is hard to explain, but at the same time there are in another universe a hundred millions light years away, that's elaborated and real for them, and somehow consciousness is here and there, but that's ok».

¹³³ «I think it's really good to work with anger in lots of different ways. So we'll being used the elements of breathwork, but we haven't had used that faster breathing, you wouldn't have to (...) Because you have the MDMA to bring the experience, so you really don't need anything more than that».

5.3.1. Preparación del paciente para la sesión con droga

Indican que debido a los efectos de las sustancias, se debe preparar a los pacientes que las ingerirán para que sepan de qué se trata un estado alterado de conciencia, y los diversos caminos y formas que puede tomar.

«Yo no diría eso que sólo con psilocibina, que es el componente principal o droga que estamos usando. Es probablemente cierto respecto de muchos alucinógenos que la gente puede tener un estado de conciencia muy profundamente alterado y que no se muestra de la manera que esperaríamos. Una persona puede que no se asuste mucho, o que no se moleste o llore, puede que no hayan cambios fisiológicos en la presión sanguínea o en el pulso cardíaco, pero sin embargo puede haber ocasiones en que una persona en su propia mente esté teniendo una experiencia muy aterradora, y que sólo no sea evidente para los guías. Entonces nosotros realmente hacemos un esfuerzo para conectar con esa persona, y para realmente prepararlos para todo lo que puedan experimentar»¹³⁴(E1).

Parte de la preparación consiste en que el terapeuta pueda conocer lo más posible del sujeto que realizará el tratamiento, intentando saber sobre su historia de vida, sus valores, creencias, entre otros aspectos.

«Pasamos con cada voluntario preparándolos en cada setting al menos 5 horas, realmente tratando de conocer quiénes son como seres humanos únicos, cuál es su historia de vida, cuáles son sus valores, sus creencias espirituales»¹³⁵(E1).

Señalan que esta preparación considera tanto los ámbitos físico como psíquico del paciente, por lo que se le dan ciertas indicaciones previas que le permitirán transitar por su experiencia. En términos físicos se pone especial cuidado en la alimentación, ya que ella puede influir en los efectos que se obtengan. Respecto de lo psíquico, se enfatiza la compañía del terapeuta durante la vivencia y se les anima a transitar por lo que sea que les ocurra.

Indican que esta preparación implica que sepan que pueden transitar por momentos difíciles y que al hablar sobre ello puede disminuir el temor que les produce.

«Yo les dije, les recomendé no haber comido nada demasiado pesado, les di las recomendaciones clásicas digamos»(E3).

«Trato de inculcar en los voluntarios un sentido de estar bien con cualquier cosa que ellos experimenten, si es terrorífico, si no es nada excepto muerte y descomposición, que sean el testigo de eso también, esa es parte de la vida. Y eso está bien, realmente, y cuando la gente está bien con eso hay una secuencia que ellos pueden atravesar, y para eso también se les incentiva para que la consideren

¹³⁴ «I wouldn't say only with psilocybin, that's the primary compound or drug that we are using. It's probably true of many hallucinogens that people can have a very profound altered state of consciousness and it just doesn't show up in the way we would expect it too. A person may not always be very fearful or upset, tearful, there may not be a shift physiologically in blood pressure or heart rate, but neither the less there can be times when a person in their own mind is having a very harrowing experience, and it's just not evident to the guides. So we do really make an effort to connect with the person, and to really prepare them for all that they can experience».

¹³⁵ «We spend with every volunteer in every setting at least 5 hours preparing them, really getting to know who they are as a unique human being, what their life history might be, what their values are, their spiritual beliefs».

realmente»¹³⁶(E1).

5.3.2. Durante las sesiones con y sin droga

Una tarea fundamental del terapeuta consiste en “no morir para su paciente”, o sea en acompañarlo por lo que deba atravesar, tanto física como emocionalmente. En este sentido, se señala que el terapeuta tiene esta responsabilidad con su paciente.

«Mi creencia es, a propósito, y lo ha sido por cuarenta años o más en que he estado trabajando, si dices: “Sí, voy a trabajar contigo”, entonces el término de la terapia está en tus manos. Que el terapeuta nunca dice, quiero decir, la única manera que yo diría que es el término es si me muero. Pero había un terapeuta llamado D. W. Winnicott quien le decía a los terapeutas jóvenes, a los principiantes, decía: “Tu mayor trabajo, tu... tu mayor responsabilidad hacia tus pacientes, es no morirte en ellos”. Y no sólo físicamente, sino emocionalmente. Tú sabes, como si dijéramos que eres un paciente difícil, tú peleas conmigo, me hieres, morirme en ti sería terminar. Así que básicamente, sí, yo estoy contigo pero me cierro. Eso es morirme en ti. Entonces pienso que es muy importante para el terapeuta nunca morir en un paciente»¹³⁷(E4).

Los entrevistados refieren que la compañía que debe proporcionar el terapeuta implica también que debe posibilitarle al paciente vivenciar su experiencia, pero de tal forma que el terapeuta opere como un ancla que le permita a la persona entrar en su experiencia traumática al mismo tiempo que se pueda mantener en el presente. De esta manera, no ocurre una retraumatización.

«Entonces lo que pasa después es que si acá está la persona con el terapeuta, la persona puede volver con un pie dentro de la experiencia traumática. Ahora si la persona va con los dos pies dentro, es re-traumatización. Es decir, ¿cuál es el uso de reexperimentar la violación nuevamente? Sin embargo, el trabajo del terapeuta es sostener, proveer una ancla aquí y ahora, para que la persona no tenga que reexperimentar, sino que sólo tocarlo. Pero que no se divida»¹³⁸(E4).

Señalan que el terapeuta cumple un rol de guía de la experiencia psicoactiva del paciente, propiciando que se mantenga conectado con ella, es decir, con lo que aparezca durante la experiencia. Sobre todo lo incentiva a darse cuenta de lo que le

¹³⁶ «I try to inculcate in volunteers a sense of being ok with whatever they experience, if its horrific, if it's nothing but death and decay, be the witness to that as well, that's part of life. And that's ok, really, and when people are ok with that there's a sequence that they can go through, that I also encourage them to really consider».

¹³⁷ «My belief, by the way is, and it has been for forty years or more that I've been working, if I say: “Yes, I will work with you”, then the end of therapy is in your hands. That the therapist is never to say, I mean the only way I would say that it's ending is if I die. But there was a therapist by name D.W. Winnicott who said to young therapists, just beginners, said: “Your major job towards your... your major responsibility towards your patients is not to die on them”. And not just physically, but emotionally. You know, like say you are a difficult patient, you fight with me, you hurt me, dying on you would mean I cut off. That basically, yeah, I'm with you but I close up. That's dying on you. So I think it's very important for the therapist never to die on the patient».

¹³⁸ «So what happens then is that if here is the person with the therapist, the person can go with one foot back into the traumatic experience. Now if the person goes with two feet into there, is re-traumatization. Like, what's the use of re-experiencing rape again? However, the therapist job is to hold on, to provide an anchor in the here and now, so the person doesn't have to re-experience, just touch on it. But not be split».

está ocurriendo a nivel psíquico y físico, para que pueda recibir aquello que emerja. Durante este tránsito por la experiencia, si el paciente siente que necesita ayuda puede solicitarla, para que el terapeuta pueda guiarlo en concordancia con lo que le esté sucediendo.

«Entonces guiamos a las personas a mantenerse con lo que sea que esa oleada es [emociones, memorias, procesos], y que si ellos están adentro y si están usando audifonos y el antifaz para los ojos, sólo quedate ahí con eso, en estar sólo con eso, notando sus cuerpos y dándose cuenta de lo que ellos notan sobre eso, y si ellos necesitan ayuda para que los guíemos por algo difícil ellos pueden preguntarnos, o ellos nos pueden hablar en cualquier momento, o ellos se pueden quedar dentro»¹³⁹(E5).

Se considera que este rol de guía opera como una forma de enseñarle al paciente a transitar por la experiencia, entregándole en ese momento simples indicaciones sobre ella y lo que puede hacer.

«(...) una tarea importante es también ser como un profesor, lo que normalmente el terapeuta no es, no es lo mismo, sólo para decir que el paciente se mantiene contigo, mira tu respiración o no actúa mucho, sólo para dar unas ayudas simples al paciente, para guiarlos a través de la experiencia, y esto es un tipo de educación o enseñanza»¹⁴⁰(E2).

Refieren que parte de esta tarea consiste en preguntarles por aquello que los pone ansiosos para que puedan hablar sobre ello, ya que eso ocurre por alguna razón. Una vez que el paciente puede hablarlo, generalmente se calma y pasa a otro tema con facilidad.

«(...) a veces tú tienes que hablarles [para calmar al paciente], tienes que dejarlos explicar qué los puso ansiosos, el miedo no viene de la nada así que siempre hay miedo a algo. Una vez que el asunto está sobre la mesa generalmente el miedo se va y los otros sentimientos aparecen»¹⁴¹(E7).

También señalan una tendencia crítica respecto de este rol de “guía” del terapeuta, ya que más bien su tarea consiste en ayudarles a recordar a los pacientes aquello que ocurrió durante la sesión con droga y que no quieren olvidar.

«Una de las maneras como se describe [al terapeuta], es como un guía, pero en realidad no sé si es un guía, yo creo que es más... le estaba describiendo a alguien esta mañana esto, que es como cuando uno hace un listado en el que uno dice: “Este es punto uno, dos, tres, cuatro”, y entonces es como estar ahí para recordar al paciente: “Oh, aquí está el punto uno”, entonces es como para recordar, como para decirle a la persona ese listado. Entonces, el paciente está sintiendo 50.000 cosas, y una de las cosas que pasa es que tiene muchos pensamientos, está pensando muchas cosas, y siempre dice: “Oh no, no quiero olvidar esa parte, no quiero olvidar esta parte”, y entonces el lugar del terapeuta es como: “No te

¹³⁹ «So we guide people to just stay with whatever that wave it is [emotions, memories, process], and if they are inside and they are wearing headphone and eye shade, just stay with it, in just be with it, noticing they bodies and noticing what they notice about it, and if they need help with guiding them through something difficult they can ask us, or they can talk to us in any point, or they can stay inside».

¹⁴⁰ «(...) an important task is also to be in a way of teacher, which normally a therapist is not, it's not the same, just to say the patient remains with yourself, watch your breathing, or don't act to much, just to give some simple helps to the patient, to guide them through the experience, and this is a kind of teaching or educating».

¹⁴¹ «(...) sometimes you have to talk to them [for get patient calm], you have to let them explain what made them anxious, the fear doesn't come out of nothing so there is always fear from something. Once the issue is on the table usually the fear goes away and other feelings come up».

preocupes, yo aquí lo tengo, yo lo guardo para ti, yo te lo recuerdo”, entonces es más como una persona que está ahí, para darles ese apoyo, para recordarles lo que ellos quieren. (...) recordarles lo que ellos quieren recordar, apoyar que está bien que ellos tienen tantas cosas en la cabeza y que yo lo voy a apuntar todo, que todo va a estar aquí, y que lo podemos recordar»(E6).

En caso que la persona se distraiga de la experiencia de encuentro con “su sombra” en el transcurso de la sesión con la droga, o en caso que quiera comunicarle todo lo que siente al terapeuta, o que ocurra cualquier cosa que le quite su atención y conciencia de esa entrega a la experiencia, indican que el terapeuta debe ayudarlo a volver a la vivencia, no guiándolo a través de ella ni interpretando lo que acontezca, sino que más bien haciendo de soporte, de contenedor y de espacio para que el sujeto profundice en ella.

En este sentido, refieren que el terapeuta debe facilitar la experiencia, por una parte propiciando el ambiente físico para que la persona pueda entrar en ella, y por otra parte acompañándolo para que internamente se atreva a enfrentarla.

«Así que a veces hay evitamiento y tú necesitas traer a la gente de vuelta adentro de la experiencia. Entonces la sesión es realmente dirigida para que la persona tenga la experiencia, usualmente yo y mi co-guía nos sentaremos en silencio con la persona, a veces por varias horas. Entonces no tratamos de dirigir la experiencia, estamos ahí para apoyar a la persona teniendo una experiencia que es significativa. No estamos ofreciendo interpretaciones. No estamos poniendo capas con un marco transpersonal o de unión. Nos estamos enfocando en crear un contenedor y un espacio para que ellos tengan su experiencia única y significativa»¹⁴²(E1).

«Facilitador, acompañante. (...) yo creo que el rol de uno es que a la gente no le de susto, o si a alguien le da susto, que se le pase el susto, que se tranquilice, y no es mucho más que eso. O sea, claro, tienes que saber en qué puede estar metido, pero creo que tu rol principal es que la gente pueda explorar sin asustarse, porque ahí entra a funcionar algo que cada persona tiene, que es esta capacidad de irse para donde necesita irse, sentir lo que necesita sentir, y uno lo que tiene que quitar son los impedimentos, que si alguien va a golpear la puerta, que nadie se asuste, uno lo atiende, si suena el teléfono, bueno tú te preocupas del teléfono, o sea que la persona se sienta en un lugar seguro, yo creo que eso es lo esencial»(E3).

También se considera que el terapeuta debe ayudar al paciente a conectar aspectos que se encontraban separados.

«Y también de conectar, de decir: “Ah, tú dijiste esto acá, y esto otro acá, y me parece que esto va con esto, ¿tú crees?”, entonces de ayudarles a conectar»(E6).

Además, indican que el terapeuta debe contener y cuidar al paciente, lo que puede llevarse a cabo a través de intervenciones a nivel corporal. También el terapeuta puede realizar intervenciones verbales que calmen a la persona, para que así pueda continuar con su experiencia.

«Y también para mí es importante que el terapeuta sea una persona que te cobija, que te contiene. Hay

¹⁴² *«So sometimes there is avoidance and you need to bring people back to into the experience. So the session is really directed towards the person having the experience, often myself and my co-guide will sit quietly with the person, sometimes for several hours. So we are not trying to drive the experience, we are there to support the person having an experience that is meaningful. We are not offering interpretation. We are not layering it with a union or transpersonal frame. We are focusing on creating a container and a space for them to have their own unique meaningful experience».*

una experiencia de una paciente que... (...) ella tenía mucho frío, a veces sucede eso, y ella estaba sentada y tenía frío, y se quedó sentada, entonces le puse una cobija encima, la cobijé, le cubrí sus pies y para ella fue... dijo: "Nunca nadie había hecho eso por mí, nunca", algo tan simple: "Nadie, nunca nadie había hecho eso por mí", y para ella fue lo más importante de la sesión. (...) De que yo la estaba cuidando, de que yo la estaba cobijando, y le estaba diciendo: "Tú estás bien, y estás aquí, te voy a cobijar", pero yo no le dije nada, simplemente la cobijé, y para ella fue el momento donde sintió lo más profundo»(E6).

«Bueno, hablando con ella [logré que se calmara], haciéndola sentir protegida, segura»(E3).

Se enfatiza en la confianza que el terapeuta debe tener en el proceso del otro, ya que ello le permitirá al paciente afrontar lo que tenga que transitar y no lo que el terapeuta le adjudique.

«Yo creo que aceptación del proceso del otro, aceptación lo más total posible, o sea porque yo puedo creer que el proceso de la otra persona tiene que ir en no sé qué dirección, puedo creer que todo este grupo tiene que no sé, adorar mis ídolos digamos, y resulta que no, resulta que les interesa otra cosa. O pueden quizás meterse en algo que yo considero infantil, o de menor calibre, y yo bueno, no tengo que ponerme a juzgar eso. O sea confianza en el proceso individual, yo creo que eso es bien esencial»(E3).

Mencionan que esto también implica que el terapeuta debe saber llevar los momentos en que el paciente le adjudique ciertas cualidades que no le corresponden (como efecto de la vivencia con sustancia) o que proyecte en él (como efecto de su historia de vida y de los temas que tiene para resolver), permitiéndole además al paciente hablar de ello durante la sesión.

«(...) parte del rol de los guías es ser capaz de sostener parte de la animosidad o del enjuiciamiento o del proceso del voluntario. Entonces si ellos transitan por un espacio donde me experiancia como demoníaco, no como cariñoso, como una proyección de su padre, como "el hombre", por así decirlo, eso está bien. No necesito herirme o ofenderme porque ellos no me experiancia continuamente como un profesional cariñoso que está acá de una manera dedicada, para ayudar y mantener límites profesionales claros. Entonces los guías necesitan estar bien con ese flujo de relación, especialmente si se introducen en un aspecto que no ayuda, y ayudar al voluntario a sentirse libre para verbalizar lo que su experiancia está diciendo»¹⁴³(E1).

También se menciona como relevante que el terapeuta se abstenga de interpretar apresuradamente lo que le ocurre al sujeto con sus intervenciones, utilizando sus propias vivencias u opiniones para proyectárselas. El sujeto puede tener una reacción muy distinta de la que el terapeuta imagina, por lo que éste sabrá lo que significa sólo por medio de lo que la persona le indique. En este sentido, se señala que lo único en que el terapeuta puede confiar de antemano es en que sus intervenciones no serán indiferentes para el sujeto y que algo le ocurrirá con ello.

«(...) entonces yo he aprendido también que tengo que poner atención en mí mismo y no interpretar la

¹⁴³ *«(...) part of the role of the guides is to be able to withstand some of the animosity or judgment or the process of the volunteer. So if they go through a space where they experience me as demonic, as not caring, as a projection of their father, as "the man", sort of speaks, that's ok. I don't need to be hurt or offended because they don't continuously experience me as a caring professional who is here in a dedicated way, to be helpful and maintain clear professional boundaries. So the guides need to be ok with that flow of relatedness, especially if they get into an aspect that is not helpful, and to help the volunteer feel free to verbalise what their experience is saying».*

situación muy tempranamente según lo que yo opine, quizás el paciente tiene una experiencia completamente diferente. Y quiero decir, va para ambos lados, yo puedo tocar música maravillosa, mi música favorita, y el paciente dice: "Oh, fue terrible, esta música estaba demasiado fuerte o demasiado baja" o lo que sea, tú no puedes saber de antemano. Tú sólo puedes confiar en que incluso cuando es malo para él, no es inútil o sin sentido, tú después puedes hablar acerca de lo que esta música significa, por qué no la apreciaste, quiero decir que no debes decir: "Esta es una música bellísima, yo lo sé mejor que tú", tú tienes que estar abierto y decir: "Yo tocaré esta música, veámos qué pasa", esa es más mi actitud»¹⁴⁴(E2).

5.4. Entrenamiento

En el material recopilado en las entrevistas, se menciona como relevante que los terapeutas lleven a cabo un entrenamiento con estas sustancias antes de empezar a realizar terapia a otras personas, ya que de esta manera pueden conocer las propiedades de la experiencia, la gama de efectos de la droga, en definitiva, los estados alterados de conciencia y sus posibilidades para terapia. Señalan que lo relevante de este trabajo es que la persona pueda integrar estas experiencias terapéuticas, y no sólo vivenciar el efecto de las sustancias.

Si bien este entrenamiento previo resulta fundamental, hoy es un desafío porque estas drogas son ilegales.

«(...) debe ser gente [terapeutas] entrenada la que te administre, no necesariamente que te cobre o que sea un negocio, pero sí que haya alguien que sepa lo que está haciendo cuando lo administre. Porque hay gente que no está suficientemente abierta para experimentar lo que puede pasar»(E3).

«Creo que él [el terapeuta] tiene que haber experimentado la droga él mismo. Yo estoy convencido que esto es obligatorio. Y que idealmente tiene que haber pasado por terapia psiquedélica»¹⁴⁵(E7).

En las entrevistas se destaca que el sentido de la experiencia previa con alguna sustancia consiste en observarse a uno mismo, utilizándolas como una herramienta de conexión, toma de conciencia y aprendizaje. Además, indican que es este entrenamiento con uno mismo el que permite observar este tipo de fenómenos en otras personas.

«En el tiempo que yo tomé más, debo haber tomado una vez cada dos meses, por un rato digamos, por un año suponte, y siempre era para reexaminar en qué estaba, qué me estaba pasando, parece que no sabía conectarme así solo en ese tiempo, entonces usaba esto como herramienta. Yo creo que todo lo que alguna vez vi en otra gente, tuvo el mismo cariz, me pareció que era un poco lo mismo. Eso fue lo que vi»(E3).

Dentro del entrenamiento que debe realizar un terapeuta, se considera que

¹⁴⁴ «(...) so I learned also that I have to pay attention on myself and not interpreted the situation too early just in my way, maybe the patient experience something completely different. And I mean, it's goes in both ways, I can play beautiful music, my favorite music, and the patient said: "Oh it was terrible, this music was too loud, or too low", or whatever, you cannot know before. You just can trust that even when is bad for him, it's not useless or senseless, you can talk then about what this music means, why didn't you appreciated, I mean you should not say: "This is a beautiful music, I know it better than you", you have to be open and say: "I'll play a music, let's look what happens", that's more my attitude».

¹⁴⁵ «I believe that he [therapist] has to have experienced the drug himself. I'm convinced that this is mandatory. And ideally he must have gone through psychedelic therapy».

debe saber trabajar a nivel somático con la persona, ya que parte de lo traumático reside en el cuerpo.

«Para mí es esencial que la persona [terapeuta] pueda trabajar somáticamente. (...) Porque el trauma está en el cuerpo, entonces yo sé que hay personas que creen que... bueno podemos hacer esto, solamente con lo cognitivo-conductual, como si se pudiese hacer todo sólo hablando con la persona. Y yo creo que tal vez se puede hacer una parte así, pero hay otra parte que yo creo que todavía está en el cuerpo, y la persona no está tan conectada donde lo siente en realidad, si no estamos conscientes de preguntar y de explorar esa parte. Entonces para mí esa parte es esencial»(E6).

Además, señalan que debe haber realizado un trabajo psicoterapéutico consigo mismo, de tal forma que se encuentre psicológicamente sano y consciente de sí mismo, para que sus propias necesidades y dinámicas no interfieran en los procesos con sus pacientes. En este sentido, se espera que el terapeuta pueda estar presente para el sujeto, empatizando con él, sin juzgarlo; que pueda mantenerse con él en silencio, acompañándolo sin retirarse de ese momento. Esta capacidad de estar presente permitiría que el paciente pueda desplegar su proceso, sin que el terapeuta lo detenga con su dificultad de escucha y compañía.

«(...) quienes están psicológicamente sanos ellos mismos, y entonces realmente capaces de ser significativamente una ayuda y un apoyo para el voluntario sin muchas de sus propias necesidades metiéndose al medio. Así como una buena terapia clásica que es con un psicólogo que ha vivido una vida autoexaminada, entonces entiende sus propias dinámicas, y entonces esas dinámicas no interceden o se meten en el camino del proceso terapéutico»¹⁴⁶(E1).

«Otro aspecto del terapeuta, me parece que es que sea una persona que tenga la capacidad de tener un sentido de cómo cuidarse ellos mismos de estar presentes, de que... claro, uno no puede estar presente ocho horas así totalmente, todo el tiempo, pero que sí sea una persona que está consciente de que cuando se va y empieza a pensar en otras cosas, debe saber cómo regresar y estar aquí presente. Debe tener ese sentido de concientización, que a mí también me parece que es tan importante, y hay personas que no tienen ese sentido y entonces están un poquito como ausentes, y el paciente se da cuenta»(E6).

Se señalan las supervisiones clínicas como un aspecto relevante para el despliegue del trabajo del terapeuta, ya que de esta forma puede obtener otras opiniones sobre su trabajo para mejorarlo. Indican que las supervisiones deben estar a cargo de un experto que entienda sobre la experiencia a la que pueden acceder los pacientes bajo estados alterados de conciencia con sustancias. Puesto que son pocos los expertos sobre estos temas, algunas personas se han agrupado para llevar a cabo seminarios sobre estos temas clínicos.

«Alguien que entienda. Sí, porque hay muchas áreas diferentes de, bueno, hay tantos territorios diferentes que si tú tienes a alguien que sólo ha entrenado con terapia cognitiva conductual, puede que ellos tengan una idea acerca de cosas espirituales que pueden suceder, o nacimientos, o algunos otros territorios en que la gente se introduce. Yo creo que eso es muy importante»¹⁴⁷(E5).

