

Uso de enteógenos en psicoterapia

Trabajo de grado para optar para el título de psicóloga

Lina Johana Vargas Lizarazo ¹

Gustavo Lara Rodríguez

Director

Noviembre 13 del 2017

Programa de Psicología

Universidad del Rosario

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

¹ El presenta trabajo forma parte de la línea de investigación en psicología integral. Envío de correspondencia a: linaj.vargas@urosario.edu.co.

Universidad del Rosario
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud
Programa de Psicología

Acta de Aprobación del trabajo de grado

Los aquí firmantes certificamos que el trabajo de grado elaborado por Lina Johana Vargas Lizarazo titulado Uso de enteógenos en psicoterapia cumple con los estándares de calidad exigidos por el programa de psicología para la aprobación del mismo.

Esta acta se firma a los 13 días del mes de Noviembre de 2017.



Firma del Director

13 nov 2017

Fecha



Firma del Coordinador de T.G.

05-12-2019

Fecha

Tabla de Contenido

Resumen	4
Abstract	5
Psicoterapia asistida con LSD.....	16
Psicoterapia asistida con MDMA.....	21
Psicoterapia asistida con ketamina.....	25
Psicoterapia asistida con psilocibina	29
Psicoterapia asistida con DMT-yagé-ayahuasca.....	34
Psicoterapia asistida con otras sustancias psicodélicas (mezcalina, ibogaína, cannabis)	40
Set-Setting y competencias del terapeuta que trabaja con enteógenos.....	47
Referencias.....	63

Resumen

El uso de enteógenos ha estado presente en la mayoría de pueblos alrededor del mundo y desde la antigüedad. Su uso característico ha sido, espiritual, ritual, recreativo, medicinal y, actualmente psicoterapéutico. En psicoterapia ha sido exitoso en el tratamiento de pacientes con trastornos de estrés postraumático, adictivos, alimenticios, de ansiedad, obsesivo-compulsivos, del neurodesarrollo, depresivos, entre otros.

En el presente trabajo se hace una revisión de la literatura acerca del uso de enteógenos en psicoterapia. Se trabajaron 46 artículos, cinco capítulos de libros, 14 libros, nueve páginas web, cinco conferencias, un congreso, un código de ética, un documental, un artículo periodístico, un testimonio y una entrevista o conversación personal, que datan desde los años 60' hasta la actualidad.

Primero se hace una descripción de los diferentes usos que se le ha dado a los enteógenos, el origen de su nombre, las técnicas o paradigmas que se han usado, la guía de su uso en psicoterapia, entre otros. Luego, se hace un recorrido teórico de las diferentes sustancias (LSD, MDMA, ketamina, psilocibina, DMT, mezcalina, ibogaína y cannabis), presentando su origen, mecanismo de acción, dosificación, efectos generales y adversos, como también, los hallazgos investigativos más importantes, y los beneficios que cada una ha le traído a la psicoterapia en sus principales campos de acción. Al final se presentan algunas conclusiones respecto a la agenda de investigación actual en el campo.

Palabras clave: enteógenos, psicodélicos, psicoterapia, LSD, MDMA, ketamina, psilocibina, DMT, yagé, ayahuasca, mezcalina, ibogaína, cannabis.

Abstract

The use of entheogens has been present in the most of the cultures around the world since ancient times. Its use has been characteristic for spiritual-ritual, recreational, medicinal and psychotherapeutic purposes. In psychotherapy has been successful in the treatment of patients with different disorders such as: post-traumatic stress disorder, addictive disorders, eating disorders, anxiety disorders, obsessive-compulsive disorders, neurodevelopmental disorders, depressive disorders, etc.

The present work is made by a review of the literature of the use of entheogens in psychotherapy. For which 46 scientific articles, five book chapters, 14 books, nine web pages, six manuals, five conferences, one code of ethics, one documentary, one newspaper article, one testimony and one interview or personal conversation were reviewed dating from the 60's to the present.

First there is a description of the different types of uses that have been given to the entheogens, the origin of it's name, the techniques or paradigms that have been used, the guidance of it's use in psychotherapy, etc.

Then, there is a theoretical review of the different substances (LSD, MDMA, ketamine, psilocybin, DMT, mescaline, ibogaine and cannabis), presenting it's origin, mechanism of action, dosage, general and adverse effects, as well as the most important findings and benefits that each substance has brought to psychotherapy in its main fields of action. At the end, some conclusions are presented regarding the current research in the field.