¹⁴⁶ *«(...) who are psychologically healthy themselves, and so really are able to be meaningfully helpful and supportive of the volunteer without a lot of their own needs getting in the way. Just like good outpatient therapy is with a psychologist who has lived a self-examined life, so understands their own dynamics, and so those dynamics don't intercede or get in the way of therapeutic process».*

¹⁴⁷ *«Somebody that understands. Yes, because there are so many differences areas of, well, there are so many different territories that if you have somebody that it's just trained like cognitive behavioural therapy, they may have an idea about spiritual things that happens, or births, or some other territories*

5.5. Corriente teórica psicológica

Se menciona como relevante contar con un bagaje teórico que opere como marco de trabajo para el desarrollo de estas tareas terapéuticas. Al respecto se destaca que no sólo se debe aprender en libros, ya que es fundamental que el terapeuta tenga experiencia en ello.

«Creo que un terapeuta, un terapeuta psiquedélico debe tener un entrenamiento básico psicoterapéutico de cualquier tipo, podría ser de terapia sistémica, puede ser psicoanálisis, podría ser Gestalt o lo que sea. Pero tiene que ser un psicoterapeuta entrenado»¹⁴⁸(E7).

Diversas son las corrientes que marcan el trabajo de los entrevistados. Al respecto, dos señalan trabajar desde la transpersonal. Otro trabaja desde la terapia radical, la que implica llegar a la raíz de las cosas. Otro desde la teoría psicodinámica, por lo que conoce la corriente psicoanalítica a pesar de no ser psicoanalista. Una terapeuta se define más cercana a los modelos de sistemas internos de la familia; y los otros dos no se definen desde alguna corriente específica.

Señalan que si bien todos los enfoques teóricos psicológicos pueden contribuir en el trabajo con terapias asistidas con sustancias, pareciera que las corrientes humanistas y transpersonales pueden tener mayor afinidad con ellas. Sin embargo, indican que a fin de cuentas lo más relevante son las características del terapeuta y su perspectiva holística de visión de mundo, y por lo tanto de trabajo.

«Mira, no sé los psicoanalistas, pero yo creo que los humanistas y los transpersonales son más afín [para trabajar en terapias asistidas con estas drogas], por un asunto de creencia en el potencial humano, en la espiritualidad, en que esa planta está viva, en todas esas cosas. Yo conozco psicoanalistas que tienen esas creencias y además un conocimiento más acabado sobre cómo le funciona la cabeza a la gente, pero yo creo que hay que tener alguna perspectiva más holística, y eso no sé si depende de la corriente, pero sí del terapeuta, del terapeuta sí, o sea como qué perspectiva tiene él o tiene ella»(E3).

6. La transferencia y la relación con el terapeuta

En las entrevistas se menciona que el trabajo psicoterapéutico se realiza a través de la transferencia, ya sea en las terapias clásicas como en las asistidas con drogas.

«Entonces, como en cualquier tipo de terapia, uno trabaja a través de la transferencia»¹⁴⁹(E4).

Señalan que la transferencia puede ser negativa o positiva, si bien se aprecia que cuando el paciente está muy traumatizado es más probable que sea negativa ya que tienden a pensar que el otro -en este caso el terapeuta- puede dañarlos.

that people get into. I think that's very important».

¹⁴⁸ *«I think a therapist, a psychedelic therapist must have a basic psychotherapeutic training of any sort, it could be systemic therapy, it can be psychoanalysis, it can be Gestalts or whatever. But it has to be a trained psychotherapist».*

¹⁴⁹ *«So like in any kind of therapy one works through transference».*

«Entonces en el grado en que lo que abre es la transferencia, podría ser positivo o negativo. Ahora realmente, con gente realmente traumatizada la transferencia podría ser negativa, como que la transferencia podría ser: “Acá hay otra persona que podría herirme”, no “acá hay otra persona que podría amarme”»¹⁵⁰(E4).

En el material de las entrevistas se marca una diferencia entre la transferencia y la relación de confianza entre paciente y terapeuta. Sobre ello se explica que la confianza es aquello que se necesita como base para realizar el trabajo psicoterapéutico; mientras que la transferencia consiste en un desarrollo psicológico, tanto de una relación significativa como de situaciones que tuvo el paciente en su vida, sobre el que se debe trabajar durante la terapia. En este sentido, se refiere que la transferencia es un proceso de aprendizaje, lo que se diferencia de la relación que establece una persona con otra.

«Yo diría que confianza es algo muy básico, es algo que tienes que tener hasta cierto punto sólo para realizar el proceso psicoterapéutico, mientras que la transferencia es sólo un tipo de desarrollo psicológico de relaciones significativas y situaciones que los pacientes han tenido en sus vidas, entonces la transferencia es algo con lo que hay que trabajar, al contrario la confianza es algo que necesitas para el trabajo mismo»¹⁵¹(E2).

«Entonces, el aprendizaje [en la transferencia], digamos que tú aprendes que te das cuenta que no tienes que estar avergonzado incluso después que el efecto [de la MDMA] se acaba. Tú no necesariamente vuelves a la vergüenza, sino que puede que digas: “Wow, yo puedo llevar esto más allá del tiempo del efecto de la droga”¹⁵²(E4).

Se indica que previo a la sesión con droga debe haber una relación de confianza entre terapeuta y paciente, sobre todo considerando que la persona estará más vulnerable al estar en un estado de conciencia que no conoce con anterioridad.

«Es que yo creo que ese [vínculo] es un requisito previo, o sea que si no hay confianza, si la persona no te inspira confianza, no te sientes seguro, si crees que es un violador o se va a aprovechar de tu vulnerabilidad de alguna manera, o sea, imposible. No sé ni si quiera si uno podría manejarlo durante la sesión, yo creo que esto tiene que ser a priori, porque la persona se va a poner en una situación extremadamente vulnerable, entonces, o sea sino no se puede no más. Ahora, no necesariamente conocimiento así profundo entre uno y otro, pero que te inspire confianza»(E3).

Enfatizan que la LSD, psilocibina y MDMA afectan la transferencia, pudiendo mejorar el vínculo de confianza entre terapeuta y paciente, sobre todo con MDMA.

«Sí, un montón [la relación con los pacientes cambia con la MDMA]. Mucho, es mucho más cercana, es mucho más abierta, honesta, de confianza, en el mismo nivel. Muchos de ellos estaban muy decepcionados de relaciones anteriores, por ejemplo con sus padres, con la madre y todas esas cosas, y

¹⁵⁰ «So to the degree that what opens up is transference, it could be positive or negative. Now really, with really traumatized people the transference could be negative, like the transference could be: “Here is another person who could hurt them, not here is another person who can love them”».

¹⁵¹ «I would said trust it's something very basic, it's something like you have to have in a certain way just to endure the psychotherapeutic process, while transference is just a kind of psychological development of meaningful relationship and situations that patients had in his life, so the transference is something to work with as a contrary the trust is something you need for the work itself».

¹⁵² «So the [transference] learning, say you learn what it's like you realise that you don't have to be ashamed even after the effect [of MDMA] goes. You don't necessarily go back to shame, you might just say: “Wow, I can carry this on beyond the time of the drug effect”».

eran cautelosos e incluso desconfiados respecto de ser cercanos o de abrirse a sus terapeutas, y la MDMA es de gran ayuda con eso. Realmente. Yo creo que esa es una de las ventajas principales de la MDMA, realmente ayuda a construir una relación de confianza con el paciente»¹⁵³(E7).

Además se señala que durante extensos momentos de la sesión con droga, la transferencia y la relación entre el terapeuta y el paciente adquieren una forma física, no verbal, por lo que el trabajo con el cuerpo se vuelve fundamental para que ambos se comuniquen.

«Absolutamente sí [la LSD podría ayudar a tener una buena relación con el paciente], y quiero decir que lo interesante de este tipo de transferencia surge principalmente en un nivel no verbal porque no estamos hablando la mayor parte del tiempo durante la sesión de LSD, pero el paciente te mira, él ve lo que haces, cómo tú respiras, cómo tú miras, cómo tú interfieres con él, y no creo que esto que he aprendido de ellos... es una construcción fuerte de transferencia y también una construcción de confianza lo que no es la misma situación»¹⁵⁴(E2).

7. El setting para psicoterapias asistidas con LSD, psilocibina y MDMA

Se menciona que la importancia del setting reside en que puede generar muy diversos resultados de la experiencia, así como también influyen el estado del sujeto y la droga.

«Bueno, con todas las drogas, está la droga, está el estado del sujeto [set] y está el contexto [setting]. (...) Entonces si voy a tomar MDMA para divertirme en una rave, o en un concierto, es un set y setting muy diferentes, entonces los resultados serán diferentes»¹⁵⁵(E4).

Las entrevistas dan cuenta de que los elementos del ambiente pueden ser de utilidad tanto para encausar al sujeto hacia los objetivos terapéuticos así como también para distraerlo de ellos y encausarlo hacia otro tipo de experiencias, como son las recreacionales. Por esta razón, el hecho de poner atención en el lugar físico donde se ingiere la sustancia implica volcarse hacia lo exterior, lo que si bien puede ser una maravillosa vivencia, al mismo tiempo evita la conexión con uno mismo.

«Yo tengo la impresión de que si tú lo tomas por ejemplo, y eso ya se une con lo recreativo, o sea que si vas a la playa y tomas, yo creo que eso podría ser muy distractor también, o que el sol, que la arena, que el agua, que no sé qué, que no sé cuánto, claro, todo es maravilloso, pero no te conectaste nunca

¹⁵³ «Yes, a lot [the relationship with patients changes with MDMA]. Very much, it is much closer, it is much more open, honest, trusting, on the same level. A lot of them were very disappointed from previous relationships, for example with their parents, with mother and all these stuff, and were cautious or even distrustful about being close or opening up to their therapist, and MDMA is of great help there. Really. I think that is one of the main advantages of MDMA, it really helps to build a trusting relationship with a patient».

¹⁵⁴ «Absolutely yes [LSD could help to have a good relationship with the patient], and I mean the interesting thing is that this kind of transference arises mainly on a non verbal level because we are not talking most of the time during the LSD session, but the patient looks at you, he see's what you do, how you breath, how you look, how you interfere with him, and I don't think this thing I learned from them... its really a strong transference building and also trust building which is not the same situation».

¹⁵⁵ «Well, with all drugs, there is the drug, there is the mind-set and there is a setting. (...) So if I'm going to take MDMA in order to have fun at a rave, or at the concert, a very different set and setting, and so the results will be different».

adentro»(E3).

Se enfatiza que los procesos psicoterapéuticos asistidos con LSD, psilocibina y MDMA deben operar con un setting que permita trabajar con dichas sustancias, lo que marca algunas diferencias respecto de las psicoterapias clásicas. Puesto que se administran en contadas ocasiones dentro del proceso y ya que la duración de sus efectos ronda entre las 6 y 10 horas, se debe contar con un espacio terapéutico que respete estos márgenes de tiempo al momento de administrarlas. Esto significa que deben existir sesiones de aparición esporádica que contengan la duración de los efectos psicoactivos, extensión de tiempo que en sí misma ya conlleva una intensificación de la relación entre terapeuta y paciente, lo que se aprecia claramente cuando se administra un placebo. En este sentido, señalan que la intensificación de la relación entre uno y otro no se debe exclusivamente a los efectos de la sustancia, sino que también al setting que se propicia para ello.

«(...) es muy diferente [la psicoterapia clásica], quiero decir, yo nunca estaría 8 horas o un día con un paciente en la habitación, quiero decir, especialmente esto, esto es único. Y por supuesto sólo estar con una persona 8 horas en una habitación intensifica la relación, incluso sin LSD sería así. Tú no lo harías sin LSD porque, quiero decir, lo hicimos en la sesión con placebo y es bastante difícil cuando ellos tienen el placebo y nos tenemos que quedar por 8 horas, pero cuando tienen LSD y tú estas con ellos por tanto tiempo es un encuentro bastante intenso para los dos, el participante y para mí»¹⁵⁶(E2).

Algunos elementos del setting que destacan debido a su utilidad para enmarcar los objetivos terapéuticos de las sesiones con sustancias, corresponden a la música, el silencio y el ruido, así como también al ordenamiento del espacio interior y del exterior.

7.1. Música, silencio y ruido

En el material de las entrevistas, estos elementos cobran vital importancia como marco para el despliegue de los objetivos psicoterapéuticos que caracterizan a la sesión con sustancia. Se aprecia que el elemento sonoro puede tener diversas formas de aparición, ya que puede tratarse de música, de la falta de sonido o silencios, así como también de ruidos externos a los provocados intencionadamente por el terapeuta.

«(...) durante la acción de la LSD, todos tocamos música para apoyar o evocar sentimientos o lo que sea, o había silencio, sólo silencio para meditar»¹⁵⁷(E2).

«(...) el mismo paciente que mencioné antes, la segunda vez que vino, yo estaba sentado en mi oficina,

¹⁵⁶ *«(...) it's very different [classical psychotherapy] I mean, I never be 8 hours on one day with one patient in the room, I mean, especially this, this is unique. And of course just be with a person 8 hours in a room intensifies the relationship, even without LSD would be like that. You would not do it without LSD because, I mean we did it in the placebo session and it's quite hard when they have placebo and we have to stay for 8 hours, but when they have LSD and you are with them for such a long time is quite an intense encounter for both, the participant and for me».*

¹⁵⁷ *«(...) during the action of the LSD, we all play music for support or music for evoking feeling or whatever, or there was silence, just meditating silence».*

en la calle estaban constuyendo un edificio, estaban esos martillos de aire a presión que sonaban muy fuerte, había martilleo afuera y pensé: “Oh, este pobre paciente, eso lo va a perturbar”, era realmente fuerte, quiero decir, este es un ejemplo de algo que no tiene nada que ver con el paciente, es sólo un trabajo que estaba pasando, un trabajo de construcción que estaba sucediendo. Pero lo interesante es que al día siguiente él dijo: “Escuché este martillo y era tan poderoso, fue bueno escuchar este martillo, yendo hacia debajo de la tierra.” Y él mismo sintió el poder de ésto, y lo llenó de poder, él no estaba perturbado para nada, sólo yo»¹⁵⁸(E2).

Indican que la importancia de la música, el silencio y el ruido reside en que pueden hacer de soporte a los distintos momentos de la experiencia, proporcionando a los sujetos un marco de relajo, de conexión con alguna emoción, o de tránsito por sentimientos, según lo que se requiera en el transcurso de la sesión. Del mismo modo, señalan que el sólo hecho de entrar en conexión con estos elementos sonoros ya puede operar como una experiencia en sí misma, puesto que provocará determinados sentimientos que se pueden sumar a aquellos evocados por los recuerdos e imágenes que ya tenga la persona en ese momento. De cualquier manera, indican que lo que se intenta es que la persona entre en contacto con su propia experiencia y que no se distraiga con elementos externos a ella.

En este sentido, destacan la flexibilidad de estos elementos, así como la amplitud y variabilidad de las funciones específicas que pueden desempeñar.

«Bueno, en un principio esto [la música] puede apoyar a la relajación, entonces la persona puede caer en la experiencia, en un estado relajado, y entonces después si ellos están teniendo una emoción y ellos están teniendo como ansiedad o energía, poner algo de música para apoyar eso, puede ayudarles a realmente sentirlo, a hacerlo realmente grande y a atravesarlo. Y entonces a veces sólo la conexión con la belleza de la música, y el abrir el corazón y la conexión con el amor, la naturaleza, y a veces pongo un poco de música con pájaros, sonidos de naturaleza, ballenas, a veces puede ser realmente bueno. Creo que quieres tener una variedad de música que pueda apoyar diferentes experiencias. Pero también hay quienes no quieren nada de música, algunas personas sólo quieren silencio. Entonces así como en el trabajo de respiración es muy importante, la música es gran parte de él, apoyar esa experiencia, pero también es con MDMA, es importante, pero a veces la persona quiere hablar más o estar en silencio»¹⁵⁹(E5).

Se aprecia que la intensidad de la conexión que se desea ofrecer como soporte se puede regular con el ritmo de la música y con su volumen. Indican que estas diferencias permiten marcar distintos acentos y acompañar diversos tipos de

¹⁵⁸ «(...) the same patient I mention before, for the second time when he came, I was sat in my office, on the road they were building a construction, there was this press air hammers which was very loud, it was hammering outside, I thought: “Oh this poor patient, that will disturb him”, it was really loud, I mean this is an example for something that has noting to do with the patient, it is just a work going on, construction work going on. But the interesting thing was that the next day he said: “I hear this hammer and it was so powerful, and it was so good to hear this hammer, going down into the earth”. And he felt himself the power of this, and it fills him up with power, he was not disturbed at all, only me».

¹⁵⁹ «Well, at the beginning it [music] can supports relaxation, so people can just drop into the experience in a relax state, and then later if they are having an emotion, and they are having like anxiety or energy, to put on some music to support that, it can helps them really feel it, and really make it big and move trough it. And then just sometimes the connection with beauty in music, and opening the heart, and connection with love, and nature, sometimes I put some music that have birds, and nature sounds, whales, sometimes that can be really good. I think you want to have a variety of music it can support different experiences. But then some people doesn't want music at all, some people just want to be quiet. So like in breathwork is really important, music is big part of it, supporting that experience, but it's also with MDMA, it's important, but sometimes people want to talk more or want to be quiet».

experiencias en el transcurso de la sesión.

«Y que la música empiece más o menos suave, pero que cuando están muy activados que tengan una música que suene más fuerte, y que tenga más energía, y eso ayuda a que se queden ahí, en ese espacio»(E6).

Respecto del listado de temas que se escogen para la sesión, los terapeutas señalan que deben realizar un trabajo de selección previa que vaya de acuerdo con los distintos momentos que se pueden producir durante la experiencia. Además, los pacientes pueden también traer sus propios temas musicales o cambiar los que estén escuchando durante la sesión.

«(...) esa es una secuencia de música muy cuidadosamente seleccionada»¹⁶⁰(E1).

«(...) el paciente puede proponer su propia música, o puede decir no me gusta esa y puede cambiarla, pero ellos pueden traer su propia música»(E6).

Tanto la música con palabras, así como la que carece de ellas, pueden realizar acciones de soporte de la experiencia, ya que las palabras dentro de un tema musical también pueden desempeñar esta función. Señalan que lo que se debe tener en cuenta para elegirla es si se desea apoyar la experiencia con palabras que la persona entienda o si se prefiere un idioma desconocido para ella.

«Pero en nuestro estudio no usamos música en inglés, lo que es nuestra referencia tradicional, si va a tener palabras tiene palabras en otro idioma, pero es mayormente sin palabras. Pero en el estudio suizo ellos usan palabras en su música, entonces ellos tienen un enfoque un poco diferente, ellos pueden apoyar una emoción con palabras, lo que es diferente de cómo nosotros estamos entrenados»¹⁶¹(E5).

«Ponemos música que no tenga palabras en inglés, o que tengan palabras pero que ellos no entiendan»(E6).

Los terapeutas enfatizan que la función de soporte que realizan estos elementos no significa que cambien la experiencia que está teniendo la persona.

«Supongo que ellos [los pacientes] podrían tener experiencias diferentes [con los diferentes tipos de música], pero generalmente van a tener la experiencia que ellos están teniendo y la música va a apoyar eso»¹⁶²(E5).

7.2. El espacio interior y exterior

La función de soporte de la música opera con otras disposiciones del *setting*, las que en conjunto posibilitan que la persona entre profundamente en su experiencia

¹⁶⁰ «(...) that is a very carefully selected sequence of music».

¹⁶¹ «But in our study we don't use any English music, which is like our reference traditional if it would have words it's has foreign words, but is mostly no words. But in the swiss study they used words in their music, so they have a little bit different kind of approach, their can of supports an emotion with words, which is different from how we were trained».

¹⁶² «I guess they [patients] could have different experiences [with different kind of music], but usually they are going to have the experience that they are having, and the music it's going to support that».

interna. Al respecto, el uso de auriculares y antifaces, así como la posición recostada del sujeto le ayudarán a ello.

«(...) usualmente le pedimos a la persona que se acueste, se siente o se acueste, que no se distraiga mucho caminando. Básicamente, se les anima a ir hacia adentro, ir hacia donde sea; es una terapia de tipo no directivo»¹⁶³(E4).

Como parte de la disposición del espacio terapéutico externo se consideran los lugares que ocupan los terapeutas, uno a cada lado de la persona, y representando el hombre al padre y la mujer a la madre. Señalan que esto ayuda al paciente a concentrarse sólo en uno de ellos, en caso que requiera hacer un trabajo específico con lo que representan. Además, se considera la posición del paciente como el hijo del grupo, el que se acuesta la mayor parte del tiempo entre ambos terapeutas.

«(...) que siempre haya un lugar donde se pueden acostar, porque la mayoría del tiempo van a estar acostados, se pueden parar y hacer otras cosas, pero la mayoría del tiempo van a estar acostados. Entonces tiene que haber una cama, y una silla a cada lado, entonces los terapeutas nunca van a estar los dos al mismo lado, y a veces es bueno porque a veces la persona está concentrada en una sólo persona, digamos, hay mucha transferencia para saldar algo con el padre por ejemplo, y quieren hablarle solamente al terapeuta masculino. Entonces pueden concentrarse ahí y mirarlo solamente a él, y olvidarse de la persona femenina, o viceversa. Entonces siempre hay uno a cada lado, y también contener ese espacio»(E6).

«(...) es un grupo, el bebé, el papá y mamá son un grupo, y generalmente estamos en grupos»¹⁶⁴(E7).

El hecho de contar con dos terapeutas y no sólo con uno, indican que permite también mantener el espacio seguro, ya que si alguno de ellos debe salir, el otro puede quedarse a cargo.

«(...) una cosa que es realmente importante (...) es la idea de idealmente tener dos guías en todo momento, un hombre y una mujer. No siempre somos capaces de hacer eso, a veces son dos hombres, a veces dos mujeres, pero idealmente dos personas (...) En parte por seguridad [ellos deben ser dos terapeutas y no sólo uno], es realmente importante que el voluntario sea observado en todo momento así que siempre hay una persona, uno de los guías puede irse un par de minutos y volver»¹⁶⁵(E1).

Además, refieren que el hecho de que sea un hombre y una mujer también se asocia a la seguridad que se le debe entregar al paciente, ya que en caso que éste tenga temas sin resolver con alguno de los géneros, puede transitarlos apoyándose en la seguridad que le entrega el otro.

«(...) cuando trabajas con mujeres con Estrés Postraumático, muchas de ellas han sido abusadas sexualmente en su infancia y ellas son muy cuidadosas o incluso desconfiadas de los hombres. Entonces era importante que ella como mujer [terapeuta] estuviera ahí, para que la paciente estuviera respaldada

¹⁶³ «(...) usually people are asked to lie down, sit or lie down, not to be distracted by too much walking. Basically, they are encouraged to go inside, go wherever; it is a non-directive kind of therapy».

¹⁶⁴ «(...) it's a group, the baby, the dad and the mum are a group, and we are mostly in groups».

¹⁶⁵ «(...) one thing that's really important (...) is the idea of ideally having two guides at all time, a male and a female. We are not always able to do that, sometimes its two males, sometimes two females, but ideally two people (...) Partly for safety [they must be two therapists and not only one], it's really important that the volunteer be observed at all times so there is always a person, one of the guides might leave for a few minutes and return».

por la terapeuta mujer, y el hombre no fuera intimidante o causante de ansiedad. Por ejemplo, tuvimos una paciente que había sufrido abusos sexuales severos durante su infancia, y ella se habría bajado de un bus si iba un hombre en el bus, entonces ella normalmente andaría en buses vacíos o si sólo iban mujeres adentro. Y ella vino a nosotros para hacer este tipo de terapia, y ella se tuvo que recostar y cerrar sus ojos y un hombre estaba al lado suyo, y después de la primera sesión este síntoma se fue, ella era capaz de tolerar esto nuevamente»¹⁶⁶(E7).

También destacan un sentimiento de seguridad en el ambiente a partir de la utilización de la grabación del audio y video de la sesión con sustancia. Indican que esto enfatiza el rol profesional de los terapeutas ante el paciente.

«Entonces grabamos el audio y video cada sesión, realmente para enfatizar el sentido de seguridad, y también la responsabilidad en términos de nuestro rol, que somos seguros, que somos consistentes y profesionales»¹⁶⁷(E1).

8. Diferencias entre el uso psicoterapéutico y el recreacional

Es importante destacar que ningún terapeuta entrevistado mencionó haber utilizado estas sustancias en un contexto recreativo, sino que todas sus experiencias, entrenamientos y el sentido de uso que les adjudican a estas drogas convergen en finalidades terapéuticas.

Al respecto indican que no están en desacuerdo con el uso recreacional, sino que más bien les parece que ese es un desaprovechamiento de las posibilidades que otorgan estas sustancias. Les parece que lo recreacional ha desenfocado el sentido de conexión con uno mismo y con la dimensión espiritual o transpersonal de la que somos parte, lo que emerge fácilmente con estas drogas.

«O sea no es que esté mal [el uso recreativo], pero la verdad es que es como desaprovecharlo digamos, como que tiene un potencial tan tremendo para examinarse, para sentir»(E3).

Sobre las experiencias recreacionales se encontró que su sentido reside en la obtención de una vivencia sensorial y estética, y/o por diversión, por lo que el ambiente externo es fundamental para encausarla. De esta manera, la belleza de elementos como la naturaleza y los acontecimientos que puedan emerger con los amigos destacan como relevantes.

«(...) hay diferentes capas o categorías, si tratamos de traer lenguaje para describir las experiencias. Cuando la gente toma hongos recreacionalmente, puede que tengan experiencias estéticas-sensoriales. Entonces ellos están afuera en la naturaleza, las cosas son muy bellas, están con amigos, los están

¹⁶⁶ «(...) when working with women with PTSD, many of them had had sexual abuse in childhood and they were very cautious or even distrustful about men. So it was important that she as a woman [therapist] was there, so the patient was backed up by the woman therapist, and the man was not so intimidating or causing anxiety. For example, we had one patient who had really sever childhood sexual abuse, and she would get out of a bus if there were men in the bus, so she would normally ride a bus if it was empty or if there was only women inside. And she came to us to do this kind of therapy, and she had to lie down and close her eyes and a man was at her side, and after the first session this symptom was gone, she was able to tolerate this again».

¹⁶⁷ «So we audio record, we video record every session, really to emphasise the sense of safety, and also accountability in terms of our role, so that we are safe, so that we are consistent and professional».

tomando recreacionalmente»¹⁶⁸(E1).

Se señala que durante las experiencias recreacionales también pueden acontecer vivencias significativas y espirituales para las personas, así como también durante la psicoterapia pueden suceder experiencias que no sean significativas. Sin embargo, existe acuerdo entre los entrevistados en que es más productivo tener experiencias terapéuticas con estas sustancias porque permiten la apertura de otra perspectiva distinta a la recreacional, es decir posibilitan el crecimiento personal.

Además se enfatiza que si bien se pueden tener experiencias significativas en un marco recreacional, ello no es sinónimo de que puedan realizarse entrenamientos o formaciones de terapeutas en dicho contexto.

«Yo diría que no hay diferencia, tú puedes tener una experiencia muy significativa también en una fiesta rave, estoy absolutamente seguro, y puedes tener experiencias no tan significativas también en terapia, no hay garantía. Yo diría que a la larga es más productivo tener más experiencias terapéuticas porque hay otra perspectiva; tú tomas en el marco terapéutico para el crecimiento personal, para el desarrollo personal»¹⁶⁹(E2).

Se aprecia en las entrevistas que debido a diversos factores las vivencias significativas que se obtienen en contextos recreativos si bien pueden ser importantes para toda la vida, no logran ocupar el mismo lugar y sentidos que adquieren aquellas que acontecen en un contexto terapéutico, a pesar de que la persona se esfuerce en incorporar esa experiencia al momento de tenerla o con posterioridad.

«Yo he tenido personas que me han llamado porque saben que estoy haciendo el estudio, o porque saben que yo he hecho otros estudios, me llaman y me dicen: “Yo quiero venir porque tuve una experiencia y quiero integrar esta experiencia, o quiero tener un sentido de qué fue lo que pasó y en realidad no lo entiendo bien, o quiero trabajarlo un poquito”, y a veces esa gente viene y trabaja esa experiencia que tuvieron cuando lo hicieron recreativamente... pero sienten tanto. Bueno, fue una experiencia importante, entonces lo quieren procesar más, pero yo creo que es casi como leer un libro que es increíble y después no tengo con quien hablarlo, lo cierro y luego es un poquito más difícil tenerlo presente»(E6).

Además se mencionan ciertos elementos presentes en el marco psicoterapéutico que permiten que la experiencia tome este rumbo y no uno recreacional. Si bien el sujeto y la sustancia pueden ser los mismos, cuando se lleva a cabo una vivencia terapéutica los resultados que derivan de los efectos de la droga son muy distintos.

¹⁶⁸ «(...) there are different layers or categories, if we try to bring language into describe the experiences. When people take mushrooms recreationally, they might have sensory-aesthetic experiences. So they are out in nature, things are really beautiful, they are with their friends, they are taking it recreationally».

¹⁶⁹ «I would say that there is not difference, you can have very meaningful experiences on the rave party also, I'm absolutely sure, and you can have not so meaningful experiences in therapy also, there is not warranty. I would say on the long run it's more productive to have more therapeutic experiences because there is another perspective; you take it in therapeutic framework for personal growth, for personal development».

8.1. Expectativas psicoterapéuticas

Los entrevistados señalan que las expectativas psicoterapéuticas resultan fundamentales para la obtención de una experiencia terapéutica con estas sustancias, ya que el sentido de esta vivencia reside en llevar a cabo un proceso. Además ello implica que las experiencias significativas que pueda tener el sujeto no consisten sólo en “buenos sentimientos”, puesto que en terapia las experiencias significativas también pueden conllevar sentimientos “negativos”.

Señalan que esto marca ciertas diferencias con las expectativas que se buscan en contextos festivos, ya que en ellos se tiene como objetivo entretenerse y tener sólo buenos sentimientos. En caso que estos aspectos no se logren en un escenario festivo, las expectativas del sujeto no se cumplen, por lo que la persona “se pierde la fiesta”.

«Yo diría que las expectativas [hacen que una experiencia sea terapéutica y no sólo de entretención]. Cuando tú vas a entretenerte tú quieres divertirte, tener una buena tarde o buena noche, y al día siguiente tú dices: “Oh, esto fue genial, ahora estoy cansado, voy a dormir un poco”. Tú te acordarás de esto como una buena experiencia. En terapia tú dirías: “Quiero hacer un proceso con esto, entonces al día siguiente yo lo recordaré y me haré algunas preguntas”, ésta es una diferencia. Después hay otra diferencia, cuando tú vas a una fiesta, sólo quieres tener sentimientos buenos, ese es el sentido de la fiesta, y cuando vas a terapia tú quieres tener experiencias significativas, y eso pueden ser sólo sentimientos negativos, y tú estás dispuesto a aceptar dificultades también, entonces esto no es algo sin sentido. Cuando vas a una fiesta y tienes malos sentimientos entonces es algo sin sentido, tú te pierdes la fiesta»¹⁷⁰(E2).

8.2. La exploración interna como objetivo

Los entrevistados concuerdan en que el potencial terapéutico de estas sustancias reside en que favorecen la exploración interna del sujeto, por lo que no serían idóneas para ser utilizadas en contextos festivos, en caso que se deseen utilizar para ello. Indican que los marcos recreacionales no propician este tipo de exploración y demandan atención hacia aspectos externos de la persona.

«Claro, es todo lo contrario [no te sacan de la realidad], te traen a una realidad más profunda. O sea, claro, te sacan de la realidad idiota que vive el mundo occidental, pero te traen una cosa que es justamente... y por eso es que no puede ser recreativo, en mi opinión, porque tú no puedes dedicarte a carretear con esto, sino que más bien esto sirve para que tú conozcas otros niveles de profundidad en ti mismo. O sea no es para incitarte a otra cosa»(E3).

¹⁷⁰ *«I would said the expectations [make an experience to be therapeutic and not only entertaining]. When you go for entertainment you want it to be entertained, have a good evening or a good night, and the next day you say: “Oh this was great, now I’m tired, I’ll sleep a little bit”. You will remember this as a good experience. In therapy you will say: “I want to make a process out of this, so the next day I’ll remember it and I’ll ask me some questions”, this is one difference. Then is another difference, when you go to a party, you want to have good feelings only, that’s the sense of the party, and when you go to therapy you want to have meaningful experiences, and this can be only bad feelings, and you are willing to accept difficulties also, this is not then something meaningless. When you go to a party and you have bad feelings then is something meaningless, you miss the party».*

8.3. La persona del terapeuta y la relación psicoterapéutica

Señalan que un elemento que permite que la experiencia con la sustancia adquiera propiedades psicoterapéuticas es la presencia de un terapeuta que realice sus labores como tal.

«(...) lo he visto en unas ocasiones donde las personas han tenido la experiencia [importante con sustancias en un contexto recreacional], pero porque no tienen a las personas adecuadas con quien hablarlo [no resulta terapéutico]»(E6).

Indican que una de las labores del terapeuta consiste en sostener una relación psicoterapéutica con su paciente, lo que resulta fundamental para poder integrar la experiencia significativa que se tuvo con la sustancia.

«(...) y para eso [para integrar los buenos insights que tienes bajo el efecto de drogas a la vida cotidiana] tú necesitas terapia, y necesitas esta relación paciente-terapeuta y un terapeuta que diga: “Vamos, sigue con esto. ¿Qué hiciste mientras tanto? ¿Y por qué?” Y todas esas cosas»¹⁷¹(E7).

Puesto que lo traumático o aquello que a problema al sujeto aconteció entre él y otra persona, para llevar a cabo un acto terapéutico con ello se requiere al terapeuta. El hecho de que el paciente pueda abrirse ante él para decir cosas de sí mismo que le son difíciles, implica que éstas dejen de ser algo secreto que sólo él sabe. Además los entrevistados señalan que la reacción del terapeuta ante ello es lo que puede hacer una diferencia importante para el paciente, ya que puede permitir que su experiencia se humanice y que se repare el daño que hizo otro.

«Además de que, incluso si yo tomo MDMA por mi cuenta con una intención terapéutica, incluso si digo: “Lo haré por mi cuenta”, es un error, porque el trauma, cualquier cosa que te a problema, pasó entre tú y otro, entonces el problema nunca está dentro tuyo, el problema es siempre entre medio, y entonces necesitas mirar ese entre medio y si no estás con un terapeuta, si no estás con otra persona, entonces no hay entre medio. No es como, yo hice mucho trabajo por mi mismo solo, con y sin el uso de drogas, pero hay una calidad diferente en el grado de apertura en que uno se puede abrir con estas drogas, con otro ser humano. For ejemplo, la vergüenza. Si estoy solo y puedo abrirme a algo que pasó o hice, o estuve involucrado, yo todavía puedo mantenerlo como secreto. Pero si lo estoy compartiendo contigo lo estoy volviendo público. Y luego, tu reacción a eso significa el mundo. Porque si tú levantas una ceja y dices: “¿Qué? ¿Tú hiciste eso?”, entonces si el terapeuta avergüenza al paciente es el fin del juego. Pero si el terapeuta no lo hace, entonces la experiencia se humaniza. Entonces lo que alguien te hizo no puede resolverse a menos que tú estés con alguien a quién puedas expresarlo. Entonces generalmente lo que te mata es el secreto. Y de alguna manera, tú necesitas a otro para no tener un secreto. De alguna manera, si tú haces trabajo psíquico solo, tú aún lo mantienes en secreto»¹⁷²(E4).

¹⁷¹ «(...) and for that [for integrate your good insights on drugs into daily life] you need a therapy, and you need this patient-therapist relationship and a therapist who says: “Come on, stick to it. What did you do in the meantime? And why?”, and all these things».

¹⁷² «Apart from which, even if I take MDMA all by myself with therapeutic intent, even if I say: “I’ll just do it by myself”, it’s a mistake, because the trauma, anything that troubles you, happened between you and another, so the trouble is never inside you, the trouble is always between, and so you need to look at the between and if you are not with a therapist, if you are not with another, then there is no between. It’s not like, you know I did a lot of work for myself alone, with and without the use of drugs, but there is a whole different quality to open up to the degree that one can open up under these drugs, with another human being. For example, shame. Like if I’m alone and I open up to something that either happened or I did, or I was involved in, I still can keep it a secret. But if I’m sharing it with you it becomes public. Then,

8.4. La integración de la experiencia

Los entrevistados señalan que la integración es relevante en psicoterapia porque permite comprender lo que aconteció con la sustancia. Éste es un elemento con el que no se cuenta en un escenario recreativo.

«Sí, tienen buenos insights [en contextos recreacionales] pero no los integran a su vida cotidiana»¹⁷³(E7).

Señalan que el sentido del trabajo de integración reside en que permite la mantención del recuerdo y de la reflexión del sujeto a lo largo de tiempo, sobre aquello que vivió y aprendió durante la sesión con droga. Por esta razón se genera un espacio dentro de la psicoterapia para realizar esta labor.

«Entonces esa es la integración, pero de verdad son probablemente cerca de 15 a 20 horas de integración apoyada y estructurada. Esto es vital, porque cualquier experiencia, ya sea que la juzgemos buena o mala en nuestras vidas, puede ser desechada, categorizada, compartimentada, o absolutamente olvidada. Entonces realmente queremos crear un contexto para que la gente continúe pensando en lo que han aprendido»¹⁷⁴(E1).

Indican que la integración consiste en un proceso de diversos pasos. Cuando empieza a disminuir el efecto de la sustancia, la persona puede comenzar a sentir miedo o ansiedad debido a ello, puesto que teme volver a sentirse como estaba antes de la experiencia. En este momento, ya se comienza un primer aspecto del trabajo de integración, puesto que se les destaca que ellos pueden volver a recordar la experiencia cuando quieran y traer las sensaciones que tenían. En este sentido, se vuelven conscientes de que lo vivido no es efecto de la droga sino que es algo de ellos y que es una experiencia real. Indican que esta toma de conciencia se lleva a cabo al mismo tiempo que realizan un duelo por el término de la vivencia con la sustancia.

«Yo creo que el miedo sí regresa [cuando va disminuyendo el efecto de la MDMA]... muchas veces las personas cuando empiezan a regresar sienten miedo de... sienten un duelo, como una pérdida, porque es como: "Wow, yo me sentía tan bien, y me sentía conectada, y había unión, y ahora estoy volviendo a sentir lo que estaba sintiendo". Entonces hay un momento en que muchas personas sienten como esa ansiedad, pero eso es parte de la integración, porque es hacerles recordar que ellos se pueden acordar de lo que pasó, que no es algo como que olviden (...) el principio de esa integración, de saber que esto no es la sustancia: "Ésta soy yo que sintió esto, yo soy la que lo puedo volver a sentir, yo soy la que estoy aquí, yo soy la que sentí lástima por... hasta lástima por la persona que me abusó. Y que todo eso es verdad, y todavía se siente, y está presente". Entonces esto es el principio de la integración, aunque durante ese tiempo también está ese duelo, y ese sentido de que: "No sé si voy a poder regresar a ese sentimiento, no sé qué voy a hacer ahora", y por eso yo creo que es tan importante entonces la integración»(E6).

and your reaction to it means the world. Because if you raise one eyebrow: "What? You did that?", so if the therapist shames the patient is game over. But if the therapist doesn't, then the experience gets humanised. So what somebody did to you cannot be resolved unless you are with somebody that you can express it. So often what kills you is secrets. And in a way, you need another not to have a secret. In a way, if you do your psychedelic work alone, you still keep it secret».

¹⁷³ *«Yes, they have good insights [in recreational settings] but they don't integrate this into daily life».*

¹⁷⁴ *«So that's the integration, but really probably about 15 to 20 hours of supported structured integration. That's vital, because any experience, whether we judge it to be good or bad in our lives, it can be dismissed, categorised, compartmentalised, and completely forgotten. So we really want to create a context for people to continue to reflect on what they've learned».*

Refieren que una vez que termina el efecto de la droga se continúa la integración, labor que se sostiene durante los días siguientes a la ingesta de la sustancia, y que puede implicar una disponibilidad de 24 horas del terapeuta.

«Y también la sustancia solamente se queda en el cuerpo... bueno a las 4 horas ya no está, las personas están bien, pero todavía tenemos otras 4 horas en las que nos quedamos con ellos para poder tener esa parte en la que ellos no están bajo la influencia de la sustancia, pero que es parte de la integración. (...) Y después al otro día, el sábado, regresamos nosotros a hacer otra vez integración, y los llamamos por 7 días, en que estamos en contacto con ellos, y ellos pueden estar en contacto con nosotros cuando quieran. Estamos las 24 horas al día, a mitad de la noche ellos pueden querer hablar»(E6).

En este sentido, cuando termina la sesión con el fármaco, el trabajo de integración que puede realizar la persona consiste en mantenerse conectado con lo que sucedió durante la experiencia. Por esta razón, señalan que se le da la indicación de mantenerse vinculado con su proceso, consigo mismo, y sobre todo con sus sensaciones corporales y sentimientos.

«Entonces cuando están de vuelta en las sesiones, decimos: “Ándate a casa, tómalo con calma, descansa, anda a la naturaleza, no estés con mucha gente, no te involucres con gente con la que tienes conflictos, y sólo deja que el proceso esté ahí.” Puede que vengan en oleadas incluso después de la sesión, y luego hablamos por teléfono cada día por una semana, y luego nos tratamos de juntar unos pocos días después de la sesión, entonces tú tratas de incentivarlos a tener una práctica donde ellos escriben en un diario acerca de lo que quieren, o ellos van a la naturaleza o hacen yoga, ojalá, no todo el mundo hace esto pero tú les incentivas eso, y tú también les dices que practiquen estar simplemente sentados consigo mismos notando su cuerpo y sus sentimientos»¹⁷⁵(E5).

Los terapeutas enfatizan que la integración de la experiencia con la sustancia también implica narrar lo que les sucedió una vez que la vivencia se acaba, lo que suele ser al día siguiente. En ese momento, el terapeuta se entera de lo acontecido, al mismo tiempo que el paciente comienza a incorporar lo vivenciado y a comprenderlo a medida que lo pone en palabras que le hagan sentido. Este trabajo también puede implicar que ambos se vayan dando cuenta de ciertos aspectos o sentimientos que no aparecieron mucho durante la sesión, de aspectos que el paciente no recordaba o que realicen una interpretación de ciertos elementos simbólicos.

«(...) el primer paso es decir, porque decir es también.... Diciéndoles a otros también te dices a ti mismo, entonces encontrar las palabras para cosas o experiencias que son muchas veces difíciles de tener palabras para ellas, es una tarea difícil pero necesaria porque las palabras ayudan a tenerlo en mente. Entonces luego tienes que traducirlo de alguna manera, de acuerdo a cuán importante es eso, o cuánto significa, de alguna forma es como un sueño en el cual tú tienes que interpretar para decir, sólo un ejemplo: “Vi colores hermosos”, quiero decir, ¿qué significa? ¿Significa nada o todo? Tú tienes que realmente ponerlo en un marco de palabras, el que hace sentido para tu propia vida»¹⁷⁶(E2).

¹⁷⁵ «So when their are back in the sessions, we say: “Go home and take it easy, rest, be in nature, don’t be with a lot of people, don’t get involved with people that you have conflicts with, and just let the process be there”. May they come in waves even after the session, and then we talk in the phone every day for a week, and then we try to meet in a few days after the session, so you try to encourage them to have a practice where they write in a journal about what they want, or they go in nature or they do yoga, hopefully, not everybody does that but you encouraged that, and you also telling them to practice just sitting with themselves and noticing their body and noticing their feelings».

¹⁷⁶ «(...) the first step it is to tell, because telling it is also... you telling to others but you also telling to

Además, refieren que parte del trabajo de integración que se puede realizar después de la sesión con sustancia, consiste en que la persona lleve a cabo una tarea de escritura respecto de su experiencia, para que así tenga un registro con sus propias palabras sobre lo vivenciado. Esto podrá servirle más adelante para despertar el recuerdo de su experiencia.

«Pero al día siguiente le pedimos al voluntario que nos entregue una página o más de escritura acerca de su experiencia. Queremos que traduzcan el recuerdo y lo pongan en una forma, en sus propias palabras, para que tengan un depósito de lo que experimentaron. Queremos que ellos lo recuerden y lo valoren y aprendan de él, y que lo tengan en sus propias palabras, para que en 25 años más ellos puedan pensar: “Oh, espera, yo escribí algo acerca de eso” y ahí está, y ellos pueden leer su propia experiencia, una especie de volver a encender o de volver a despertar lo que ellos pueden tener, en ese punto, largamente olvidado y ya fuera de su contacto. Así que realmente apoyamos que la gente haga un montón de escritura acerca de su experiencia»¹⁷⁷ (E1).

Otra herramienta que refieren para la integración es el dibujo, el que puede ser útil para recordar la experiencia, así como también para darle voz y forma a aspectos poco claros.

«Y no sólo hablando [van recordando e integrar], sino que también a veces con el dibujo. A veces pueden pintar cosas... intentan más que nada dibujar, y empezar a relacionar algo que tal vez no tenía voz. Y al hacerlo por el modo del dibujo... es una buena herramienta tener algo con que ellos puedan dibujar, pintar, sobre todo para experiencias que han pasado en una etapa pre verbal»(E6).

En relación con la integración del trauma o el motivo por el cuál se hace la psicoterapia, los días siguientes de la sesión con droga la persona puede sentirse más sensible a ello, lo que puede vivenciarse como una buena sensación pero que al mismo tiempo genere miedo. Sin embargo, los terapeutas señalan que el sujeto ya está posicionado de otra manera en relación a lo traumático, por lo que puede explorarlo más y verlo de otra forma.

«(...) al principio, los primeros dos días [después de la sesión con droga], puede ser todavía más fuerte [el trauma], porque todavía están abiertos, todavía están con su corazón abierto, con esa sensibilidad. Entonces pueden sentir las dos cosas, que tienen el corazón abierto, lo que es una sensación buena y al mismo tiempo es una sensación que da miedo. Pero al mismo tiempo es tener un contexto distinto, de cómo están mirando el trauma: “Que tal vez lo siento, pero es un poquito distinto, entonces ya, ok, lo puedo mirar un poquito distinto, puedo empezar a no sentirlo tan fuerte, a explorarlo un poquito más, y a hacerlo despacio, despacio”»(E6).

yourself, so finding words for things or experiences that are often very hard to have words for that, it's a difficult task but is necessary because the words help to keep it in mind. And then you have to translated in a way, in the way of how important is that, or how that's mean, somehow is like a dream which you have to interpreted to said, just an example: “I saw beautiful colors”, I mean, what does it means? Does it mean anything or everything? You have really to put it in a frame word, which makes a sense for your own life».

¹⁷⁷ *«But the next day we ask the volunteer to give us some, one page or greater writing about their experience. We want them to translate the memory, and put it into form, in their own words, so that they have a repository of what they experience. We want them to remember it and value it and learn from it, and have it in their own words, so that 25 years later they can think: “Oh wait, I wrote something about that” and there it is, and they can read their own experience, kind of re kindle or re awaken what they might have, at that point, largely forgot and gone out of touch with. So we really support people doing a lot of writing about their experience».*

En las entrevistas se destaca que si bien al principio la integración se realiza reflexionando, a continuación es fundamental consolidarla llevando a cabo modificaciones en la vida cotidiana. Esto se señala tanto para elementos inconscientes que emergieron durante la sesión, como con aquellos que el sujeto ya hizo conscientes.

«(...) que la persona aterrice... aterrizar significa que tú lleves esto a lo cotidiano, que lo que tú aprendas en esta experiencia lo puedas internalizar, lo puedas llevar a tu estilo de vida, que si por ejemplo tú te das cuenta en una situación como esa en que te ocultas, que no dices lo que tú sientes, bueno, entonces el asunto es si vas a empezar a hacerlo o no. O quizás tú te das cuenta que te rodeas de cosas feas, o que en la pieza donde tú duermes como que se juntaron las cosas por azar, cosas así... quizás hay más sensibilidad con el entorno, las cosas que tú haces todos los días... yo creo que eso es una parte importante, porque uno podría pasárselo tomando estas cosas [drogas], pero el tema es cómo lo va a llevar a la vida cotidiana, o sea qué cambios vas a hacer en tu vida cotidiana que reflejen lo que tú aprendiste, eso es muy importante, y quizás eso es todo»(E3).