Key Words: psychedelics, entheogens, psychotherapy, LSD, MDMA, ketamine, psilocybin, DMT, yagé, ayahuasca, mescaline, ibogaine, cannabis.

“I get frustrated with people who say that a drug experience can have no spiritual validity. I'm here to tell you that all ... is a drug experience. We're all on drugs all the time, largely because we are MADE of drugs.”

Dennis Mckenna

En las siguientes páginas se expondrán diferentes aspectos concernientes al uso de enteógenos (o “aquellas sustancias que producen alucinaciones, y que inicialmente fueron utilizadas en contextos religiosos y chamánicos, y que hoy pueden consumirse con otros fines”) (Real Academia Española. RAE, 2014. c.) en psicoterapia. La información fue obtenida mediante una amplia búsqueda de se revisaron 46 artículos, cinco capítulos de libros, 14 libros, nueve páginas web, cinco conferencias, un congreso, un código de ética, un documental, un testimonio, un artículo periodístico y una entrevista o conversación personal, que datan desde los años 60’ hasta la actualidad. Se revisaron las publicaciones *Journal of Substance Abuse Treatment*, *Journal of Transpersonal Research*, *Journal of Humanistic Psychology*, en bases científicas como Jstore, APAPsychNet, Scielo, ScienceDirect, en páginas web como Maps.org, youtube.com, entre otros.

En primera instancia, se abarcarán temas alusivos a la historia del uso de enteógenos en psicoterapia, los diferentes paradigmas enteogénicos utilizados en psicoterapia, y el origen de la palabra enteógeno, entre otros. Las siguientes secciones contendrán información como la historia, composición química, mecanismo de acción, efectos, y usos en terapia de los diversos enteógenos utilizados en psicoterapia (LSD, MDMA, ketamina, psilocibina, DMT, mezcalina, ibogaína y cannabis).

La presente revisión de literatura tiene como objetivos:

(a) identificar los temas prioritarios en la literatura revisada sobre el uso de enteógenos en psicoterapia,

(b) exponer los beneficios y riesgos del uso de las diferentes sustancias enteogénicas empleadas en psicoterapia,

(c) realizar una diferenciación entre las diferentes sustancias enteógenas usadas en psicoterapia, y

(d) dar a conocer cuáles son los campos de acción o usos específicos para cada sustancia dentro de la psicoterapia.

Las investigaciones acerca de procesos terapéuticos y sus componentes comenzaron aproximadamente a partir de los años 20', en donde los investigadores especificaban los instrumentos utilizados para su proyecto, los escenarios, las bases teóricas desde las cuales trabajaban, las características de sus participantes, entre otros. Estas investigaciones se realizaban con el propósito de mejorar o resolver un problema específico (Avila & Poch, 1998; Jiménez, 2012 citados en Tartakowsky, 2014, p. 7).

Con el inicio de investigación en psicoterapia, se empieza a investigar acerca de los usos terapéuticos de las diferentes drogas. Su investigación está fundamentada desde diferentes enfoques psicológicos como el psicoanálisis, la gestalt, la psicología humanista y la transpersonal. También se da cuenta a otro tipo de técnicas al realizar terapia con sustancias, tales como técnicas corporales, de respiración, imaginería mental, etc (Grof, 2005; Yensen, 1998 citados en Tartakowsky, 2014, p. 8).

El uso de las sustancias psicodélicas no se inicia en los 60' con los movimientos hippies y el auge del LSD. Estas se han venido utilizando desde épocas muy lejanas, con fines rituales, (Vidal-Ribas, 2010, p. 2) y medicinales por parte de diversos pueblos alrededor del planeta (Méndez, 2013, p. 49).

Éstas sustancias, documentadas alguna vez como “pócimas, conjuros, [brebajes] o preparados realizados por brujos, chamanes, o magos,” (Vidal-Ribas, 2010, p. 2) eran utilizadas para curar diversas enfermedades” (Vidal-Ribas, 2010, p. 2).

Los pueblos antiguos que hacían uso de ellas, mantenían cierto respeto y devoción hacia las mismas. Sus usuarios experimentaban una conexión con dioses y seres divinos, siendo consideradas, “una puerta de acceso al mundo de los espíritus” (Roberts, 2012; Schultes & Hofmann, 2000; Shanon, 2002 citados en Méndez, 2013, p. 37).