Los terapeutas entrevistados destacan que el hecho de tener un *insight* durante la sesión con droga no implica una integración de la experiencia y de lo que se toma conciencia, puesto que eso no genera modificaciones en la vida cotidiana de la persona. Indican que el *insight* puede ayudar a que la persona se dé cuenta de ciertos aspectos y para que decida llevar a cabo determinados cambios en su vida, pero para que dichas modificaciones se vuelvan reales, la persona debe ejecutarlas en su cotidianeidad. En este sentido, enfatizan que de esto se trata hacer psicoterapia, de llevar a cabo cambios en la vida diaria y modificar hábitos. Además, indican que en este proceso, la sustancia vendría a mostrar un camino, como un mapa.

«Entonces el cambio real ocurre con trabajo duro, cambiando hábitos. El insight es bueno para motivarte, para trabajar en cambiar los hábitos. Si tú mantienes el ambiente que te hace sentirte mal, si tú no cambias tus hábitos, tú puedes tener insights hasta que “las vacas vuelvan a casa”, y nada va a cambiar»¹⁷⁸(E4).

¹⁷⁸ *«So the real change occurs in hard work, to change habits. The insight is good to motivate one, to work on changing habits. You keep the environment that makes you feel bad, you don't change your habits, you can have insights until “the cows come home”, and nothing would change».*

V.- DISCUSIÓN

“Muchos de los nuevos principios descubiertos en el transcurso de la investigación psiquedélica son de una naturaleza sumamente práctica y directamente aplicables a situaciones terapéuticas sin el uso de sustancias psicoactivas. Aquí corresponde una nueva y revolucionaria comprensión de la naturaleza y arquitectura de los trastornos emocionales y psicosomáticos, incluyendo ciertas formas de psicosis, mecanismos efectivos de curación y transformación, técnicas terapéuticas y estrategias de autoexploración”
(Grof, 2005, p. 11).

Para introducir este apartado, resulta fundamental recordar que si bien el presente estudio se posiciona desde una perspectiva analítica freudiana para indagar y describir las terapias asistidas con psilocibina, MDMA y LSD, los terapeutas entrevistados pertenecen a diversas corrientes teóricas psicológicas; razón por la cual el material encontrado en las entrevistas en profundidad da cuenta de otros enfoques teóricos. Sin embargo, a continuación se desarrolla una discusión que considera tanto los aspectos psicoanalíticos que pueden ponerse a dialogar con el material encontrado, así como otros elementos que pueden pertenecer a otras corrientes psicológicas pero que no dejan de ser interesantes para ser abordados.

Al hacer un trabajo reflexivo y comparativo sobre la información recopilada tanto en el marco teórico como en las entrevistas, se ha realizado una distribución de la discusión en 6 apartados. Esto permitirá hacer más comprensibles los elementos que se quieren presentar para así poder hacerlos dialogar.

Se debe destacar que la presente discusión desea vincular lo encontrado en las entrevistas con el objetivo general que orientó esta investigación, intentando describir en un primer apartado lo referente a las psicoterapias asistidas con LSD, MDMA y psilocibina. También en dicho ítem y en los posteriores se intenta enfatizar respecto de los novedosos elementos que han surgido durante el proceso de este estudio, por lo que se pondrá atención a aquellos aspectos más relevantes y se agruparán en ítems explicativos.

De esta manera, la primera parte da cuenta de los tipos de procesos psicoterapéuticos asistidos con drogas que se han encontrado en la presente investigación. Éstos se describen a partir de dos formas de clasificación: de acuerdo al contexto en el que se despliegan (ensayo clínico o condiciones ideales) y según el tipo de sustancia que se utilice (fármaco de prescripción o droga ilegal como la MDMA, LSD o psilocibina).

En este mismo apartado se abordan dos aspectos que han surgido como relevantes para comprender las terapias asistidas, los que se señalan como sub-ítems. El primero refiere la dimensión política de dichos procesos, lo que se liga con la dimensión real de la experiencia con la sustancia. El segundo ingresa en el terreno de las definiciones de los términos clínicos y de las explicaciones de los procesos psíquicos que han surgido en el presente estudio. En este ítem se otorga especial mención a los planteamientos de Freud y Grof, así como también se mencionan algunas

convergencias entre la terapia psicoanalítica y las terapias asistidas por LSD, psilocibina y MDMA.

Un segundo apartado de la discusión da cuenta de la emergencia del cuerpo como dimensión fundamental que posibilita la realización de las terapias asistidas. Al respecto destaca tanto el cuerpo del paciente como el cuerpo del terapeuta; los que al interactuar de ciertas maneras durante las terapias asistidas, marcan algunas diferencias respecto de las terapias de corte psicoanalítico.

Una tercera parte ofrece una reflexión sobre la clasificación de los efectos de la LSD, psilocibina y MDMA que ha sido descrita en los resultados y que puede ser de utilidad para el trabajo clínico. Aquí se explica lo encontrado y además se explicita su vínculo con la persona que vivencia dichos efectos en terapia; específicamente se plantea la pregunta respecto de si dichos efectos corresponden a las sustancias, o si más bien son propiedades del sujeto –situación en la que se postula que dichas drogas sólo las potenciarían-.

Un cuarto apartado aborda ciertos aspectos relevantes del terapeuta que se desprenden de los resultados encontrados. Se pone especial atención a la relación entre las técnicas terapéuticas que debe manejar y aquello que es potenciado por las sustancias.

La quinta parte considera ciertos aspectos del *setting*, sobre todo dos elementos que emergen como fundamentales para el despliegue de las terapias asistidas. El primero da cuenta de la música, el ruido y el silencio, los que han sido reunidos bajo el concepto de la acústica. El segundo elemento refiere al espacio, el que considera ciertos vínculos que se dan entre el espacio interno y externo del sujeto, y que ordenan y encausan la experiencia psicoactiva.

El sexto apartado menciona cuatro aspectos que hacen que una experiencia psicoactiva sea terapéutica y no recreacional: las expectativas psicoterapéuticas del paciente y del terapeuta, la exploración interna del sujeto como objetivo a seguir, la persona del terapeuta junto con el vínculo de carácter clínico que se genera entre él y su paciente, y el trabajo de integración de la experiencia.

1. Tipos de procesos psicoterapéuticos asistidos con sustancias psicoactivas

En la presente investigación, a partir del análisis de contenido del material de las entrevistas realizadas a los terapeutas, se han encontrado diversos tipos de “psicoterapia asistida con sustancias psicoactivas”. Cabe destacar que dicha diversidad no se debe a los 3 tipos de drogas aquí indagadas -LSD, psilocibina y MDMA- sino que a otros aspectos.

Los distintos tipos de psicoterapias asistidas que se observaron pueden adscribirse a dos tipos de clasificaciones.

Por una parte, se pueden agrupar según el contexto en que se despliegan, es decir: a) si ocurren durante un ensayo clínico ó, b) bajo condiciones ideales de psicoterapia. De esta forma, el contexto es el que dará cuenta del tipo y cantidad de normas que encuadran los procesos psicoterapéuticos realizados en ellos.

Por otra parte, las psicoterapias asistidas se pueden clasificar de acuerdo al tipo de droga que se utilice, o sea si corresponde a: c) un fármaco de prescripción ó, d) una droga ilegal como la LSD, psilocibina o MDMA. En esta categorización, es el tipo de

fármaco el que dará cuenta del sentido político y ético que orienta dicho proceso psicoterapéutico.

A continuación profundizaremos en cada uno.

a) Los contextos de ensayos clínicos se caracterizan por poseer ciertos determinantes respecto de lo que será o no un proceso psicoterapéutico, lo que está claramente estipulado en las normas o protocolos. Estos documentos definen los objetivos psicoterapéuticos que se deben alcanzar, los que consideran que la cura o mejoría de un paciente está determinada por la disminución o remisión de un síntoma. A modo de ejemplo, se señala la ansiedad como síntoma a evaluar en procesos clínicos realizados con personas que padecen de cáncer terminal.

Si bien este marco no permite dar cuenta a cabalidad de todos los ámbitos del sujeto y de su calidad de vida que se pueden ver favorecidos –o no- con el proceso que se realiza, en las entrevistas se señala que esta forma de trabajo clínico también permite simplificar su evaluación ante organismos como la Food and Drug Administration de Estados Unidos (FDA), la que está a cargo de autorizar estos ensayos.

Este intento de realizar los procesos psicoterapéuticos de forma simple y homogénea –para luego poder ser comparados con otros estudios-, implica también algunos determinantes sobre los roles del terapeuta y del paciente. Ambos deben mantenerse bajo ciertas normas, las que deben cumplirse a cabalidad ya que permiten validar el estudio. El paciente debe dejar otras medicaciones que esté tomando, no puede cambiar de terapeuta durante el transcurso del ensayo, debe continuar con las sesiones con placebo en caso que sospeche que lo está ingiriendo, entre otras situaciones. El terapeuta debe estar disponible para el paciente a toda hora luego de la sesión con la droga, sus intervenciones deben mantenerse dentro del rango que se estipula, durante la sesión con sustancia debe evaluar cada cierto tiempo cómo se encuentra el paciente –en términos físicos y psíquicos-, entre otras.

En este sentido, la norma determina la cualidad del proceso que se lleva a cabo, así como también su aspecto cuantitativo, ya que establece la cantidad de sesiones que se deben realizar, y cuánto tiempo debe transcurrir entre una y otra.

De esta manera, las normas marcan también el tipo de vínculo terapéutico que se puede dar entre paciente y terapeuta, el que es caracterizado por los entrevistados como una relación de mucho cuidado y atención sobre el paciente, lo que reconocen que no es necesariamente bueno para el trabajo clínico que una persona puede requerir.

Cabe destacar que este formato de trabajo puede operar tanto con sustancias ilegales –como la LSD, psilocibina y MDMA- como con drogas de prescripción, ya que para estas últimas también rigen normas de protocolos durante los ensayos clínicos que se realizan con ellas.

En las entrevistas llevadas a cabo, estas normas han sido caracterizadas como constreñidoras respecto del trabajo que puede realizar el terapeuta y el paciente –al ser comparado el ensayo clínico con una terapia clásica asistida o no con drogas-. Sin embargo, al mismo tiempo se observa que implican la configuración de un cierto tipo de psicoterapia particular, en la que también emergen acontecimientos terapéuticos, movimientos y resultados –favorables o no- para el paciente. En este sentido, este marco de trabajo muestra que tiene sus efectos sobre el paciente y el terapeuta, si bien puede resultar insuficiente como proceso psicoterapéutico total. Es este aspecto

el que aquí se desea destacar, por lo que se ha clasificado como un tipo de psicoterapia asistida con sustancias.

Además, puesto que los terapeutas se deben ceñir a las normas para luego ser evaluados –y así validar su trabajo- se aprecia que deben realizar un mayor esfuerzo en este tipo de psicoterapia, al tener que actuar en concordancia con lo que se estipula, y no según lo que se requiera espontáneamente en cada momento del proceso. Esto permite suponer que un proceso clínico con mayor libertad y menos normas establecidas a priori, puede implicar un menor gasto de energía de este tipo por parte del terapeuta.

Asimismo, puesto que las normas implican que por escasez de tiempo no se puedan abordar todos los temas que son relevantes para la persona, se puede suponer que una clínica llevada a cabo con mayor disponibilidad de tiempo y flexibilidad, permite más acciones creativas y espontáneas orientadas hacia lo terapéutico, ya que ello permitiría profundizar en aspectos que quedan restringidos por las reglas impuestas a priori en los ensayos clínicos.

b) Los contextos ideales para realizar procesos psicoterapéuticos asistidos con fármacos también se caracterizan por poseer ciertas reglas que no están estipuladas en documentos. Estas normas corresponden a la mantención de una cierta flexibilidad que permita que el proceso se oriente según los acontecimientos que van sucediendo en el transcurso de las sesiones. En este sentido, los objetivos terapéuticos y lo que atañe a la cura, se van modificando a medida que el sujeto va trabajando los temas problemáticos que van emergiendo durante su proceso.

Esta forma de trabajo clínico implica también ciertos roles para el terapeuta y el paciente, los que se ven determinados de acuerdo a la forma de trabajo del primero, y según la corriente teórica psicológica a la que adscriba. Si bien este aspecto se logra vislumbrar en el presente estudio, resulta difícil caracterizarlo con más detalle puesto que los terapeutas entrevistados adscriben a diversas corrientes teóricas.

Sin embargo, se aprecian ciertos puntos de concordancia entre los entrevistados, por ejemplo respecto de la relevancia que tiene su experiencia clínica previa y la realización de una terapia asistida con sustancias en tanto pacientes. Si bien en las entrevistas esto se encuentra referido a su formación profesional, también permite dar cuenta de ciertos aspectos que aprende el terapeuta y que lo orientan a la hora de llevar a cabo estas terapias con sus pacientes, por lo que se liga de forma directa con los roles de ambos que se instauran en estas terapias.

De forma específica se desea puntualizar que durante las sesiones con droga el rol del terapeuta consiste en poder ofrecer un soporte externo al paciente que le permita incursionar en los diversos rumbos que podría tomar la experiencia en su interioridad. Sobre ello destacan sus intervenciones a nivel físico, como por ejemplo al sostenerle las manos para que el paciente recorra Otros Mundos mientras sabe que se encuentra seguro en éste. Del mismo modo, sobresale la disposición que propicia el terapeuta sobre el espacio externo en el que se realiza la sesión, ya que ello también permitirá orientar la vivencia interna del paciente. Específicamente destaca la posición que ocupan los terapeutas respecto del sujeto –uno a cada lado, representando al padre y a la madre- así como los elementos que se utilizan para encausamiento de la vivencia, como son los elementos sonoros y el antifaz.

También el vínculo que se genere entre ambos y las labores que se realicen a través de la transferencia se orientarán de acuerdo a lo mencionado. Sobre ello

sobresale como fundamental el establecimiento de una relación de confianza entre terapeuta y paciente, así como también un vínculo de transferencia que permita el despliegue de las sesiones con sustancias.

Además, en esta forma de terapias asistidas, la cantidad y tipo de sesiones (con o sin droga) se irán determinando de acuerdo a lo que tanto el terapeuta como el paciente estimen conveniente. El primero podrá evaluar cuál podría ser el momento más adecuado para que la persona que realiza el tratamiento ingiera la sustancia, según los temas que vayan abordando y de acuerdo al trabajo terapéutico que el paciente vaya realizando. Del mismo modo, este último irá propiciando dicha instancia a medida que vaya contribuyendo con sus problemáticas a la instancia psicoterapéutica. De esta manera, ambos participan de la decisión respecto de cuál sería el momento más adecuado para la realización de una sesión con droga, al ir favoreciendo el acontecimiento de ciertos sucesos clínicos.

De esta forma, se observa que las condiciones ideales para realizar psicoterapia no se caracterizan por una “falta de criterios” o una “completa libertad” respecto del trabajo que se debe realizar, ni sobre lo que se considera como un acontecimiento terapéutico, sino que muy por el contrario, estos aspectos están claros y definidos, si bien se sostienen bajo el alero de la flexibilidad.

Además, en condiciones ideales se puede trabajar tanto con drogas de prescripción como con las ilegales, lo que marcará ciertas convergencias y divergencias en las labores que se pueden realizar con unas y otras. Existen convergencias por ejemplo, respecto del tiempo indefinido con que se cuenta para trabajar, por lo que se pueden ir abordando los distintos temas que el paciente trae, sin tener que dejar de lado alguno debido a la escasez de sesiones. Del mismo modo, aquello que se desea “curar” también es flexible, ya que depende de las condiciones del paciente, del trabajo que se vaya haciendo con sus resistencias, de los objetivos que orientan sus acciones y de los movimientos que el sujeto vaya realizando en su vida diaria para integrar los acontecimientos terapéuticos. En este sentido, lo que se desea curar no depende de aspectos que lo determinen a priori como algo específico o referido sólo a un tema –como sí ocurre en un contexto de ensayo clínico-.

Para ejemplificar una divergencia, se estima que con sustancias como la LSD, psilocibina y MDMA se puede determinar cuándo se llevará a cabo una segunda sesión con ellas luego de que el paciente haya integrado el material que emergió en la anterior sesión con droga; en cambio, en caso de utilizar sustancias de prescripción, su ingesta se realiza de forma continua y cotidiana, por lo que la integración del material que surge en las sesiones no es un factor determinante para las posteriores administraciones del fármaco.

Además, dentro de este marco de condiciones ideales de psicoterapia asistida, podrían incluirse los trabajos realizados desde los paradigmas psicotomimético, hipnodélico, psicolítico y psíquedélico durante los años 1950 y 1960, en caso que no hayan sido realizados bajo el formato de ensayo clínico.

Asimismo, el marco psicoanalítico freudiano también podría considerarse dentro de esta clasificación de condiciones ideales, ya que cuenta con criterios claros respecto de todos los elementos aquí señalados, tal como se describió en el marco teórico del presente estudio.

Considerando la segunda forma de clasificación, es decir según el tipo de droga –de prescripción ó ilegales como la LSD, MDMA y psilocibina-, las psicoterapias

asistidas se pueden catalogar en dos grupos; ya que el tipo de fármaco dará cuenta de una cierta gama de efectos en el sujeto, los que en la práctica se traducen en diferentes posibilidades terapéuticas.

Además, cualquiera de estos dos grupos puede acompañar a las clasificaciones recién mencionadas, puesto que tanto las terapias realizadas en un contexto de ensayo clínico como aquellas llevadas a cabo en condiciones ideales pueden ser asistidas con ambos tipos de sustancias.

Uno de los entrevistados enfatizó un aspecto orientado hacia la antipsiquiatría, al realizar diversas críticas al modelo psiquiátrico y de administración de fármacos actual; lo que situó desde una perspectiva histórica al modelo de enfermedad y de cura que esta disciplina ejerce hoy en día. Estas consideraciones, junto con los deseos - de este entrevistado y de otros- de que se legalicen la LSD, MDMA y psilocibina para ser utilizadas en psicoterapia, marcan una dimensión política y ética que atraviesa las prácticas de administración de sustancias psicoactivas en los marcos clínicos. En este sentido, dicha dimensión también emerge como transversal a las clasificaciones anteriores, ya que se encuentra presente tanto en psicoterapias realizadas en ensayos clínicos como bajo condiciones ideales.

De esta manera, esta categorización -según el tipo de sustancia- se fundamenta en una dimensión política y ética que implicará distintas posturas tanto del terapeuta como del paciente en el campo de la clínica. Esto tendrá una consecuente emergencia de distintos tipos de subjetividades en cada una, es decir, los sujetos que emergerán de las terapias asistidas con fármacos de prescripción presentan ciertas diferencias respecto de aquellos que pueden aparecer de las que son asistidas con LSD, psilocibina y MDMA. De esta manera, según la información entregada por los entrevistados se pueden considerar dos tipos de terapias asistidas según el tipo de fármaco:

c) Las sustancias de prescripción dan cuenta de un tipo de psicoterapia orientado hacia una dimensión política de adormecimiento del sujeto, por lo que intentan aplacar sus síntomas bajo la forma de somníferos, antidepresivos o antipsicóticos. Desde esta perspectiva la “enfermedad” se intenta acallar, lo que tiene consecuencias silenciadoras para la persona.

d) Las sustancias ilegales como la LSD, psilocibina o MDMA ofrecen un tipo de psicoterapia orientada hacia el empoderamiento del sujeto respecto de sí mismo y su malestar. Desde este enfoque se intenta hacer emerger aquello que “enferma” a la persona, lo que acontece como un movimiento opuesto al que realizan los fármacos de prescripción actuales.

1.1. La dimensión política de los procesos clínicos

La política que atraviesa los procesos psicoterapéuticos ha emergido en la presente investigación como una dimensión relevante y transversal al trabajo clínico, por lo que se desea profundizar en ella a continuación.

En este estudio se aprecia que la segunda forma de clasificación de los procesos asistidos –según el tipo de fármaco- parte de la base de que cada droga produce ciertos efectos sobre la conciencia, por lo que se posibilitarán ciertos mecanismos psicoterapéuticos específicos para cada caso. En este sentido, resulta político tanto entregar una sustancia para asistir la terapia, como no entregarla. Del mismo modo, en

caso de administrar un fármaco, es político entregar tanto uno adormecedor como uno que despierte la conciencia, puesto que cada sustancia conllevará ciertas consecuencias no sólo sobre lo terapéutico, sino que a fin de cuentas sobre el lugar que ocupa el sujeto en el mundo.

Al respecto, tanto el terapeuta que administra e incentiva la toma de un cierto fármaco, como el paciente que lo elige e ingiere, ocuparán ciertas posiciones subjetivas en relación a la política y ética que orienta sus acciones en la terapia y en la sociedad. En este sentido, los tipos de fármacos van ligados a ciertas concepciones respecto de lo que se considera que son los sujetos; por lo que la “noción sobre lo que es un paciente” que tenga el terapeuta, así como la “noción sobre lo que es un terapeuta” del paciente, influirán sobre el tipo de trabajo psicoterapéutico que ambos eligen y llevan a cabo.

El tipo de fármaco que se elija también mostrará qué entiende cada uno por “enfermedad”, por lo que al mismo tiempo da cuenta de lo que consideran como “cura”. Desde esta perspectiva, llevar a cabo procesos psicoterapéuticos es un acto político, ya sea bajo el formato de un ensayo clínico que tiene por objetivo legalizar drogas ilegales, así como bajo la forma de una psicoterapia clásica que adormece la conciencia del individuo con sustancias de prescripción.

De esta manera, el vínculo entre terapeuta y paciente es una relación política sobre la que se trabaja en psicoterapia. La transferencia es política, y según la información aportada en las entrevistas, la ética del terapeuta tendrá que ver con su capacidad de realmente preguntarse qué hacer cuando no sabe qué hacer, puesto que de lo contrario se posicionará como “experto”; cabe mencionar que esta postura política también emerge de esta manera en la clínica analítica.

La figura del experto sabe de antemano lo que necesitan sus pacientes, lo que también es una forma de silenciamiento de aquello que la persona necesita hablar y resolver. En este sentido, se comprende que el experto cumple las mismas funciones que el fármaco adormecedor, en la medida en que no despierta la conciencia del sujeto respecto de sus condiciones opresoras de existencia.

De acuerdo al material recopilado en el presente estudio, se considera que al llevar a cabo psicoterapias asistidas con drogas psicoactivas -legales e ilegales- se opera sobre los estados de conciencia de los individuos, puesto que su campo de acción corresponde a la modificación de dichos estados, es decir actúan sobre el ánimo, la conducta, la noción de sí mismo, las relaciones sociales, entre otros aspectos. Esto puede permitir un ejercicio de control sobre los sujetos a través del gobierno de sus estados mentales, o bien puede ofrecerles un saber y control sobre sí mismos. Es importante destacar que esta elección no la hace sólo el terapeuta, sino que también el paciente que opta por una u otra alternativa psicoactiva. Se observa que a fin de cuentas, la elección de un tipo de droga es una decisión sobre el estado de conciencia que se desea alcanzar para trabajar en psicoterapia, y por lo tanto para estar en el mundo, por lo que el proceso clínico llevado a cabo con ella promocionará las repercusiones que tenga dicha elección.

De acuerdo al material de las entrevistas, desde una perspectiva histórica se puede comprender que la existencia de ciertas drogas han operado en pos de la dominación, mientras que otras han actuado orientadas hacia la liberación de los sujetos. Se aprecia que este pasado tiene un correlato actual, concreto y material: la administración de dichas drogas a individuos en el presente. En otras palabras, la

dominación o liberación de los sujetos se puede vislumbrar tanto en el momento histórico de la emergencia de una droga en el terreno de la conciencia, como en el momento presente de su administración por parte de individuos concretos. Las implicancias políticas que tienen los actos terapéuticos quedan revelados por ambos sucesos en el tiempo.