El propósito de los pueblos antiguos al consumir este tipo de sustancias era llevar al paciente a un estado de éxtasis total, mientras confrontaba su enfermedad, la cual era superada mientras este se encontraba en un estado alterado de consciencia (Quirce, 2010, p. 4).

Sin embargo, se reportan otros usos por parte de estas comunidades tales como “el contacto con el mundo de ancestros y dioses por medio de estas sustancias enteogénicas, danzas y música adecuada para ello” (Quirce, 2010, p. 2), siendo muchas de estas llamadas “las plantas de los dioses”. (Shultes & Hofman, 1979 citados en Quirce, 2010, p. 2).

Se consideraba que este tipo de sustancias otorgaban fuerza, conocimiento, valor y espiritualidad, siendo así fuentes de enriquecimiento para el individuo o chamán, volviéndolo más visionario, inspirado y entrenado para decodificar toda aquella imaginaria mental (García, 2002).

Cabe resaltar que existen otro tipo de funciones propias del chamanismo como (a) el entrenamiento de nuevos discípulos a esa sabiduría para que lleguen a ser chamanes de la tribu, (b) la adivinación y magia de climas y agricultura, (c) la herbología y medicina indígena o nativa, (d) los rituales, ritos, oraciones y sacrificios para atraer la lluvia y el buen tiempo y echar el mal tiempo de la agricultura, entre otros. El único uso que no se registra hasta el momento por parte de las comunidades es el recreacional (Quirce, 2010).

Estas sustancias no sólo se han dado a conocer por medio de tradiciones chamánicas. Su uso ha sido documentado por diversos investigadores, médicos y psicólogos a través del mundo, resaltando su importancia. Hoy en día, siguen siendo utilizadas como tradición por algunos indígenas en sus ceremonias (Ott, 2000; Schultes & Hofmann, 2000 citados en Méndez, 2013, p. 37).

El descubrimiento del LSD en 1943 por Hofmann fue la causa principal que impulsó la investigación con las mismas (Hofmann, 1970 citado en Timmermann, 2014, p. 94). La comunidad científica manifestó tal interés ante ellas y sus cualidades, que se publicaron más de 500 artículos sobre el LSD en los años 50'. Doblando esta cantidad en los años 60' debido a las traducciones en distintos idiomas (Dyck, 2005^a citado en Méndez, 2014, p. 42).

“Durante ese periodo, (...) se destinaron una gran cantidad de recursos públicos y privados para la investigación clínica con sustancias psicodélicas” (Méndez, 2014, p. 37), creándose institutos, laboratorios, manuales y revistas científicas especializadas en la creación, trabajo e investigación de las mismas (Goldsmith, 2011; Grof, 1980; Hoffer y Osmond, 1967; Walsh y Grob, 2005, citados en Méndez, 2014).

A lo largo del tiempo y durante estos estudios e investigaciones, se pueden distinguir cuatro diferentes tipos de terapias o paradigmas usados en estos contextos: la terapia psicomimética, la terapia hipnodélica, la terapia psicolítica, y la terapia psikedélica (Grof, 2005; Yensen, 1998 citados en Tartakowsky, 2014).

En primera instancia, las investigaciones realizadas desde el paradigma psicomimético, se basan en generar estados similares a la psicosis a partir de estas sustancias (Tartakowsky, 2014, p. 45). Desde este punto de vista, estas, eran definidas como patológicas, y denominadas: “psicosis modelo,” “psicosis experimentales,” o “psicosis químicamente inducidas,” (Grob et al., 2013 & Grob, 2005 citados en Tartakowsky, 2014, p. 45-46) las cuales se le administraban a

voluntarios para estudiar el origen de la psicosis. En ocasiones se usaban para tratar “el alcoholismo, la depresión, la homosexualidad, la neurosis, las fobias, las compulsiones, la psicopatía, la esquizofrenia paranoide,” entre otras (Anderson, 2007; Grof, 2005 citados en Tartakowsky, 2014, p. 46).

Por otra parte, el paradigma hipnodélico, buscaba mezclar la hipnosis con los efectos de la sustancia, guiando así al sujeto en su “viaje” (Grof, 2005 citado en Tartakowsky, 2014, p. 46). Los efectos combinados de la hipnosis y de la droga, eran utilizados para ayudarle al individuo a trabajar y superar sus problemas importantes (Grof, 2005, citado en Tartakowsky, 2014, p. 46).