Además, si las drogas del ámbito de la psiquiatría clásica operan para desconectar al sujeto de aquello que lo aqueja –tal como se señaló en las entrevistas-, se comprende que deban administrarse diariamente y por largos períodos de tiempo (meses, años o de por vida) ya que el malestar y aquello que lo genera se mantendrán presentes en la cotidianeidad del individuo, intentando aparecer de una u otra manera, una y otra vez. De esta forma, se entiende que el intento por tapar o adormecer el malestar deba realizarse todos los días. En contraposición a ello, se comprende que si una sustancia opera en otro sentido, es decir despertando o posibilitando una conexión más consciente con el malestar, su acción no se requiere de forma diaria ni por largos períodos de tiempo. En este sentido, su actuar permitirá un trabajo psicoterapéutico con aquello que aqueja en el momento mismo en que surge, por lo que se vuelve entendible que la ingesta de este tipo de sustancias pueda realizarse de manera espaciada en el tiempo, y no de forma cotidiana.

1.1.2. Lo real de la experiencia

En el presente estudio ha surgido lo real de la experiencia como una dimensión relevante del trabajo psicoterapéutico asistido con sustancias, por lo que también se desean abordar algunos aspectos que permiten reflexionar en torno a la práctica clínica que se realiza con asistencia de fármacos.

Es importante señalar que un aspecto que atañe a la dimensión política de los procesos psicoterapéuticos es el carácter de realidad que tienen las experiencias terapéuticas. Ello se aprecia en diversos ámbitos referidos por los entrevistados, dentro de los que destaca el hecho de que los sujetos deban realizar modificaciones en su vida cotidiana para consolidar lo ocurrido durante el proceso clínico, puesto que no basta con tener *insights* o darse cuenta de los problemas.

En este sentido, se observa que son reales no sólo las experiencias psicoactivas que se desarrollan durante la terapia, sino que más bien es la terapia en sí misma un acontecimiento de realidad.

Si bien el marco teórico articulado en la presente investigación no permite dar cuenta a cabalidad de la dimensión real de la experiencia terapéutica en un contexto de trabajo psicoanalítico, podemos realizar un ejercicio de reflexión sobre ciertas formas de aparición que puede tomar esta dimensión en dicho campo clínico, si traemos nuevos elementos para la reflexión.

Al respecto, se puede notar que la dimensión real de la experiencia terapéutica en un marco psicoanalítico emerge bajo diversas formas. Por ejemplo se considera en relación con la desconexión que ocurre entre el afecto y su representación, en caso que el sujeto vivencie un evento traumático. Del mismo modo, es real la vinculación posterior de dichos elementos en el transcurso del análisis, si es que la cura analítica es propiciada en dicha instancia. Además, es real todo lo que acontece a un sujeto durante su historia de vida, tanto aquello que sucede en su estado de vigilia como lo

que ocurre durante sus sueños o momentos de fantasías; razón por la cuál estos elementos se trabajan en el análisis, integrándose como experiencias con valor de realidad.

En este sentido, si se considera que a partir del material encontrado en las entrevistas, es real lo que acontece a un sujeto bajo un estado alterado de conciencia o lo que le ocurre respecto de los elementos psicoanalíticos recién mencionados, entonces se podría sostener que las afirmaciones que suelen realizarse -desde el campo analítico y desde otras corrientes- respecto de los usos de drogas, tienden a generalizar una mirada focalizada en la relación de dependencia que puede sostener un sujeto respecto de alguna sustancia. Si bien el marco teórico de la presente investigación no abordó la temática de las dependencias desde el psicoanálisis, parece importante mencionar este aspecto para poder reflexionar sobre las implicancias del material aquí encontrado en los planteamientos analíticos respecto de las drogas.

En este sentido, la usual afirmación de que las drogas nos “desconectan” de nuestra realidad, o que le permiten “escapar” al sujeto de lo que ocurre en su vida, o que generan una “ruptura” con lo social, parecen no ser las sentencias más certeras si se considera el campo clínico que ha orientado al presente estudio; por lo menos no respecto de fármacos como la MDMA, psilocibina y LSD que son administradas en un contexto psicoterapéutico como el que aquí se ha indagado.

Bajo estas mismas consideraciones, otra usual afirmación que tiende a generalizar lo que debemos considerar de forma situada y contextualizada, indica que “no se puede hacer terapia a un paciente que está bajo un estado alterado de conciencia porque está drogado”. Esta sentencia también merece una reflexión luego de apreciar la información encontrada en el presente estudio.

Además, la dimensión real de la experiencia terapéutica con sustancias también permite comprender que la transferencia sea realizada con el fármaco, ya sea en términos positivos o negativos, puesto que corresponde a un vínculo real que está teniendo el paciente con el analista.

Considerar la opinión de los entrevistados respecto del valor de realidad de estas experiencias psicoactivas, permite comprender que sean siempre significativas para los sujetos que las vivencian. El ofrecimiento de una mayor cuota de realidad de la mano de la LSD, MDMA y psilocibina, dan cuenta de lo difícil que es quedar indiferente ante sus efectos; lo que en un marco psicoterapéutico puede ser aprovechado a cabalidad, al estar orientado hacia una cura que a fin de cuentas también es política.

1.2. Términos clínicos y procesos psíquicos

En el material recopilado para la elaboración del marco teórico se aprecia una falta de profundidad y acuerdo respecto del significado de varios términos clínicos, los que son usados indistintamente y muchas veces sin explicación adjunta en la literatura de las terapias asistidas con drogas. Tanto en algunos libros como en papers científicos se aprecia una carencia de definiciones respecto de nociones como “inconsciente”, “defensas”, “resistencias”, “mejoría”. Una aclaración sobre estos conceptos resulta imprescindible para el lector, ya que en psicología existen diversas corrientes que

explican de diferentes formas cada uno de estos términos, por lo que un mismo concepto puede referir a fenómenos muy distintos.

Específicamente, en la información referida en el marco teórico, en reiteradas ocasiones se aprecia poca claridad respecto de lo que se considera como “mejoría” o “sanación”, y no se explicita qué variables están asociadas a ello, es decir, si se refiere sólo a una remisión sintomática o si se consideran otros procesos psíquicos y/o físicos implicados en cada caso.

Esta falta de claridad respecto de los términos clínicos repercute directamente sobre las explicaciones que se elaboran sobre el funcionamiento psíquico que opera durante las sesiones con y sin droga, puesto que estos esclarecimientos también destacan por su ausencia.

Si bien en las entrevistas realizadas durante la presente investigación se intentó abordar estos términos clínicos y los fenómenos psíquicos que acontecen durante los estados alterados de conciencia, no resultan del todo claros, quizás porque los terapeutas se ubican desde distintas corrientes teóricas psicológicas para hablar de ellos.

A modo de ejemplo, respecto de las “defensas” hay opiniones en las entrevistas que indican que ellas disminuyen con la MDMA, psilocibina y LSD, mientras que otras señalan que se intensifican. Con el material recopilado no queda claro si esta diferencia se debe a las distintas corrientes teóricas desde las que se entienden las defensas o si realmente hay discrepancias dentro de un mismo enfoque.

En este sentido, es importante determinar qué se entiende por “defensas”, ya que hay terapeutas que las caracterizan como el “miedo que sienten las personas respecto de los temas que deben trabajar”, y otros las refieren como “aspectos inconscientes” y no necesariamente como sentimientos de miedo. Probablemente -y con independencia de la corriente teórica psicológica- las defensas se expresen de diversas maneras, y por eso puedan aparecer tanto como sentimientos de miedo o como otro tipo de elementos; pero ello tampoco queda esclarecido.

Además hay que recordar el elemento de imprevisibilidad que orienta estos procesos, lo que debe también tener un cierto influjo sobre las defensas. Bajo esta consideración parece comprensible que estos fármacos puedan disminuir o aumentar las defensas del sujeto, ya que ello dependerá no sólo de la sustancia sino que también de las características de la persona y de su estado anímico al momento de ingerir la droga. Por estos motivos, determinar desde qué enfoque teórico se definen las defensas y cómo en ellas repercuten los efectos de las sustancias psicoactivas, permitiría descifrar adecuadamente los vínculos existentes entre uno y otro.

Si bien se aprecia lo recién mencionado, también emerge con claridad un término clínico que muestra acuerdo entre los entrevistados: la cura. Ésta es considerada como un proceso, es decir no acontece en un sólo momento, sino que más bien consta de una serie de integraciones de experiencias, junto con cambios en la cotidianidad del sujeto, y una toma de conciencia sobre sí mismo, entre otros aspectos. En este sentido, dicho concepto parece converger con las consideraciones psicoanalíticas respecto de la cura, ya que desde esta perspectiva acontece cuando el sujeto vuelve consciente el material inconsciente que se encuentra reprimido.

Además, en las entrevistas se señala que la mejoría no corresponde sólo a una disminución o remisión sintomática, sino que a otros aspectos de la vida del sujeto; si bien en los ensayos clínicos ese es el indicador que da cuenta de ella. Sobre este

contexto, se explica que la selección de un determinado síntoma para evaluar el proceso –como puede ser la ansiedad en personas que padecen cáncer terminal- dará cuenta de movimientos de mejoría ligados a la sustancia y al proceso, lo que repercutirá en otros ámbitos de la calidad de vida. De esta forma, si bien la remisión de un síntoma no da cuenta de la cura de un sujeto, sí puede ayudar a evaluar su proceso y a estimar mejoras en otros aspectos de la vida de la persona.

También es importante realizar ciertas apreciaciones respecto de la forma en que se describen las experiencias con las sustancias y sus posibles vínculos –o no- con las corrientes teóricas psicológicas. Sobre ello se debe señalar que en el material revisado para la articulación del marco teórico, se encontraron descripciones realizadas por personas que habían ingerido estas drogas, pero que no pertenecían al campo de la psicología o psiquiatría; estos relatos no se incluyeron en el marco del presente estudio porque no parecían pertinentes al objetivo que lo orientaba.

Sin embargo, dichas descripciones de las experiencias utilizan términos muy similares a los referidos por los terapeutas respecto de ellas, como por ejemplo, indican una “unidad con el todo”, una “disolución del yo con el entorno”, “vivencias espirituales con una alta comprensión de la existencia”, entre otros. Este aspecto se desea mencionar para interrogar el vínculo -que en el presente estudio parece evidente- entre dichas experiencias y los términos (clínicos y de procesos psíquicos) que aquí se han utilizado para describirlas. En concreto, se debe considerar que quizás algunos de los conceptos que han aparecido -tanto en el marco teórico como en los resultados- no se deban a que los terapeutas que los señalaron pertenecen a enfoques transpersonales y/o humanistas, sino que quizás se deben a que la experiencia en sí misma tiene ese carácter, lo que va más allá de la visión teórica a la que pueda adscribir la persona que la vivencia.

En este sentido, se desea destacar que es posible que la dificultad –aparente- de tomar varios de los términos que aquí aparecen para ponerlos a dialogar con el psicoanálisis, no se deba a que pertenecen al ámbito de la comprensión de la realidad de una determinada perspectiva psicológica –humanista o transpersonal-, sino que más bien se puede deber a que las personas no encuentran otras palabras para describir la experiencia que acontece bajo el influjo de la LSD, MDMA y psilocibina.

1.2.1. Freud y Grof

Si bien se aprecian las dificultades recién señaladas, también sobresalen dos autores por su claridad y rigurosidad a la hora de referir términos clínicos y de abordar los procesos psíquicos que acontecen; uno aborda los estados modificados de conciencia y el otro los ordinarios. Por esta razón resulta interesante ponerlos a dialogar.

Es importante destacar que el presente diálogo entre ambos autores que aquí se despliega ha surgido como una reflexión posterior al análisis de los resultados encontrados en esta investigación. Esto se desea aclarar ya que si bien este ítem consiste en reflexiones de carácter teórico, éstas se fundamentan en los resultados encontrados, y no corresponden a una postura previa al desarrollo del presente estudio. En este sentido, se considera que se han podido hacer asociaciones entre los planteamientos de cada autor porque el material de las entrevistas permite realizar

dichos vínculos. Por estas razones, lo que aquí se postula es una consecuencia de esta investigación, y no un aspecto del marco teórico desde el cuál la investigadora se haya posicionado con anterioridad.

Además, se mencionarán algunos elementos freudianos que a pesar de que no están desplegados en dicho marco, podrían ayudar a reflexionar de mejor forma sobre las posibles relaciones que se pueden establecer entre ambos autores.

De esta manera, se aprecia que Grof aborda de forma rigurosa los estados de conciencia modificados y define extensamente los términos clínicos que escasean en la mayor parte de las descripciones realizadas por otros autores de su campo de trabajo.

Por su parte, se observa que Freud inició los desarrollos del enfoque psicoanalítico estudiando estados alterados de conciencia, sobre todo cuando abordó el método catártico con el uso de hipnosis, la que permitía una “ampliación de la conciencia de sus pacientes”, tal como lo señala en sus textos.

En sus escritos, Freud da cuenta de estados de conciencia que no se encuentran bajo el influjo de sustancias psicoactivas, si bien varios de los estados de los sujetos que describe pueden impresionar por su distancia respecto de lo que comprendemos como un “estado ordinario”. Esto se aprecia de forma llamativa en casos de histeria de conversión o en neurosis obsesivas severas, en los que acontecen una serie de fenómenos tanto psíquicos como físicos que rompen con algunas leyes que atañen al entendimiento racional o del funcionamiento del organismo.

A modo de ejemplo, se puede indicar el caso de Anna O., en el que Freud identificó dos estados de conciencia diferentes que se alternan, lo que caracterizó como “doble conciencia”. Además, sólo durante uno de estos estados emergía un fenómeno de anestesia y parálisis en su brazo derecho y otras partes del cuerpo, lo que no es coherente con el comportamiento del cuerpo ante alteraciones orgánicas de este tipo. Este último aspecto se podría asemejar al efecto de “disolución de categorías” encontrado en la presente investigación, ya que ambos dan cuenta de relaciones distintas a las usuales que gobiernan los vínculos entre lo físico y lo psíquico.

El deseo de comprensión de estos fenómenos llevó a Freud a desarrollar en profundidad varias explicaciones sobre el funcionamiento del aparato psíquico y los mecanismos que lo configuran, por lo que llegó a describir de forma exhaustiva diversos términos clínicos que permiten reflexionar sobre lo que podría ocurrir en casos clínicos como los recién señalados.

Si bien los trastornos obsesivos y las histerias corresponden al terreno de las neurosis, cada uno cumple con ciertas características que lo determinan como tal; por lo tanto existen ciertas diferencias entre uno y otro. Además, si consideramos que ambos pertenecen al campo de los “estados ordinarios de conciencia” -porque no acontecen debido a los efectos de alguna droga u otra técnica alteradora-, entonces se debe reconocer que existen estados ordinarios de conciencia de distinto tipo.

Sumado a ello, si consideramos que el estado ordinario puede adquirir distintas cualidades durante la vigilia, como por ejemplo, somnolencia (al estar cansado o luego del despertar), se debe reconocer que el estado de vigilia consiste en un entramado de distintos estados ordinarios.

Estos aspectos permiten comprender las neurosis como una amplia gama de distintos estados de conciencia, que en caso de ser “ordinarios” generan la pregunta sobre cuál sería su diferencia respecto de los “alterados”. Del mismo modo, surge la interrogante sobre qué sería lo ordinario y en qué casos se podría aplicar.

La dificultad de determinar diferencias entre los estados ordinarios y los alterados –respecto de la cualidad de la experiencia, y no sobre aquello que lo genera– permite pensar los estados de conciencia como un *continuum*, dentro del que caben los unos y los otros.

Desde esta perspectiva, cabe preguntarse si en la clínica de las neurosis trabajamos con estados ordinarios o alterados, sobre todo si los sujetos no consumen sustancias psicoactivas. En este sentido, se puede pensar tanto la “normalidad” y la “enfermedad mental” como cualidades que pueden adquirir los estados de conciencia que son parte de un *continuum*.

También otros términos clínicos freudianos pueden ser repensados al ponerlos a dialogar con los propuestos por Grof, como por ejemplo la represión. Ésta implica que el afecto de lo traumático transite por distintos estados de conciencia, puesto que se moviliza hacia el inconsciente al no poder ser sostenido por la conciencia. El movimiento contrario se espera que sea realizado durante la terapia analítica, para que dicho afecto vuelva a ligarse a su representación en la conciencia.

Del mismo modo, la atención parejamente flotante que debe sostener el analista durante su trabajo de escucha puede pensarse como un estado particular de conciencia. También la técnica de asociación libre a la que debe adscribirse el paciente podría connotar un singular estado psíquico. Sobre ello se debe considerar que tanto el analista como el paciente trabajan con sus inconscientes, lo que da cuenta de un cierto estado psíquico al momento de realizar las labores de atención flotante y de asociación libre correspondientes.

1.2.2. Convergencias entre la terapia psicoanalítica y las terapias asistidas con LSD, psilocibina y MDMA

Para profundizar sobre algunos aspectos que pueden ser compartidos tanto por la terapia analítica como por las terapias que son asistidas con LSD, MDMA y psilocibina –y que pueden ir más allá de los planteamientos sobre los estados modificados de conciencia propuestos por Grof–, se ha decidido desplegar estas reflexiones en el presente ítem.

Se observa que así como Freud determinó criterios de inclusión y exclusión para la realización de una terapia analítica, también se aprecian ciertos criterios en el material de las entrevistas que dan cuenta de dichas consideraciones en el marco de las terapias asistidas con sustancias. Si bien cada una sitúa sus opiniones respecto de las características que deben presentar los pacientes para el despliegue de cada terapia, ambas plantean que sus métodos son adecuados para algunas personas, y no para todos. Este aspecto resulta muy relevante si se considera la ética que debe enmarcar un proceso terapéutico del tipo que sea, ya que el hecho de considerar que se cuenta con condiciones adecuadas sólo para cierto tipo de paciente, habla de la seriedad con que trabajan ambas perspectivas.

Además, en las entrevistas se señala que durante los ensayos clínicos se trabaja con pacientes que no presentan psicosis, no porque no se pueda trabajar con ellos en un marco de terapias asistidas con drogas, sino que porque las condiciones del ensayo clínico no son las adecuadas para ellos. Sobre esto, se menciona el marco del hospital como idóneo para el trabajo con este tipo de paciente. Desde el psicoanálisis, si bien

Freud no considera que se pueda trabajar con pacientes psicóticos, en la actualidad ciertas perspectivas analíticas o psicodinámicas sí consideran ciertos marcos de trabajo para el despliegue de lo que denominan la clínica de las psicosis. En este sentido, tanto las terapias asistidas como las analíticas muestran alternativas de trabajo específico con estos pacientes.

Tal como se señaló, la cura para el psicoanálisis freudiano consiste en hacer consciente lo inconsciente, lo que implica enfrentar aquello que es difícil para el sujeto, y que se encuentra protegido bajo el influjo de la represión. Este movimiento puede hacer que empeoren algunos síntomas del paciente en el transcurso de la terapia analítica. En el caso de las terapias asistidas con sustancias, este aspecto aparece mencionado como uno de los cuatro puntos principales que permiten transformar una vivencia psicoactiva en una experiencia terapéutica. O sea, el hecho de que una persona desee transitar por una terapia se expresa en que debe estar dispuesta a confrontar su inconsciente y lo traumático que esté reprimido, por lo que debe estar dispuesta a experimentar emociones negativas, y no sólo a vivenciar entretención o diversión, como ocurre en un marco recreacional en el que se pueden usar estas sustancias.

Además, los pacientes que realizan una terapia asistida saben que deben estar dispuestos a enfrentar su trauma o aquello que les cuesta de sí mismos, porque el terapeuta les ha indicado en la preparación que esto aparecerá con fuerza cuando estén bajo el influjo del fármaco. Esto también muestra que la forma de relación de un sujeto con el estado alterado inducido por drogas marcará el tipo de experiencia que pueda tener con ella; así como lo marcará la relación que pueda tener una persona con su terapia analítica.

Un aspecto relevante que se aprecia en los resultados encontrados, corresponde al sentido político y ético que se señala respecto de las terapias asistidas con LSD, MDMA y psilocibina. El deseo de “levantar la conciencia” de los sujetos y de volverlos más conscientes sobre sí mismos -que es enfatizado en relación con el uso de estas drogas-, es también el sentido que orienta las prácticas clínicas psicoanalíticas. El análisis freudiano postula los mismos objetivos, al referir que los mecanismos de cura del sujeto residen en hacer consciente lo inconsciente.

Sobre ello se debe mencionar que el psicoanálisis se diferencia de otras corrientes teóricas en lo que atañe a la toma de conciencia del sujeto sobre los aspectos de sí mismo que desconoce, ya que considera que las psicologías del yo mantienen al sujeto bajo un desconocimiento de sí al no trabajar en pos de la emergencia de lo reprimido.

En este sentido, para el psicoanálisis las corrientes de la psicología del yo mantendrían al sujeto “adormecido”, ya que perpetúan la ignorancia que tiene sobre sí mismo. De igual manera, para las terapias asistidas con LSD, MDMA y psilocibina, las terapias que son asistidas con fármacos de prescripción también adormecen al sujeto, y lo mantienen alejado de aquello que lo aqueja y que debe resolver.

Además, desde el psicoanálisis se suele considerar que el uso de fármacos de prescripción -antidepresivos, ansiolíticos y tranquilizantes en general-, pueden también operar como un mecanismo de adormecimiento del sujeto, en la medida en que no propician que la persona confronte sus problemáticas, sino que más bien instan a que le “dejen de doler” mientras ingiere dichas sustancias.

La flexibilidad que se menciona en las entrevistas respecto de lo que se establece como objetivo terapéutico a trabajar durante las terapias asistidas -que no se realizan en un marco de ensayo clínico-, da cuenta de la emergencia de distintas problemáticas del sujeto que se van superponiendo y entrelazando unas con otras. Al mismo tiempo, esto refiere a la complejidad de lo traumático, ya que se lo caracteriza como una serie de diversos eventos y situaciones entrelazados de la historia de vida del sujeto; lo que lo diferencia de las consideraciones del trauma como un suceso único en la biografía de una persona. Este aspecto también aparece caracterizado por Freud, en la medida en que se fue dando cuenta de la multiplicidad de escenas que articulan aquello traumático del sujeto. Tal como se mencionó en el marco teórico, este descubrimiento sobre el funcionamiento del aparato psíquico, llevó a Freud a replantear sus desarrollos sobre la terapia abreactiva y catártica que estaba desplegando con Breuer; lo que lo llevó a replantear el psicoanálisis y a orientarlo hacia el trabajo sobre el inconsciente que conocemos en la actualidad.

Además, otra convergencia entre el trabajo de Freud y Breuer, con las terapias asistidas, consiste en que dichos terapeutas intentaron abordar la clínica con sus pacientes a través de la utilización de la hipnosis como herramienta; del mismo modo que aconteció en la historia de los desarrollos de las terapias asistidas con sustancias, donde el paradigma hipnodélico también tuvo su lugar.

En las entrevistas se señala que las sustancias pueden operar como un “crédito”, en la medida en que pueden mostrarle al sujeto cómo puede llegar a sentirse, y que luego debe hacer el trabajo para lograr lo mismo en su vida cotidiana. Al respecto, resulta interesante repensar el vínculo de la transferencia psicoanalítica como una “crédito”, ya que también puede mostrarle al paciente cómo puede llegar a sentirse y a actuar bajo una relación distinta a la que suele propiciar y repetir durante su vida cotidiana. En este sentido, el vínculo de la transferencia le permite al sujeto reelaborar aquello que repite, de tal forma que luego pueda desplegarlo en el espacio externo a la terapia. Pareciera que bajo esta forma de “crédito” también operan la MDMA, psilocibina y LSD.