En tercera instancia, el paradigma psicolítico también propone que estas sustancias son catalizadores auxiliares durante el proceso terapéutico, ayudando a la integración de experiencias (Gasser, 1994; Grob et al., 2013; Passie, 2012; & Yensen, 1998 citados en Tartakowsky, 2014, p. 46), alterando el estado de consciencia y activando recuerdos inconscientes los cuales eran trabajados en psicoterapia (Puente, 2011, p. 37).

Finalmente, el paradigma psicodélico consta:

De la utilización de altas dosis de drogas para generar un estado que permita una nueva visión de sentido de 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, Hofmann, 2006; Naranjo, 1973; & Yensen, 1998 citados en Tartakowsky, 2014, p. 48-49).

Aunque muchas veces el consumo de altas dosis de estas sustancias conduce a mejoras y cambios, estas dosis elevadas también generaban shock y perturbaciones poco terapéuticas cuando no se hace una correcta integración del material adquirido después de su consumo (Grof, 2005 citado en Tartakowski, 2014, p. 49).

Mientras se realizaban investigaciones sobre éstas sustancias, se puede resaltar a su vez su uso recreativo o de mercadería. Este conecta el término psicodelia con la cultura pop, rock, movimientos hippie de los 60' y el tráfico de drogas, distorsionando tanto el significado original espiritual chamánico (Wasson, Hofmann, & Ruck, 1980), como también, su nombre.

Aunque cualquier droga puede ser dañina o benéfica para el individuo que la consume, esto tiende a depender de: (a) la dosis, (b) su pureza, (c) y la razón por la que se utiliza (Escohotado, 2008 citado en Tartakowsky, 2014, p. 21).

Según la Real Academia de la lengua Española (RAE); las drogas, estupefacientes y sustancias psicoactivas, hacen referencia a: “aquellas sustancias o preparados medicamentosos, que actúan directamente sobre el sistema nervioso, alterando la sensibilidad, las funciones psíquicas, pudiendo producir efectos estimulantes, deprimentes, narcóticos o alucinógenos” (2014. b. d. e.)

Este último término se ha usado popularmente para nombrar a este tipo de sustancias, a pesar de que “esta denominación no es lo suficientemente precisa para explicar el tipo de efecto que estas generan” (Timmermann, 2014, p. 93). Según la RAE una sustancia alucinógena hace referencia a: “ciertas drogas las cuales producen alucinación” (2014. a.); aun así, y como se ha mencionado anteriormente, dichas sustancias tienen la capacidad de producir otro tipo de efectos en el sujeto que las consume, tales como cambios en el pensamiento, ánimo, orientación, memoria, percepción, entre otros (O’Brian, 2010 citado en Timmermann, 2014, p. 94).

Por otra parte, el término alucinógeno, procedente del latín *Ijucifiari*, el cual significa: divagar mentalmente o hablar sin sentido, llega a confundirse con “estar loco o delirar”, dando paso a malos entendidos y siendo todo lo contrario a los estados trascendentes y de deidad que los chamanes lograban con dichas sustancias (Wasson, Hofmann, & Ruck., 1980, p. 232).

Así es como surge años después, “el término psicodelia, acuñado por Humphrey Osmond, el cual es una combinación entre las palabras “Psique” (mente) y “Delein” (hacer o manifiesta). (Timmermann, 2014, p. 93). Fue usado para describir a estas sustancias, las cuales hacían que el material inconsciente se manifestara (Timmermann, 2014, p. 93). Entre estas, se pueden encontrar: el LSD, la psilocibina, el DMT, la salvia divinorum, algunos estimulantes como el MDMA, algunos disociativos como la ketamina, y muchos más (Sessa, 2008, p. 234).

Sin embargo, el término psicodélico también resultó erróneo ya que *psico* genera en algunos las mismas confusiones que la palabra “alucinógeno”, asociándolo con enfermedades mentales, desviaciones de la conducta y estados psicóticos o próximos a la demencia, propios del paradigma psicotomimético (Wasson, Hofmann, & Ruck., 1980, p. 233).