Además, otra convergencia se aprecia en que así como emergen experiencias significativas durante las sesiones con sustancia en las terapias asistidas, también surgen experiencias significativas en la terapia analítica. En el primer marco señalado, destacan vivencias de carácter simbólico que el sujeto debe interpretar una vez que haya disminuido el efecto de la sustancia y durante los días posteriores, o sea en el trabajo de integración. Sobre ello los entrevistados describen escenas cargadas de simbolismos y de situaciones que a primera vista pueden parecer “locas” o poco coherentes para la racionalidad cartesiana. Sin embargo, las escenas que vivencian los pacientes durante esos estados resultan significativas para ellos, ya que tienen que ver con sus historias de vida y con el material que llevan a la terapia para ser trabajado. Del mismo modo, en el marco analítico el paciente se enfrenta a escenas o elementos que algo simbolizan, y que en un primer momento pueden parecerle “locos”, ajenos o sin sentido. Específicamente esto acontece en relación con los sueños, los lapsus, las confusiones que comete dentro y fuera del lugar de la terapia; los que destacan por ser elementos que muestran la emergencia de su inconsciente.

En este sentido, así como en la terapia asistida con drogas el paciente debe interpretar aquello simbólico que le sucede durante la experiencia, el sujeto que trabaja desde un marco psicoanalítico también debe interpretar aquello que emerge

de sí mismo y que no comprende a cabalidad. Para ello, en ambos casos se debe poner en palabras la vivencia, otorgándole un marco de sentido que a fin de cuentas le permite al sujeto volverse más consciente de sí.

Además, en la terapia analítica se trabaja con las resistencias del sujeto a medida que ellas van apareciendo, dándole al paciente el tiempo que requiera para abordarlas. Del mismo modo se trabajan en las terapias asistidas, por lo que en ambos contextos se consideran los tiempos singulares que la persona requiera para eso, sin forzarla a profundizar de inmediato en ellas. También en ambos marcos clínicos las resistencias pueden aparecer bajo diversas formas, por lo que pueden resultar simbólicas o metafóricas respecto de lo que encierran para el sujeto.

Por ejemplo, cuando las resistencias aparecen bajo la forma de una dificultad para “rendirse” a la experiencia con la sustancia psicoactiva, ello debe ser trabajado con el objetivo de que la persona pueda entrar en ella. Del mismo modo, en un marco psicoanalítico el paciente puede presentar una dificultad de “rendirse” a la experiencia analítica de la terapia, mostrando por ejemplo resistencias ante la técnica de asociación libre que debe orientar sus sesiones, o racionalizando el material que emerge durante la clínica. En este caso, la resistencia también debe ser trabajada para que el sujeto logre vencerla y entregarse a la vivencia analítica.

También se aprecia que no sólo bajo el influjo de sustancias psicoactivas los pacientes pueden hacer atribuciones a sus terapeutas o proyectar material inconsciente sobre ellos. De esta manera, aquello que se menciona en las entrevistas, si bien acontece con mayor intensidad durante las sesiones con drogas, en un marco analítico también puede suceder; ya que en ambos contextos los pacientes pueden proyectar “imágenes monstruosas” sobre sus terapeutas. Del mismo modo, estas proyecciones operan en ambos marcos como resistencias del paciente, por lo que deben ser trabajados para propiciar el curso de la terapia.

Respecto de lo señalado en las entrevistas sobre las diferencias entre el uso recreativo y terapéutico de las sustancias psicoactivas, se debe destacar que estos aspectos también se encuentran presentes en la terapia psicoanalítica. En este sentido, las expectativas psicoterapéuticas, la exploración interna como objetivo, la persona del terapeuta y la relación terapéutica, así como la integración de la experiencia analítica son fundamentales para el adecuado despliegue de la cura en el terreno del psicoanálisis. Del mismo modo, en ambos marcos de trabajo no basta con que el paciente tenga *insights*, ya que ello no significa de ninguna manera que haya integrado aquello inconsciente que debe incorporar.

Asimismo, tanto en la terapia analítica como en las terapias asistidas se considera fundamental que el terapeuta se abstenga de interpretar apresuradamente lo que le ocurre al paciente. De esta forma, en ambos contextos se espera que el terapeuta no proyecte aspectos propios sobre él. Además en los dos marcos se indica que sólo se puede saber lo que algo significa para el paciente, si éste lo comunica. En este sentido, el terapeuta psicoanalítico y el que trabaja con sustancias sólo pueden esperar de antemano que lo que digan o hagan no será algo indiferente para su paciente, pero no pueden esperar saber con anterioridad lo que significará para el sujeto que asiste a tratamiento.

En ambos marcos se considera que el terapeuta no debe interrumpir al paciente durante su experiencia; lo que en el campo de las terapias asistidas se refiere a la vivencia con la sustancia, mientras que en la terapia analítica apunta a la

experiencia del estado particular de conciencia que es propiciado por la técnica de la asociación libre. En este sentido, en ambas terapias se considera que la persona debe transitar por la vivencia que significa asistir a las sesiones del tratamiento, y que el terapeuta no debe interrumpir el curso que tome el trabajo que realiza el paciente.

Así como el psicoanálisis considera que el analista debe tener experiencia en terapia analítica en tanto paciente -lo que le permite comprender la clínica del inconsciente en profundidad-, en el ámbito de las terapias asistidas también se considera que este tipo de experiencia es fundamental. En estas últimas se señala que el terapeuta debe realizar un “entrenamiento”, o sea que debe llevar a cabo una terapia con LSD, MDMA o psilocibina como paciente, para así poder comprender la potencialidad terapéutica de los fenómenos que ahí acontecen.

Asimismo, las supervisiones clínicas guiadas por un experto de cada campo de trabajo también son un aspecto que resulta fundamental en ambos tipos de terapias.

Todas estas consideraciones permiten dar cuenta no sólo de los aspectos que convergen entre un marco de trabajo clínico y otro, sino que también muestran cómo las terapias asistidas con LSD, MDMA y psilocibina se basan en determinados postulados psicoanalíticos que les permiten desplegar sus procesos de cura. En este sentido, se desprende que el análisis freudiano ha propiciado ciertos fundamentos para el trabajo que hoy sostiene a la clínica con sustancias psicoactivas como las recién señaladas.

2. La dimensión del cuerpo: del paciente y del terapeuta

Destaca la emergencia no sólo de lo psíquico, sino que también de lo corporal en los resultados encontrados, lo que es llamativo ya que éste no fue un tema relevante en la revisión bibliográfica realizada. Sin embargo, en la presente investigación emerge como una dimensión específica y fundamental que posibilita los procesos psicoterapéuticos asistidos con LSD, psilocibina y MDMA. Por esta razón es relevante ponerlo a dialogar con otros aspectos, a pesar de que en este estudio no se cuenta con un ítem específico sobre cuerpo en el marco teórico que permita abordarlo a cabalidad.

Además, ya que esta dimensión se observó de forma transversal en diversos aspectos presentados en el apartado de los resultados, no pudo ser ubicado como un ítem separado de otros. Por ello se decidió presentar su especificidad en el presente apartado de la discusión.

Se debe destacar que esta dimensión emerge como una diferencia entre las terapias asistidas y las analíticas, ya que en esta última no se llevan a cabo intervenciones corporales por parte de los terapeutas. En las terapias asistidas el cuerpo es un aspecto muy relevante que les permite a los terapeutas acceder al paciente mientras está bajo el influjo de la sustancia. En cambio, la terapia analítica se caracteriza por mantener la distancia física con el paciente, y sólo acceder a él a través de la palabra. Sin embargo, esto tampoco significa que el análisis no tenga efectos en la corporalidad del sujeto; lo que aquí se desea destacar es el tipo de intervención directa que realiza el terapeuta.

En las terapias asistidas con drogas, el cuerpo del paciente opera como un medio por el cuál la sustancia psicoactiva puede ejercer sus efectos, ya que lo

interviene al ser “incorporada”. De esta manera, el psicofármaco opera tanto en lo psíquico como en su correlato físico, es decir, en el cuerpo y en la conciencia corporal. En este sentido, se observa una modificación de la conciencia que se tiene sobre el cuerpo, al mismo tiempo que las cualidades de éste cambian: aparecen nuevos aspectos, se mezclan los sentidos de percepción, el trauma cobra lugar y significados, entre otros.

Puesto que las drogas propician ciertos efectos que facilitan el trabajo psicoterapéutico, el hecho de que operen sobre el cuerpo implica que surgen posibilidades terapéuticas a través del trabajo con él. Esto sumado al hecho de que el trauma reside en el cuerpo, da cuenta de la emergencia de la corporalidad como un campo de trabajo sobre el que se pueden desplegar intervenciones terapéuticas. Desde esta perspectiva, cobra sentido que como requisito para la formación de los terapeutas se mencione la terapia corporal en las entrevistas realizadas.

El uso de sustancias posibilita entonces resaltar ciertos aspectos físicos del sujeto que requieren abordaje terapéutico, lo que le permite al terapeuta realizar “actos” sobre ellos, y no necesariamente utilizar la palabra para movilizarlos. De esta manera, el terapeuta puede abrazar, contener, sostener las manos o acompañar con su respiración, para propiciar una instancia terapéutica.

Por ejemplo, durante la experiencia con el fármaco, el terapeuta puede tomarle las manos al paciente como un “acto de anclaje”, de tal manera que la persona se sienta firme en “este mundo” para poder al mismo tiempo viajar por “otros” con seguridad.

También destaca que no es sólo el cuerpo del paciente el que aparece con sus sensaciones y traumas en la escena clínica, sino que también es el cuerpo del terapeuta el que emerge y trabaja bajo un formato de transferencia corporal. Ésta se sostiene durante la mayor parte del transcurso de la sesión con el fármaco.

Si bien estas acciones tomarán sentido cuando se hablen durante el proceso de integración -y quizás sólo ahí el terapeuta podrá saber sobre los efectos de sus actos-, es durante la experiencia con la sustancia donde para el paciente ocurre una diferencia que lo marcará en términos de vivencia terapéutica en el ámbito físico-psíquico.

Además, el hecho de que el paciente ponga más atención sobre su cuerpo, le permite adquirir una mayor conciencia sobre él y sobre lo que está sintiendo en cada zona específica. Los terapeutas en sus intervenciones le enfatizan a la persona que ponga atención en esa parte de cuerpo que está sintiendo de manera particular, le solicitan que se concentre en ello y que la haga más grande, tal como se indica en las entrevistas. En este sentido, poner la atención y conciencia sobre esa zona física parece equivalente a hablar un tema difícil durante una terapia analítica, porque en ambas situaciones el sujeto aborda lo problemático al poner ahí su atención y al ingresar en ello con profundidad.

Cobra especial sentido la realización de intervenciones a nivel físico si se considera que estas tres sustancias –la psilocibina, la MDMA y la LSD- incrementan la capacidad del sujeto de percibir el estado de su propio cuerpo, tal como se indicó anteriormente. Debido a que la persona está más consciente de sus sensaciones físicas, las intervenciones del terapeuta en este nivel pueden tener un efecto más potente. Por esta razón, tomarle las manos para calmarlo mientras transita por un momento difícil, o utilizar ejercicios de respiración, pueden ser intervenciones rápidas y altamente efectivas, puesto que se aprovecha la conciencia corporal que adquiere el

sujeto para poder realizar el trabajo clínico. En este sentido, una intervención física durante una sesión sin sustancia podría resultar menos potente y quizás no tan efectiva para el sujeto, en caso que se deseen comparar ambas experiencias.

Esta dimensión material del efecto catalizador de las sustancias, permite considerar a estos fármacos como una técnica terapéutica corporal, en la medida en que despiertan tanto lo traumático como aquello que lo puede sanar. Desde la perspectiva psicoanalítica el sujeto puede enfermar y curarse por la palabra, por lo que el trabajo clínico se vehiculiza a través de ella. Del mismo modo podría pensarse que un sujeto puede enfermar y curarse por el cuerpo, por lo que se podría vehiculizar la labor psicoterapéutica a través de él.

Además, se aprecia una gama de relaciones más amplia de lo que usualmente caracteriza el vínculo entre el cuerpo y los estados ordinarios de conciencia. A modo de ejemplo, la disolución de las relaciones cotidianas entre una sensación subjetiva y su correlato físico, parece dar cuenta de una disminución de su interconexión, por lo que no se puede acceder a uno a través del otro. Esto puede suceder cuando el sujeto se siente ansioso mientras su cuerpo no manifiesta señales de ello, situación en la que no se tiene acceso hacia el conocimiento del estado psíquico a través del examen de lo físico.

Del mismo modo, las relaciones que se establecen entre sentidos de la percepción denotan una mayor amplitud de posibilidades que las usuales que se tienen en estados de conciencia ordinarios. Se pueden diluir los límites entre las percepciones, mostrando un incremento de su interconexión y posibilitando el acceso de uno a través de otro de forma inmediata, por ejemplo al “saborear el color”.

Si bien el movimiento de disminución de interconexión parece opuesto al incremento de vínculos, se aprecia que ambos pueden ocurrir simultáneamente cuando se está bajo el influjo de la psilocibina, MDMA o LSD. En este sentido, cabe la pregunta por las formas de tiempo y de espacio que gobiernan los estados alterados de conciencia que son propiciados por dichas sustancias. Al respecto, cabe mencionar que las formas de tiempo y de espacio del inconsciente freudiano parecen compartir las mismas características que las aquí encontradas en las terapias asistidas, ya que tampoco responden a las propias del yo cartesiano.

También se observa que el cuerpo puede operar como un elemento de conexión o de desconexión del sujeto respecto de su proceso psicoterapéutico. Por ejemplo, esto último puede suceder en caso que el sujeto tienda a desconectarse de sus sensaciones, ya que si se acerca a ellas puede revivir el trauma que se inscribe en él. Del mismo modo, puede sentir de forma aumentada algunas sensaciones físicas que le permitan adquirir mayor conciencia de aquello que posibilitará el despliegue de su proceso, o sea del trauma inscrito en su cuerpo. En este sentido, se considera que el cuerpo puede ser un medio tanto para olvidar lo traumático como para recordarlo.

De igual manera puede ser un medio que vehiculice la operación de las plantillas de rememoración de las sustancias, al permitirle al sujeto volver a recordar la experiencia con la droga y lo aprendido, una vez que la sesión se haya acabado.

3. Clasificación de los efectos psicoactivos de la LSD, psilocibina y MDMA para ser utilizados en la clínica

Se destaca que en esta investigación se encontraron ciertos efectos psicoactivos catalizadores que acontecen durante las sesiones terapéuticas con LSD, MDMA y psilocibina, los que se ordenaron y estructuraron según se indica en el apartado de resultados. Sin embargo, se desea enfatizar que dicha clasificación no implica que se deba generalizar a cualquier uso de droga en cualquier tipo de contexto. Al mismo tiempo, se desea recalcar que si bien en un marco psicoterapéutico se pueden apreciar los efectos aquí encontrados, eso tampoco significa que ellos expliquen la totalidad de acontecimientos que pueden transitar por un contexto clínico.

En este sentido, los efectos catalizadores descritos se deben tomar como una referencia respecto de lo que podría utilizarse en procesos psicoterapéuticos asistidos por MDMA, psilocibina y LSD.

La clasificación correspondiente a ciertos estados, operaciones y fenómenos, responde a un intento por describir los distintos efectos de una manera comprensible para el lector y para los terapeutas interesados en este tipo de terapia. Es importante considerar que estos elementos toman su forma respectiva de acuerdo a cómo se relacionan, o sea según cómo se posicionan unos respecto de otros.

Los distintos estados que puede alcanzar una persona han sido descritos como significativos y contenedores de las operaciones y fenómenos que van sucediendo. Al mismo tiempo, la sumatoria y formas de vinculación entre las diversas operaciones, contribuyen a la cualidad de la estructura de la experiencia; mientras que su contenido es aportado por la singularidad del sujeto. Son estas sumatorias y formas de vinculación las que darán cabida a los fenómenos que se despliegan como un relato.

Una metáfora que puede ayudar a comprender la configuración que atañe a los estados, operaciones y fenómenos, corresponde a los sistemas algebraicos, donde determinados elementos de estructuras abstractas se combinan de acuerdo a ciertas reglas. Esta rama de la matemática cuenta con signos de operación, de relación y de agrupación que configuran dichas estructuras. Cabe señalar que si bien este enfoque no se encuentra en el marco teórico de la presente investigación, resulta esclarecedor respecto de los vínculos entre los distintos tipos de efectos encontrados, por lo que se despliega a continuación.

Para explicarlo de manera más concreta y con un ejemplo sencillo, si se tiene el siguiente sistema: $3+4=7$ se puede decir que la suma (+) es equivalente a las operaciones, es decir puede representar una disolución de categorías, aceleración de los recursos del sujeto, intensificación del estado psíquico-físico, imprevisibilidad de los contenidos que emergen, aumento de la producción de imaginación interna o una facilitación de plantillas de rememoración.

Además los números que se suman (3 y 4) corresponden al contenido que aporta el sujeto a la experiencia, que es lo que alteran las operaciones.

El resultado de la suma (7) representa al fenómeno, el que puede acontecer como conexión con la sombra de la persona y/o como procesos de transformación, tal como se mencionó en el apartado de resultados.

Finalmente el estado modificado de conciencia está representado por la “operación de suma” en su totalidad, o sea por la estructura $3+4=7$ que contiene a las operaciones y fenómenos en interacción.

Bajo esta explicación metafórica es de esperar que mientras hayan más ámbitos y temas del sujeto implicados en la experiencia con la sustancia (o sea más números involucrados en la estructura algebraica), se podrán abordar más temas durante la psicoterapia. Del mismo modo, a mayor cantidad y tipo de operaciones implicadas (suma, resta, división, multiplicación), la vivencia del sujeto será más compleja, lo que repercutirá en el fenómeno que emerge (el resultado algebraico).

Además se debe considerar que si bien los sistemas algebraicos operan con independencia a su contexto, se rigen bajo ciertas reglas que los determinan. Para continuar con la metáfora, en el caso de los efectos catalizadores de las sustancias estas reglas podrían estar determinadas por las normas del contexto clínico o recreativo en el cuál se utilicen.

Si bien se ha clasificado la información entregada por los entrevistados respecto de los efectos catalizadores que propician estas sustancias, al revisar el material emergen algunas interrogantes respecto de si dichos efectos corresponden a las sustancias o al sujeto; o más bien qué de dichos efectos corresponde a uno y a otro. Esta pregunta surge debido a que en diversas oportunidades los terapeutas enfatizan que lo que sucede bajo el efecto de estas drogas es algo que ya se encuentra en el sujeto, razón por la cual ellas sólo vehicularían algo que ya está presente en aquel que ingiere la sustancia.

Bajo esta perspectiva cabe la pregunta de si por ejemplo la imprevisibilidad de los contenidos que emergen se debe a que las sustancias son imprevisibles, o si más bien acontece porque los sujetos son los imprevisibles. Por una parte los entrevistados explicitan que ello corresponde a las drogas, razón por la cuál se ha clasificado así, como una operación que emerge a partir de los fármacos; pero por otra parte los entrevistados indican que el *set* o el estado del sujeto se define como impredecible, lo que también se menciona en el marco teórico.

De esta forma, se debe considerar que la subjetividad se caracteriza por su poca previsibilidad. Al respecto, se debe mencionar que si bien no se cuenta con material específico sobre subjetividad en el marco teórico del presente estudio, parece relevante recordar que desde el psicoanálisis ésta se encuentra en un continuo movimiento bajo los influjos del deseo, por lo que es difícil de aprehender y predecir; lo que se ejemplifica cuando se da cuenta del analista como alguien que no sabe sobre su paciente.

En este sentido, resulta relevante postular que esta clasificación de “efectos” (estados, operaciones y fenómenos) más bien da cuenta de mecanismos que parecen ya encontrarse en el sujeto, pero que serían potenciados por las sustancias. Para mencionar algunos ejemplos sobre las operaciones, se debe considerar que la persona ya cuenta con la capacidad de disolver categorías preexistentes, por lo que no requiere del uso de drogas para ello. Esto se aprecia en los procesos creativos o en cualquier marco clínico en el que van cambiando los sentidos que el sujeto otorga a cada ámbito de su vida a medida que transcurre la terapia. Entonces, el efecto particular que ejercen estos fármacos sobre este mecanismo corresponde a su potenciación, y no a “crearlos” como algo nuevo o ajeno al sujeto.

De igual manera la persona puede utilizar sus sentidos de la percepción como una plantilla de rememoración, al acordarse por ejemplo de una determinada situación a partir de un cierto olor; lo que puede ser potenciado por el fármaco psicoactivo.

Si bien este aspecto queda aquí ofrecido para la reflexión del lector, se puede afirmar que estas observaciones se mantienen en coherencia con parte de lo afirmado por los terapeutas sobre aquello que emerge durante los estados modificados de conciencia, al destacar que en la experiencia surge algo que pertenece al sujeto y que no corresponde a algo añadido por el fármaco o a una vivencia que está contenida en él. En este sentido, serían los propios mecanismos del sujeto los que pueden ser utilizados en un marco clínico de trabajo, pero potenciados a través del uso de sustancias.

Este punto resulta de suma relevancia si se considera que desde la perspectiva psicoanalítica también se trabaja con aquello que es propio del sujeto; ya que si bien el material inconsciente puede parecerle extraño o ajeno al paciente, no sólo le “pertenece”, sino que más bien lo configura. De esta forma, tanto para las terapias asistidas con LSD, MDMA y psilocibina, como para el psicoanálisis freudiano, la clínica se articula a partir del trabajo que se realiza con los recursos de la persona, y no con elementos externos.

4. El terapeuta

A partir del material recopilado en las entrevistas, si bien se explicita que el paciente se debe preparar para las sesiones con la sustancia, se aprecia que el terapeuta también debe hacerlo. Su forma de preparación consiste en conocer lo mejor posible a la persona que hará la psicoterapia. Esto le permite tener una base de referencia sobre sus características durante estados ordinarios de conciencia, así como también le permite conocer su historia de vida y los elementos significativos que el paciente quiere abordar durante las sesiones con sustancia. Así el terapeuta podrá comprender de mejor forma lo que ocurrirá durante la experiencia y los caminos que podrían llegar a recorrer en ella.

Esto muestra que el material que surge durante las sesiones sin droga es relevante para el trabajo que realiza el terapeuta mientras el paciente está bajo el influjo de la sustancia. Aquello que el terapeuta pudo percibir como propio del sujeto en su estado ordinario –como por ejemplo su tendencia hacia el silencio o hacia el exceso de habla-, le sirve como referencia sobre ciertos aspectos que puede ir evaluando durante las sesiones con droga –como pueden ser las resistencias-. En este sentido, el terapeuta opera no sólo con aquello que acontece durante la sesión con droga, sino que también con aquello que emergió en sesiones anteriores sin droga, utilizando el estado ordinario como referencia.

Lo mismo ocurre en relación con ciertos temas que aparecieron en sesiones anteriores y que el terapeuta puede citar y traer a la sesión con droga o a otras posteriores. Esta forma de trabajo se aprecia también en la psicoterapia analítica.

Respecto de los roles del terapeuta, destaca como principal la capacidad que debe tener para facilitar la terapia, y específicamente la experiencia con el fármaco. Sobre esto último, se indica que debe facilitar tanto el espacio externo del paciente

como el interno, para que pueda tener su experiencia sin distraerse con elementos de uno u otro tipo. Por ello, el terapeuta es el encargado de propiciar los intercambios del sujeto con ambos medios.

El trabajo con los distintos tipos de experiencias que pueden tener los pacientes -somáticas, sensoriales, afectivas, mentales, de recuerdos, entre otras- durante la sesión con droga es vehiculizado por las técnicas que el terapeuta maneja para abordarlas. Esto quiere decir que el terapeuta posibilita ciertos movimientos clínicos de acuerdo a las herramientas que posee. Por eso es importante que el terapeuta cuente con una amplitud de recursos que le permitan guiar y sostener los diferentes matices de la vivencia del paciente, para que éste pueda trabajarlas.

De esta manera, las experiencias del paciente durante la sesión con droga se relacionan con las características del terapeuta, y por lo tanto con la psicoterapia en tanto vínculo o relación, ya que es en esta relación en la que se despliegan tanto las vivencias del paciente como las técnicas y habilidades del terapeuta que saben hacer con ellas. Igualmente esto opera para el trabajo de integración de las experiencias.

La relevancia de estas consideraciones radica en que muestra que los efectos potenciadores de las drogas se asocian a sus posibilidades terapéuticas, ya que dichos efectos corresponden a un ámbito de intervención, o sea a lo somático, afectivo, a la producción de imaginación interna, entre otros.

5. El *setting*

A partir del material recopilado en las entrevistas, se observa que los elementos del contexto pueden operar tanto como distractores o como encausadores de las experiencias terapéuticas, por lo que cobran vital importancia. Dos de ellos destacan por su presencia en los resultados de esta investigación; uno corresponde a la música, el silencio y el ruido, y el otro al espacio interior y exterior.

5.1. La acusmática

Si bien en la literatura revisada para articular el marco teórico, se habla de la música como elemento principal para la guía de la experiencia con sustancia, se aprecia en las entrevistas realizadas que ella es sólo uno de los aspectos vinculados al sonido que pueden direccionarla. De esta manera, el silencio o la falta de sonido, así como los ruidos externos pueden también propiciar un marco de trabajo terapéutico.

Debido a que la MDMA, LSD y psilocibina producen un aumento de la sensibilidad y percepción, resulta comprensible que el hecho de estimular alguno de los sentidos –como por ejemplo el auditivo- pueda conllevar efectos importantes para el desenvolvimiento de la sesión. El sujeto sentirá con mayor intensidad aquello que escuche, por lo que se relacionará de manera más intensa con la modalidad acústica que enmarque los distintos momentos de la sesión.

Por esta razón, la música que evoca o inspira determinadas emociones puede utilizarse como una herramienta que propicie el tipo de sentimiento que se desea generar. Lo mismo acontece con el silencio y con los ruidos externos que el sujeto puede incorporar como parte del sentido de lo que le está sucediendo en la sesión.

En las entrevistas, destaca que el estado afectivo del sujeto también influirá en la manera de percibir dichos fenómenos acústicos, ya que si por ejemplo el sujeto está tranquilo podrá sentir el silencio como meditativo, pero si está angustiado lo percibirá desde la angustia. Del mismo modo, se debe considerar que debido a la imprevisibilidad característica de los sujetos –que como vimos, es potenciada por estas sustancias-, el efecto que se genere con determinada modalidad acústica puede que no corresponda al que se buscaba.

Si bien los diversos elementos sonoros pueden propiciar ciertos estados, también se indica en las entrevistas que el sujeto vivenciará aquello que le corresponde vivenciar en ese momento. Esto se establece de acuerdo a su historia de vida, intenciones terapéuticas, grado de resistencias, entre otros aspectos, los que en definitiva configuran su propia subjetividad. En este sentido, la música, el silencio y el ruido no parecen ser elementos que puedan manipular la experiencia del sujeto, sino que más bien operan para vehicularla o encausarla hacia aquello que la persona ya está experimentando o le toca experimentar.

Un aspecto relevante sobre el que se debe reflexionar, corresponde a la denominación que puede adquirir este elemento sonoro del *setting*, categoría que debe incluir sus tres formas: la música, el silencio y el ruido. Para llevar a cabo este ejercicio no se puede contar con el marco teórico aquí presentado, por lo que se debe incursionar en corrientes de la teoría de la música. Por esta razón se indagó en la acústica, pero esta disciplina no parece ser la más adecuada, ya que si bien estudia la transmisión del sonido, el infrasonido y el ultrasonido, no incluye al silencio como parte de su propuesta.

Otra perspectiva corresponde a la acusmática, palabra que viene del griego *akousma* (percepción auditiva) y que se conceptualiza en los años 1950 tomando la forma de enseñanza que ejercía Pitágoras en la antigua Grecia. Al acuñar este término, se consideró que Pitágoras le hablaba a sus discípulos detrás de una tela para que no se distrajeran con sus gestos; de esta manera se privilegiaba lo auditivo por sobre lo visual, para que los alumnos tomaran las palabras del maestro como fuente de aprendizaje.

Esta escucha de las palabras acontece sin que se vea al emisor, lo que surge como una combinación particular entre sonido y espacio que también sucede así durante las sesiones con sustancia en las terapias asistidas. En ellas los sujetos deben usar antifaces en el transcurso de sus experiencias psicoactivas, por lo que no pueden ver al terapeuta, pero sí pueden escucharlo. Del mismo modo, los pacientes pueden escuchar los silencios y otros ruidos distintos de los que se producen intencionadamente en la terapia, sin ver su fuente emisora.

Además de esta convergencia entre las terapias asistidas y la acusmática, destaca que en esta última el silencio es parte de sus conceptualizaciones. Sobre ello, el compositor norteamericano John Cage desarrolló diversos postulados.

Si bien puede ser precipitado realizar de inmediato estas asociaciones, resulta relevante dar cuenta de una posible conceptualización de este elemento del *setting* que reúna a sus tres variantes: el ruido, la música y el silencio.

Del mismo modo, se debe señalar que probablemente el psicoanálisis también trabaje bajo la perspectiva de la acusmática, ya que el paciente no ve al analista mientras se encuentra recostado en el diván, porque el terapeuta se ubica por fuera

de su campo visual. En este sentido, la voz del analista opera por sobre lo visual, puesto que el paciente no ve desde dónde emerge el sonido de sus palabras.

5.2. Ordenamiento del espacio interior a través del exterior

Tal como se señala en el marco teórico, Freud ordenó el espacio terapéutico bajo ciertas disposiciones que le permitían realizar el análisis de forma adecuada. Éstas consistían en que el paciente se mantuviera recostado en un diván, mientras que él se ubicaba lejos de su campo visual. De esta manera se aseguraba de que el paciente se concentrara en su propia actividad anímica y que no se distrajera con sus gestos u otros elementos externos.

Esta disposición del espacio físico externo en el marco de una terapia analítica, posibilita un cierto ordenamiento del espacio interno del sujeto, tal como acontece durante las terapias asistidas con sustancias. En este sentido, la posición del analista lejos del paciente permite su concentración en aquello que le acontece, y no en el ambiente.

Este ordenamiento del espacio se aplica actualmente en las terapias asistidas con sustancias; sin embargo entre ambos *settings* existe una diferencia: en las terapias asistidas los terapeutas se ubican cerca del paciente y no lejos de su campo visual. En este sentido, la manera que asegura la concentración del paciente en su interior -en un *setting* de terapias asistidas-, es a través de la utilización de antifaces, por lo que éstos parecen operar como un elemento sustitutivo de la distancia física y visual que sostenía Freud para lograr estos mismos objetivos. Quizás esta sustitución se ha debido realizar -en el transcurso de la historia- puesto que como señalamos, las terapias asistidas requieren de un trabajo corporal directo entre terapeuta y paciente, pero que al mismo permita que éste se concentre en su experiencia interna.

Además, el uso de auriculares que hoy en día se considera para estos encuadres, no sólo permite que el sujeto escuche la música, sino que también genera un ordenamiento del espacio y de las posibilidades de intercambio con los terapeutas. De esta forma, los auriculares le aseguran al sujeto una concentración focalizada en su interioridad, dejando de lado las alternativas de intercambio verbal que podrían llevarlo hacia el exterior.

Respecto de estas disposiciones aplicadas en el espacio exterior, se observa su directa relación con el espacio interno del sujeto, al otorgarle un cierto ordenamiento y al operar como un soporte de la experiencia que la persona tiene consigo misma. De ahí la relevancia de administrar ambos espacios para propiciar una experiencia terapéutica.

En este sentido, el espacio se debe considerar tanto en su exterioridad como en su interioridad, ya que se apoyan y configuran mutuamente. Por esta razón, la disposición del espacio externo debe generar tranquilidad y seguridad, puesto que eso le dará confianza al sujeto para explorar su interior, en la medida en que no deba preocuparse por lo que ocurra fuera de sí.

Sin embargo, no siempre el espacio se debe ordenar de esta forma cuando se propicia una instancia psicoactiva, ya que en el material de las entrevistas se señala que en escenarios recreativos el espacio exterior resulta fundamental para encausar la

experiencia placentera o de diversión que se busca, por lo que en esas situaciones el ambiente puede ser aprovechado para ello.

6. Lo que hace que una experiencia sea terapéutica y no recreacional

Durante la configuración del marco teórico no se consideró la literatura existente sobre los usos recreacionales de psilocibina, MDMA y LSD, si bien durante la revisión del estado del arte se encontró bastante información sobre ello.

Sin embargo, luego de examinar los resultados parece evidente que considerar lo que atañe al uso recreacional de sustancias psicoactivas permite delimitar lo que corresponde a uno terapéutico. En este sentido, los terrenos de cada ámbito marcan no sólo lo que los constituye, sino que también sus diferencias.

Si bien en ambos contextos la persona puede tener experiencias significativas e *insights* relevantes para la comprensión de algún aspecto de su vida, en un escenario recreativo dichas vivencias no se inscriben del mismo modo que en la terapia. Además, en las entrevistas se señala que en ambos marcos se pueden tener experiencias que no sean significativas.

En el presente estudio se encontraron cuatro aspectos que son propios del contexto clínico y que permiten vivenciar estas experiencias psicoactivas como terapéuticas; lo que da cuenta de ciertas diferencias respecto de lo que ocurre en el ámbito recreacional.

El primero se refiere a las expectativas sobre lo que puede ocurrir en dicha instancia, las que en un marco clínico adquieren un carácter terapéutico. Estos deseos y esperanzas son compartidos tanto por el paciente como por el terapeuta, e implican un tránsito por las experiencias difíciles que el sujeto desea superar. En cambio en el marco recreativo se esperan vivencias placenteras y/o entretenidas, las que si bien pueden ser significativas, distan mucho de las dificultades que son inherentes al proceso psicoterapéutico por el que debe transitar la persona para mejorar.

El segundo atañe al objetivo que tiene el sujeto respecto de su participación en el contexto y de su uso de sustancias en él. En terapia esto corresponde a su exploración interna, o sea a su conexión con conflictos, emociones, pensamientos, traumas, entre otros. Esta indagación no se busca en lo recreativo, ya que en él se persigue conectar con lo que ocurre en el ambiente externo, es decir con los amigos, la fiesta, la naturaleza, entre otros.

Un tercer aspecto que se encuentra sólo en el contexto clínico es la presencia del terapeuta y el vínculo con carácter psicoterapéutico que se genera entre él y su paciente. Estos elementos son fundamentales para la realización de movimientos que impliquen una mejoría para el sujeto, ya que es ahí donde se puede reparar parte del daño que carga, específicamente en la transferencia.

El cuarto -que también se encuentra sólo en la terapia-, corresponde a aquello que se hace con el material significativo que emerge durante la ingesta de la sustancia, lo que en un marco clínico concierne a la integración de la experiencia. Ésta se describe como un proceso compuesto por diversos momentos, los que son atravesados por la tarea de recordar que debe llevar a cabo la persona. De esta forma, el recuerdo es utilizado como un mecanismo que ayuda a la integración durante todo el proceso, el que puede realizarse a través de diversos elementos, como son la palabra, el cuerpo, la

escritura, el dibujo, la música, entre otros. Al respecto se debe mencionar la relevancia que tiene para el psicoanálisis el trabajo del recuerdo, ya que éste permite movilizar el material inconsciente hacia la conciencia, por lo que propicia la cura.

Cabe destacar que para poder realizar el trabajo de integración en las terapias asistidas, se requiere de la persona del terapeuta y del vínculo con él. Además, estos tres aspectos –la integración, el terapeuta y el vínculo terapéutico- marcan una diferencia respecto de aquellas experiencias con sustancias que buscan ser curativas pero que se realizan en soledad, si bien se intentan realizar fuera de un contexto recreacional. En este sentido, si el sujeto no cuenta con una persona que cumpla el rol de terapeuta (entre los que destaca su capacidad para guiar la integración) ni con un vínculo transferencial con él, entonces su experiencia no se inscribirá como terapéutica, a pesar de que le pueda resultar significativa.

También se debe considerar que es imprescindible que el paciente lleve a cabo modificaciones en su vida cotidiana que consoliden el trabajo de integración. Por esta razón tampoco serán terapéuticos aquellos procesos llevados a cabo en la mente o en la racionalidad del sujeto; al igual que para el psicoanálisis. De esta forma, la modificación de aspectos de su vida cotidiana robustece lo trabajado en psicoterapia, y lo vuelve real tanto para él como para su entorno.

Finalmente, llama la atención que estos cuatro aspectos encontrados en la presente investigación –las expectativas psicoterapéuticas, la exploración interna del sujeto, la persona del terapeuta y el vínculo clínico, y la integración de la experiencia- son también parte del proceso psicoterapéutico clásico que se lleva a cabo sin ningún tipo de drogas, así como también son parte de aquellas terapias que se realizan con la asistencia de fármacos de prescripción. Del mismo modo, estos cuatro aspectos configuran y propician el marco psicoanalítico de trabajo clínico que se puede establecer con los pacientes que desean realizar un tratamiento de este tipo.

VI. CONCLUSIONES

“El reconocimiento de que lo que de común se denomina “realidad”, incluida la realidad de la propia persona, de ningún modo es algo fijo, sino algo de múltiple significación, y que no existe una realidad, sino varias; así como que cada una de ellas encierra una distinta conciencia del yo”
(Hofmann, 2006, p. 207)

Se considera logrado el objetivo general que ha orientado al presente estudio, así como también sus objetivos específicos, ya que se han podido describir y conocer los procesos psicoterapéuticos asistidos con LSD, psilocibina y MDMA. Específicamente, se levantó información esclarecedora sobre los distintos tipos de psicoterapias asistidas con sustancias, así como también respecto de los diversos aspectos que componen dicho proceso, es decir: sobre sus distintos momentos, sus objetivos, lo que se considera como cura, la figura del terapeuta, el vínculo entre el paciente y el terapeuta, el lugar que ocupan los fármacos en dicho proceso, y el lugar físico en el que se realizan estas terapias.

Del mismo modo, se han podido realizar diversos vínculos entre los marcos clínicos de las terapias asistidas y los contextos psicoanalíticos, por lo que se ha podido poner a dialogar la información recopilada en las entrevistas con el marco teórico que sustenta la presente investigación. De manera específica, los conceptos del psicoanálisis que fueron desplegados al inicio del marco teórico –que coinciden con los objetivos específicos de este estudio- han permitido reflexionar respecto de las terapias asistidas con LSD, MDMA y psilocibina.

Si bien falta mucho por indagar, esta investigación ha pretendido abordar de manera general cada uno de estos elementos, por lo que se pueden dar por descritos de forma amplia los procesos clínicos asistidos con estas drogas. Sin embargo, al mismo tiempo este trabajo ha dado cuenta de diversos aspectos en dichos elementos que serían interesantes de ser estudiados en un futuro, por lo que podrían realizarse investigaciones específicas sobre cada uno de ellos.

Destacan también algunos aspectos novedosos que emergieron en este estudio, los que al no ser visualizados en la revisión del estado del arte, no habían sido considerados para el planteamiento de la problemática de investigación ni para la configuración del marco teórico. Estos corresponden a:

- a) La dimensión política y ética de todos los tipos de procesos psicoterapéuticos, dentro de la que destaca la dimensión real de la experiencia con sustancias en el marco de la terapia.
- b) La dimensión del cuerpo en el campo clínico, específicamente su lugar y relevancia que entrelaza tres aspectos principales: los efectos de las sustancias, las vivencias del sujeto y sus traumas, y las intervenciones del terapeuta. En este sentido, ha surgido el cuerpo tanto del paciente como del terapeuta.
- c) La realización de una clasificación de los efectos que potencian estas sustancias en los sujetos que las ingieren en un contexto clínico, y que por lo tanto pueden ser utilizados con ese fin.

- d) Diálogos entre los postulados de Freud y de Grof en torno a los estados de conciencia, además de algunos vínculos con los procesos de psicoterapia, la enfermedad y la cura.
- e) Convergencias y divergencias entre la teoría psicoanalítica freudiana y las terapias asistidas con las sustancias que son de interés en este estudio.
- f) Reconsideraciones respecto de algunos elementos del *setting* que permiten vehicular la experiencia terapéutica, como son la propuesta acusmática (música, ruido y silencio) y el espacio exterior e interior del sujeto.
- g) Aspectos singulares de la clínica asistida con LSD, MDMA y psilocibina que marcan una diferencia respecto de los usos recreacionales de sustancias.

Estos elementos permiten aclarar parte de la configuración que atañe a las terapias asistidas con estas drogas, por lo que también han ayudado al cumplimiento del objetivo de la presente investigación, si bien no eran parte de lo que se esperaba encontrar.

Además, si bien se han esclarecido diversos aspectos, también han aparecido numerosas preguntas en el transcurso de este estudio. Por esta razón, sería interesante indagar en varios temas que resultan relevantes para incrementar nuestra comprensión sobre los procesos psicoterapéuticos.

Podrían realizarse investigaciones específicas de cada uno de los temas novedosos que emergieron en esta investigación, sobre todo en relación al cuerpo en la terapia, ya que parece ser el más innovador en el campo de las terapias asistidas. Específicamente se menciona una transferencia corporal en las entrevistas, la que permitiría dilucidar más claramente las operaciones de cura ligadas a las sustancias que ocurren durante los procesos clínicos.

Se requieren también marcos teóricos que consideren la noción de experiencia, ya que aparece de forma reiterada en las entrevistas, y puesto que con el marco teórico actual no ha podido abordarse en profundidad.

También se podría ahondar en los estados ordinarios de conciencia, y no sólo en los que se consideran modificados. Esto permitiría marcar algunas diferencias entre uno y otro, o determinar si es que corresponden a un *continuum* como se ha planteado en la discusión del presente estudio.

Del mismo modo, los estados alterados debidos al uso de fármacos de prescripción podrían ser indagados, sobre todo en lo que respecta al trabajo clínico con ellos. En este sentido, se podrían estudiar las psicoterapias que son asistidas con benzodiacepinas, antipsicóticos, antidepresivos, ansiolíticos, u otros, para luego hacer comparaciones con la terapia que es asistida con sustancias como la MDMA, LSD y psilocibina.

Debido a que no existe un amplio desarrollo de términos clínicos ni de procesos psíquicos –en las publicaciones– sobre los fenómenos aquí abordados, es relevante poder llevar a cabo estudios que permitan diálogos más profundos entre las terapias asistidas y las diversas corrientes teóricas psicológicas.

Específicamente, algunos aspectos que han aparecido en este estudio pueden ser de interés para la teoría psicoanalítica, como por ejemplo los que se plantean al poner a dialogar los postulados de Freud y de Grof sobre los estados de conciencia. Del mismo modo, resultan de interés las convergencias señaladas en las discusiones entre el marco analítico y el de las terapias asistidas. Estos aspectos permiten suponer que se podría llevar a cabo una investigación que revisara los planteamientos de las

terapias asistidas a la luz de los postulados analíticos específicos sobre las neurosis obsesivas, las histerias u otros trastornos freudianos.

También las nociones de inconsciente, preconsciente y consciente que articulan las explicaciones referentes al funcionamiento del aparato psíquico y que son desarrolladas por el enfoque analítico, podrían ayudar a esclarecer lo que ocurre en términos psíquicos durante las terapias aquí presentadas. De esta forma se podrían hacer puentes más precisos entre el psicoanálisis y los estados modificados de conciencia que acontecen bajo el influjo de sustancias, al abordar cada uno de estos términos clínicos por separado, dando cuenta de su profundidad y dimensiones.

Del mismo modo, la represión freudiana es un concepto que podría ayudar a comprender los distintos estados de conciencia que organizan al aparato psíquico y sus procesos durante las sesiones con sustancia de las terapias asistidas. Lo mismo puede ocurrir con la noción de la atención parejamente flotante que debe sostener el analista, y con el estado que debe propiciar la asociación libre que encausa al paciente en terapia.

En relación al entrenamiento del terapeuta se aprecia parte de su preparación para llevar a cabo estas terapias asistidas, sin embargo se podría indagar más respecto de su preparación previa a las sesiones con droga, ya que no aparece mucha información sobre ello. Del mismo modo, sería interesante investigar sobre los entrenamientos de formación que llevan a cabo con las sustancias.

También se podrían abordar diferencias entre sustancias, ya que aquí se expusieron los aspectos que operan tanto para la LSD, como para la psilocibina y la MDMA. Específicamente se podrían estudiar las diferencias en la clínica que dan cuenta de la particularidad de la utilización de fármacos psicodélicos y empatógenos, ya que sus distintos efectos podrían significar diferencias en los procesos psicoterapéuticos que se realicen con cada uno de ellos. Si por ejemplo, la MDMA refuerza la transferencia porque es empatógena, cabe la pregunta de qué es lo que hace reforzar este vínculo en el caso de los psicodélicos.

Sería interesante un estudio sobre cómo operan los elementos y fenómenos que posibilitan estas drogas y que fueron encontrados en esta investigación, pero no en un contexto clínico, sino que en uno recreacional; sobre todo considerando que estas sustancias generan o potencian ciertos movimientos psíquicos y físicos que deben desplegarse de manera distinta y/o similar en instancias recreacionales.

Además, ya que ciertos elementos del contexto son útiles para un tipo de experiencia y no para la otra, sería interesante conocer cuáles son de utilidad en ambas, y si en el marco recreacional aparecen ciertos acentos o aspectos que no están presentes en el terapéutico. Por ejemplo, la música debe ser encausadora de ambas experiencias debido a su capacidad para envolver al sujeto, pero sería interesante saber qué tiene de particular en uno y otro contexto, y si encausa la experiencia de distintas maneras, entre otras cuestiones.

Pareciera que los efectos de las sustancias que potencian ciertos aspectos del sujeto (estados, operaciones y fenómenos) pueden utilizarse o no con finalidad terapéutica, ya que pueden aparecer en contextos festivos y ser usados con otros objetivos. En este sentido, lo que hace que sea terapéutica una experiencia de estado modificado de conciencia son los elementos que se identificaron como diferenciadores de los marcos recreacionales, es decir: las expectativas psicoterapéuticas, la exploración interna como objetivo, la persona del terapeuta y la relación terapéutica, y

la integración de la experiencia; si bien se considera que también pueden haber otros no encontrados en esta investigación.

Esto parece mostrar que es la relación que el sujeto establece con el estado modificado de conciencia lo que determinará si éste será terapéutico o recreacional, y no tanto los efectos directos de las sustancias que ocurran bajo dicho estado. De esta manera, en el vínculo que establece el sujeto con su conciencia –y por lo tanto con el fármaco que la altera- parecen residir las posibilidades psicoterapéuticas.

Finalmente, se debe mencionar que la presente investigación ha mostrado no sólo cómo un enfoque teórico psicológico –como el de las terapias asistidas que ha vuelto a surgir en la historia de la psicoterapia- se presenta hoy día como novedoso, sino que también cómo ha evolucionado partiendo de conceptos freudianos que le han permitido desenvolverse hasta alcanzar las formas características que las configuran en la actualidad. Dichas maneras han sido descritas en este estudio, dando cuenta de los insospechados caminos y operaciones que puede tomar el ejercicio de una clínica de los estados de conciencia alterados por el influjo de la psilocibina, la LSD y la MDMA.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso, L. (1995). Sujeto y discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa. En *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales* (Delgado, J. y Gutiérrez J. (compiladores)., pp. 225-240). Madrid, España: Síntesis.
- Anderson, E. (2007). *Peyote. El Cactus Divino*. Barcelona, España: Laertes.
- Anderson, G., Braun, G., Braun, U., Nichols, D., & Shulgin, A. (1978). Absolute configuration and psychotomimetic activity. *NIDA Research Monograph*, (22), 8-15.
- Avila, A., & Poch, J. (1998). *Investigación en psicoterapia: la contribución psicoanalítica*. Argentina: Paidós.
- Bouso, J. C. (2003). *Qué son las drogas de síntesis. El éxtasis (MDMA) y otras drogas sintéticas. Cómo pueden afectar al organismo. La cultura rave y la música electrónica*. Barcelona: RBA Editores.
- Bouso, J. C., Doblin, R., Farré, M., Alcázar, M., & Gómez-Jarabo, G. (2008). MDMA-Assisted psychotherapy using low doses in a small sample of women with chronic Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Psychoactive Drugs*, 40(3), 225-236. doi:10.1080/02791072.2008.10400637
- Bouso, J., & Farré, M. (2013). Neurobiología de la psilocibina y potencialidades terapéuticas. En *Psilocibes -the mushrooms- Honguitos, setas, monguis, cucumelos... Historia, farmacología, iconografía, usos terapéuticos, efectos, reflexiones, gestión de placeres y riesgos, identificación, referentes culturales y aspectos legales de los hongos visionarios* (Bouso, J. (Ed)., pp. 45-66). Madrid, España: Ultrarradio Ediciones.
- Cáceres, P. (2003). Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica alcanzable. *Psicoperspectivas. Revista de la Escuela de Psicología, Facultad de Filosofía y Educación, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. Chile, II*, 53-82.
- Carhart-Harris, R., Erritzoe, D., Williams, T., Stone, J., Reed, L., Colasanti, A., Nutt, D. (2012). Neural correlates of the psychedelic state as determined by fMRI studies with psilocybin. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 109(6), 2138-2143. doi:10.1073/pnas.1119598109
- Caudevilla, F. (2013). Efectos y riesgos del uso de hongos psilocibios. En *Psilocibes -the mushrooms- Honguitos, setas, monguis, cucumelos... Historia, farmacología, iconografía, usos terapéuticos, efectos, reflexiones, gestión de placeres y riesgos, identificación, referentes culturales y aspectos legales de los hongos visionarios* (Bouso, J. (Ed)., pp. 69-84). Madrid, España: Ultrarradio Ediciones.
- Chavarín, A. (2008). Éxtasis (MDMA). Urgencias por sobredosis de drogas de abuso. Servicio de Urgencias Hospital Clínic Barcelona. Recuperado a partir de http://www.formacionsanitaria.com/cursos/urgencias_sobredosis/material/urgencias_sobredosis06.pdf
- Ciro, D. (2013). Obertura. Pensamientos abreviados de un comedor de hongos. En *Psilocibes -the mushrooms- Honguitos, setas, monguis, cucumelos... Historia, farmacología, iconografía, usos terapéuticos, efectos, reflexiones, gestión de placeres y riesgos, identificación, referentes culturales y aspectos legales de los hongos visionarios* (Bouso, J. (Ed)., pp. 19-26). Madrid, España: Ultrarradio Ediciones.
- Colegio Venezolano de Neuropsicofarmacología. (2009). Manejo terapéutico del síndrome serotoninérgico. Recuperado 3 de septiembre de 2014, a partir de

- <http://www.neuropsicove.org.ve/index.php/publicaciones-antiores-de-la-revista-digital/21--publicaciones-antiores/-publicacion-13--01--2010/40-sindrome-serotonergico-revision-sistemica-de-etiotogenia-clinica-y-tratamiento?start=10>
- Consejo General de la Psicología de España. (2012). Las intervenciones psicológicas son eficaces y rentables – Resolución de la APA. Recuperado 12 de septiembre de 2014, a partir de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=4184
 - Doblin, R. (2013). MDMA-Assisted Psychotherapy Therapist Adherence and Competence Rating Manual. Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies (MAPS). Recuperado a partir de http://www.maps.org/research/mdma/Therapist_Adherence_and_Compentence_Ratings_Manual_FINAL_7Jan13.pdf
 - Drug Enforcement Administration, D. (2014). Drug fact sheets. U.S. Department of Justice. Recuperado a partir de <http://www.justice.gov/dea/druginfo/factsheets.shtml>
 - Escohotado, A. (2008). *Historia general de las drogas: completada por el apéndice Fenomenología de las drogas*. Madrid: Espasa.
 - Fantegrossi, W., Kiessel, C., Leach, T., Van Martin, C., Karabenick, R., Chen, X., Woods, J. (2004). Nantenine: an antagonist of the behavioral and physiological effects of MDMA in mice. *Psychopharmacology*, 173(3-4), 270-277. doi:10.1007/s00213-003-1741-2
 - Fernández, H. (2008). *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.
 - Freud, S. (2010a). 27ª conferencia. La transferencia. En *Obras Completas* (Vol. XVI, pp. 392-407). Argentina: Amorrortu Editores.
 - Freud, S. (2010b). 28ª conferencia. La terapia analítica. En *Obras Completas* (Vol. XVI, pp. 408-421). Argentina: Amorrortu Editores.
 - Freud, S. (2010c). 34ª conferencia. Esclarecimientos, aplicaciones, orientaciones. En *Obras Completas* (Vol. XXII, pp. 126-145). Argentina: Amorrortu Editores.
 - Freud, S. (2010d). Análisis terminable e interminable (1937). En *Obras Completas* (Vol. XXIII, pp. 211-254). Argentina: Amorrortu Editores.
 - Freud, S. (2010e). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico (1912). En *Obras Completas* (Vol. XII, pp. 107-119). Argentina: Amorrortu Editores.
 - Freud, S. (2010f). Construcciones en el análisis (1937). En *Obras Completas* (Vol. XXIII, pp. 255-270). Argentina: Amorrortu Editores.
 - Freud, S. (2010g). Dos artículos de enciclopedia: «Psicoanálisis» y «Teoría de la libido» (1923 [1922]). En *Obras Completas* (Vol. XVIII, pp. 227-254). Argentina: Amorrortu Editores.
 - Freud, S. (2010h). El método psicoanalítico de Freud (1904[1903]). En *Obras Completas* (Vol. VII, pp. 233-242). Argentina: Amorrortu Editores.
 - Freud, S. (2010i). Esquema del psicoanálisis (1940 [1938]). En *Obras Completas* (Vol. XXIII, pp. 133-210). Argentina: Amorrortu Editores.
 - Freud, S. (2010j). Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica (1910). En *Obras Completas* (Vol. XI, pp. 129-142). Argentina: Amorrortu Editores.
 - Freud, S. (2010k). Nota sobre el concepto de lo inconciente en psicoanálisis (1912). En *Obras Completas* (Vol. XII, pp. 265-277). Argentina: Amorrortu Editores.
 - Freud, S. (2010l). Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica (1919 [1918]). En *Obras Completas* (Vol. XVII, pp. 151-164). Argentina: Amorrortu Editores.
 - Freud, S. (2010m). Puntualizaciones sobre el amor de transferencia (Nuevos consejos

- sobre la técnica del psicoanálisis, III) (1915 [1914]). En *Obras Completas* (Vol. XII, pp. 159-176). Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (2010n). Recordar, repetir y reelaborar (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, II) (1914). En *Obras Completas* (Vol. XII, pp. 145-157). Argentina: Amorrortu Editores.
 - Freud, S. (2010o). Sobre el psicoanálisis «silvestre» (1910). En *Obras Completas* (Vol. XI, pp. 217-227). Argentina: Amorrortu Editores.
 - Freud, S. (2010p). Sobre la dinámica de la transferencia (1912). En *Obras Completas* (Vol. XII, pp. 93-106). Argentina: Amorrortu Editores.
 - Freud, S. (2010q). Sobre la iniciación del tratamiento (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, I) (1913). En *Obras Completas* (Vol. XII, pp. 121-144). Argentina: Amorrortu Editores.
 - Freud, S. (2010r). Sobre psicoterapia (1905[1904]). En *Obras Completas* (Vol. VII, pp. 243-257). Argentina: Amorrortu Editores.
 - Furst, P. T. (2002). *Los alucinógenos y la cultura*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
 - Gasser, P. (1994, Winter -95). Psycholytic Therapy with MDMA and LSD in Switzerland. *Newsletter of the Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies (MAPS)*, 5(3), 3-7.
 - Gasser, P. (2007). Clinical Study Protocol: LSD - assisted psychotherapy in persons suffering from anxiety associated with advanced-stage life threatening diseases. A phase-II, double-blind, placebo-controlled dose-response pilot study. Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies (MAPS). Recuperado a partir de <http://www.maps.org/research/lsd/swisslsd/LDA1010707.pdf>
 - Gasser, P. (2013). Final Clinical Study Report: LSD-assisted psychotherapy in persons suffering from anxiety associated with advanced-stage life threatening diseases. A randomized, single-center, double-blind, active placebo-controlled, partial crossover Phase 2 pilot study comparing response to psychotherapy assisted by 20 mcg or 200 mcg LSD. Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies (MAPS). Recuperado a partir de http://maps.org/pdf/LDA1_FINAL_CSR_20Aug13.pdf
 - Gasser, P., Holstein, D., Michel, Y., Doblin, R., Yazar-Klosinski, B., Passie, T., & Brenneisen, R. (2014). Safety and efficacy of Lysergic Acid Diethylamide-assisted psychotherapy for anxiety associated with life-threatening diseases. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(7), 513-520. doi:10.1097/NMD.000000000000113
 - Gillman, K. (1999). The serotonin syndrome and its treatment. *Journal of Psychopharmacology*, 13(1), 100-109. doi:10.1177/026988119901300111
 - Griffiths, R., Johnson, M., Richards, W., Richards, B., McCann, U., & Jesse, R. (2011). Psilocybin occasioned mystical-type experiences: immediate and persisting dose-related effects. *Psychopharmacology*, 218(4), 649-665. doi:10.1007/s00213-011-2358-5
 - Griffiths, R., Richards, W., Johnson, M., McCann, U., & Jesse, R. (2008). Mystical-type experiences occasioned by psilocybin mediate the attribution of personal meaning and spiritual significance 14 months later. *Journal of Psychopharmacology*, 22(6), 621-632. doi:10.1177/0269881108094300
 - Griffiths, R., Richards, W., McCann, U., & Jesse, R. (2006). Psilocybin can occasion mystical-type experiences having substantial and sustained personal meaning and spiritual significance. *Psychopharmacology*, 187(3), 268-283. doi:10.1007/s00213-006-

0457-5

- Grob, C. (2007). The use of psilocybin in patients with advanced cancer and existential anxiety. En *Psychedelic Medicine: New evidence for hallucinogenic substances as treatments* (Roberts, T. y Winkelman, M., Vols. 1-2, Vol. I, pp. 205-216). Westport, EEUU: Praeger/Greenwood Publishers. Recuperado a partir de http://www.csam-asam.org/sites/default/files/pdf/misc/Grob_Article.pdf
- Grob, C., Bossis, A., & Griffiths, R. (2013). Use of the classic hallucinogen psilocybin for treatment of existential distress associated with cancer. En *Psychological aspects of cancer* (Brian Carr y Jennifer Steel (Eds.), pp. 291-308). Springer US.
- Grob, C., Danforth, A., Chopra, G., Hagerty, M., McKay, C., Halberstadt, A., & Greer, G. (2010). Pilot study of psilocybin treatment for anxiety in patients with advanced-stage cancer. *Archives of General Psychiatry*, 68(1).
- Grof, S. (1970). *Subjective experiences during the LSD training session* (p. 13). Recuperado a partir de <http://www.maps.org/research/cluster/psilo-ld/grof1970.pdf>
- Grof, S. (2005). *Psicoterapia con LSD: el potencial curativo de la medicina psiquedélica*. Barcelona: La Liebre de Marzo.
- Guerra, E. (2006). *Las drogas en la prehistoria: evidencias arqueológicas del consumo de sustancias psicoactivas en Europa*. Barcelona: Bellaterra Arqueología.
- Hasler, F., Grimberg, U., Benz, M., Huber, T., & Vollenweider, F. X. (2004). Acute psychological and physiological effects of psilocybin in healthy humans: a double-blind, placebo-controlled dose?effect study. *Psychopharmacology*, 172(2), 145-156. doi:10.1007/s00213-003-1640-6
- Hofmann, A. (2006). *La historia del LSD: cómo descubrí el ácido y qué pasó después en el mundo*. Barcelona: Gedisa Editorial.
- Jerome, L. (2007a). (+/-)-3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA, «Ecstasy») Investigator`s Brochure. Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies (MAPS). Recuperado a partir de http://www.maps.org/research/mdma/protocol/ib_mdma_new08.pdf
- Jerome, L. (2007b). Psilocybin investigator`s Brochure. Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies (MAPS). Recuperado a partir de http://www.maps.org/research/psilo/psilo_ib.pdf
- Jerome, L. (2008). D-Lysergic Acid Diethylamide (LSD) Investigator`s Brochure. Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies (MAPS). Recuperado a partir de http://www.maps.org/research/lsd/swisslsd/IB_LSD.pdf
- Jiménez, Á. (2012). *La eficacia de la palabra. Sobre la interpretación y los cambios subjetivos en psicoterapia* (Tesis para optar al título profesional de Psicólogo). Universidad de Chile, Chile.
- Johns Hopkins Medicine. (2014). Psilocybin Cancer Project. Recuperado 9 de junio de 2014, a partir de <http://www.bpru.org/cancer-studies/>
- Johnson, M., Richards, W., & Griffiths, R. (2008). Human hallucinogen research: guidelines for safety. *Journal of Psychopharmacology*, 22(6), 603-620. doi:10.1177/0269881108093587
- Kottow, M. (2000). *Intenciones y expectativas de la farmacoterapia. Historia del uso de sustancias exógenas para influir sobre el cuerpo humano*. Santiago, Chile: Academia de Ciencias Farmacéuticas de Chile.
- Kraehenmann, R., Preller, K., Scheidegger, M., Pokorny, T., Bosch, O., Seifritz, E., & Vollenweider, F. (2014). Psilocybin-induced decrease in amygdala reactivity correlates

- with enhanced positive mood in healthy volunteers. *Biological Psychiatry*. doi:10.1016/j.biopsych.2014.04.010
- Kumar, S. (2007). Psilocybin-assisted psychotherapy in the management of anxiety associated with stage IV Melanoma. Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies (MAPS).
 - Labarca, D., & Salin, A. (2011). *Diferencias epistemológicas entre consultantes y terapeutas y sus implicancias en la psicoterapia desde el discurso de psicoterapeutas que adscriben a una perspectiva posmoderna* (Tesis para optar al título profesional de Psicólogo). Universidad de Chile, Chile.
 - Lewin, L. (2009). *Phantastica: drogas narcóticas y estimulantes*. Madrid: Amargord.
 - Liechti, M., Saur, M., Gamma, A., Hell, D., & Vollenweider, F. (2000). Psychological and physiological effects of MDMA («Ecstasy») after pretreatment with the 5-HT2 antagonist Ketanserin in healthy humans. *Neuropsychopharmacology*, 23(4), 396-404. doi:10.1016/S0893-133X(00)00126-3
 - López, F. (2002). El análisis de contenido como método de investigación. *XXI: Revista de Educación, Universidad de Huelva, España*, 4, 167-179.
 - López, J. L. (2009). *Botánica sagrada enteógenos, llaves al mundo interno*. [Madrid: Natem.
 - MacLean, K. A., Johnson, M. W., & Griffiths, R. R. (2011). Mystical experiences occasioned by the hallucinogen psilocybin lead to increases in the personality domain of openness. *Journal of Psychopharmacology*, 25(11), 1453-1461. doi:10.1177/0269881111420188
 - Mithoefer, M. (2013). A Manual for MDMA-Assisted Psychotherapy in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies (MAPS). Recuperado a partir de http://www.maps.org/research/mdma/MDMA-Assisted_Psychotherapy_Treatment_Manual_Version_6_FINAL.pdf
 - Mithoefer, M., Wagner, M., Mithoefer, A., Jerome, L., & Doblin, R. (2011). The safety and efficacy of 3,4-methylenedioxymethamphetamine-assisted psychotherapy in subjects with chronic, treatment-resistant posttraumatic stress disorder: the first randomized controlled pilot study. *Journal of Psychopharmacology*, 25(4), 439-452. doi:10.1177/0269881110378371
 - Mithoefer, M., Wagner, M., Mithoefer, A., Jerome, L., Martin, S., Yazar-Klosinski, B., Doblin, R. (2012). Durability of improvement in post-traumatic stress disorder symptoms and absence of harmful effects or drug dependency after 3,4-methylenedioxymethamphetamine-assisted psychotherapy: a prospective long-term follow-up study. *Journal of Psychopharmacology*, 27(1), 28-39. doi:10.1177/0269881112456611
 - Moreau de Tours, J. (1841). El hachís y la enfermedad mental. Estudios psicológicos. Recuperado a partir de http://nuevapsiquiatria.es/pdf/El_hachis_y_la_enfermedad_mental.pdf
 - Moreno, F., Wiegand, C., Taitano, E., & Delgado, P. (2006). Safety, tolerability, and efficacy of psilocybin in 9 patients with obsessive-compulsive disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67(11), 1735-1740.
 - Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies (MAPS). (s. f.). Recuperado 29 de junio de 2014, a partir de <http://www.maps.org/>
 - Muñoz, A. (2012). *Historia del veneno: de la cicuta al polonio*. Barcelona: Debate.
 - Naranjo, C. (1973). *The healing journey: new approaches to consciousness* (1st ed.).

New York: Pantheon Books.

- National Institute on Drug Abuse, N. (2014). Prescription Drugs. National Institutes of Health (NIH), U.S. Department of Health and Human Services. Recuperado a partir de <http://www.drugabuse.gov/drugs-abuse/prescription-drugs>

- New York University (NYU). (2014). Psilocybin Cancer Anxiety Study. Recuperado 9 de junio de 2014, a partir de <http://www.nyucanceranxiety.org/index.html>

- Oehen, P., Traber, R., Widmer, V., & Schnyder, U. (2012). A randomized, controlled pilot study of MDMA (\pm 3,4-Methylenedioxyamphetamine)-assisted psychotherapy for treatment of resistant, chronic Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). *Journal of Psychopharmacology*, 27(1), 40-52. doi:10.1177/0269881112464827

- Oram, M. (2014). Efficacy and Enlightenment: LSD Psychotherapy and the Drug Amendments of 1962. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 69(2), 221-250. doi:10.1093/jhmas/jrs050

- Ott, J. (1998). *Pharmacophilia o los paraísos naturales*. Barcelona: Phantastica.

- Ott, J. (2011). *Pharmacotheon: drogas enteogénicas, sus fuentes vegetales y su historia*. Barcelona: La Liebre de Marzo.

- Parés, Ò. (2013a). Gestión de placeres y riesgos en el consumo de hongos psicocibios. En *Psilocibes -the mushrooms- Honguitos, setas, monguis, cucumelos... Historia, farmacología, iconografía, usos terapéuticos, efectos, reflexiones, gestión de placeres y riesgos, identificación, referentes culturales y aspectos legales de los hongos visionarios* (Bouso, J. (Ed)., pp. 87-102). Madrid, España: Ultrarradio Ediciones.

- Parés, Ò. (2013b). Historia general de los hongos psicocibios. En *Psilocibes -the mushrooms- Honguitos, setas, monguis, cucumelos... Historia, farmacología, iconografía, usos terapéuticos, efectos, reflexiones, gestión de placeres y riesgos, identificación, referentes culturales y aspectos legales de los hongos visionarios* (Bouso, J. (Ed)., pp. 29-43). Madrid, España: Ultrarradio Ediciones.

- Passie, T. (2012). *Healing with entactogens: therapist and patient perspectives on MDMA-assisted group psychotherapy*. Santa Cruz, CA: Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies (MAPS).

- Passie, T., Halpern, J., Stichtenoth, D., Emrich, H., & Hintzen, A. (2008). The pharmacology of Lysergic Acid Diethylamide: a review. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 14(4), 295-314. doi:10.1111/j.1755-5949.2008.00059.x

- Rätsch, C. (2005). *The encyclopedia of psychoactive plants: ethnopharmacology and its applications*. Rochester, Vt.: Park Street Press.

- Samorini, G. (2001). *Los alucinógenos en el mito: relatos sobre el origen de las plantas psicoactivas*. Barcelona: La Liebre de Marzo.

- Sandoz Argentina S. A. I. C. (s. f.). Prospecto Delysid (LSD 25) Tartrato de Dietilamida del ácido D-lisérgico. Sandoz S. A. Basilea Suiza.

- Schultes, R. E., & Hofmann, A. (2008). *Plantas de los dioses: las fuerzas mágicas de las plantas alucinógenas*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.

- Sewell, A., Halpern, J., & Pope, H. (2006). Response of cluster headache to psilocybin and LSD. *Neurology*, 66(12), 1920-1922. doi:10.1212/01.wnl.0000219761.05466.43

- Tagliazucchi, E., Carhart-Harris, R., Leech, R., Nutt, D., & Chialvo, D. (2014). Enhanced repertoire of brain dynamical states during the psychedelic experience. *Human Brain Mapping*, n/a-n/a. doi:10.1002/hbm.22562

- Usó, J. C. (1993, marzo). Historia de la psiquedelia. 50^o aniversario de la LSD. *Revista Ajoblanco*, (50). Recuperado a partir de <http://www.imaginaria.org/uso.htm>

- Vollenweider, F. (2001). Brain mechanisms of hallucinogens and entactogens. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 3(4), 265-279.
- Vollenweider, F., Vollenweider-Scherpenhuyzen, M., Bäbler, A., Vogel, H., & Hell, D. (1998). Psilocybin induces schizophrenia-like psychosis in humans via a serotonin-2 agonist action. *Neuroreport*, 9(17), 3897-3902.
- Wasson, G., Hofmann, A., & Ruck, C. (1980). *El camino a Eleusis: una solución al enigma de los misterios*. México: Fondo de Cultura Económica.
- White, C. (2014). 3,4-Methylenedioxymethamphetamine's (MDMA's) impact on Posttraumatic Stress Disorder. *Annals of Pharmacotherapy*, 48(7), 908-915. doi:10.1177/1060028014532236
- Yensen, R. (1998). *Hacia una medicina psiquedélica: reflexiones sobre el uso de enteógenos en psicoterapia*. Barcelona: Los Libros de la Liebre de Marzo.

VIII. ANEXOS

1. Pauta temática de entrevistas en profundidad

- Psicoterapia

- a) Proceso, fases
- b) Consulta de pacientes, ingreso a los ensayos clínicos
- b) Criterios diagnósticos
- c) Tratamiento propiamente tal
- d) Criterios de egreso, alta terapéutica o término de la terapia

- Objetivos psicoterapéuticos

- a) Criterios que permiten determinarlos
- b) Criterios de evaluación
- c) Diferencias entre estudios clínicos y psicoterapia clásica
- d) En caso que no se cumplan
- e) Relación entre objetivos, diagnóstico del paciente y droga a utilizar

- La cura

- a) Momento o proceso
- b) Criterios de evaluación
- c) Lugar de la remisión sintomática en la cura
- d) Aspectos que dan cuenta de la cura: sólo la remisión sintomática, resignificaciones del sujeto, integraciones u otros

- Vínculo entre el terapeuta y el paciente

- a) Relación del vínculo con la cura y/o los objetivos terapéuticos
- b) Describir la relación
- c) Lugar del terapeuta y del paciente en la relación
- d) Influencia o no de la droga en el vínculo
- e) Relación previa a la sesión de ingesta de la droga
- f) Por qué es poco mencionado en relación a la cura (en los papers científicos)

- El terapeuta

- a) Características particulares del terapeuta
- b) Directivo o no; y en relación a qué
- c) Encuadre
- d) Corriente teórica psicológica; y si se relaciona con la sustancia con la que se trabaja
- e) Por qué son dos (hombre y mujer)
- f) Formación específica para el trabajo con estos pacientes y/o con estas drogas
- g) Experiencia personal previa o no con estas sustancias; y por qué sí
- h) Supervisiones clínicas

- Técnicas psicoterapéuticas

- a) Cuáles son: la palabra, fármaco, corporales, imaginería, respiración, otras
- b) Qué hace que la sustancia sea terapéutica; ligado sólo a farmacología o también a otros ámbitos

- c) Diferencias entre las usadas por psiquiatría actual y las de esta investigación (LSD, MDMA, psilocibina)
- d) Criterios para determinar con qué paciente se utilizará LSD, MDMA y psilocibina
- e) Criterios para determinar el modo de empleo (cantidad de ingestas y dosificación) de las sustancias de esta investigación
- f) Criterios para elegir el momento de la ingesta durante la psicoterapia
- g) Cómo se integra la experiencia con la droga
- h) Efectos adversos en terapias realizadas, interrupciones de procesos terapéuticos
- i) Se combinan con fármacos psiquiátricos o no
- j) Efectos del estatuto de ilegalidad de la droga, en el terapeuta y paciente
- k) Lugar de la música en la psicoterapia
- l) Por qué se usa antifaz

- El *setting* o lugar de trabajo

- a) Describir el setting para trabajar con estas drogas; es distinto o no al de terapia clásica
- b) Elementos particulares del setting que permitan el trabajo con estas sustancias; a qué están asociados