El término “enteógeno” acuñado por Wasson, Hofmann, Ruck, Bigwood, Ott y Staples en 1978, se deriva del griego, “entheos” que significa dios y “theo” adentro”. Describe un estado de posesión de un cuerpo por un dios, aplicado a trances proféticos, pasión erótica, creación artística, y ritos religiosos con consumo de estas sustancias en donde se experimentaban estos estados (Wasson, Hofmann, & Ruck, 1980, p. 235).

Por otra parte, Timothy Leary en sus primeros experimentos con psilocibina, acuñó el término de “expansión de consciencia” pues abarca un campo más amplio para estas sustancias (Metzner, 2017, p. 444).

Ya con estas definiciones, es claro que la palabra enteógeno se asocia directamente con el término “estado alterado de consciencia.” Este puede definirse como “una marcada desviación en la experiencia subjetiva o en el funcionamiento psicológico de un individuo normal respecto a su estado usual de consciencia” (Sayin, 2012; García, 2011 citados en Alonso, 2012, p. 81).

Normalmente este tipo de estados, a diferencia de los trastornos mentales, son de corta duración. (Villaescusa, 2006a; Torres, 1998 citados en Alonso, 2012, p. 81).

Los diversos estudios con enteógenos en psicoterapia han brindado múltiples aportes a la Psicología. Uno de ellos: a nivel neurocientífico, al momento de estudiar los estados alterados de conciencia (Timmermann, 2014, p. 98). También se consideran aportes a la psicopatología, al momento de tratar los diferentes trastornos con estas sustancias, como el trastorno de estrés postraumático (PTSD), la depresión, trastornos de adicción de sustancias, trastornos de estrés y ansiedad, trastornos del neurodesarrollo, psicosis y esquizofrenias, entre otros. (Timmermann, 2014, p. 98)

Los descubrimientos que se han dado a partir de los estudios de modificación de conciencia con sustancias psicodélicas, fueron una de las causas principales que contribuyeron al surgimiento de la Psicología Transpersonal (Méndez, 2014). Su objetivo principal consiste en estudiar todas las experiencias transpersonales, místicas o cumbre de la psique humana, sean estas espontáneas o inducidas, (como es el caso del consumo de sustancias psicodélicas) y el poder sanador que estas tienen (Grof, 2003 citado en Méndez, 2014, p. 48).

Los resultados que se han encontrado en terapia haciendo uso de ellas, han sido en su mayoría positivos. Sin embargo, el uso de las mismas acarrea ciertos riesgos, implicando consideraciones éticas al momento de trabajar con ellas. Su administración (en especial cuando son usadas de manera recreativa), ocasiona en algunos casos complicaciones a nivel físico como: (a) taquicardias, (b) hiperventilación, (c) intensificación de malestares clínicos, (d) ataques epilépticos, (e) reacciones adversas al compuesto en especial cuando este está adulterado, entre otros (Vidal-Ribas, 2010, p. 11). Así mismo, se pueden presentar otras complicaciones a nivel psicológico tales como: (a) delirium, (b) trastornos de ansiedad, pánico y tendencias paranoides al ocasionarse la muerte del ego, (c) psicosis y alucinaciones en sujetos con predisposición, (d) trastorno perceptivo persistente o “flashbacks”, (e) labilidad emocional, entre otras. (Vallejo & Leal, 2005 & Grof, 2005 citados en Vidal-Ribas, 2010, p. 11-12)

Sin embargo, la experiencia con este tipo de sustancias también conduce a experiencias positivas. Según Kurland, Grof, Pahnke, & Goodman, (1972) la experiencia psicodélica se caracteriza entre otras cosas, porque los sujetos experimentan: (a) sentido de unidad y trascendencia, (b) sentimientos positivos de alegría, paz, y amor, (c) continuidad en cambios positivos de actitudes y comportamientos, (d) infabilidad o sensación de dificultad al momento de la comunicación de las experiencias vividas, entre otros (p. 87), así mismo, este “afterglow” o “persistencia psicodélica” puede mantenerse hasta dos semanas o incluso meses después de ingerida la sustancia, y luego se va desvaneciendo. (Unger, Kurland, Shaffer, Wolf, Leihy, McCabe, Shock & Shlien. 1968, p.522)

Es importante mencionar, que estas experiencias son únicas y están sujetas al carácter del individuo, en donde se personalizan los problemas emocionales que este tenga o haya tenido, (Grof, 2005, p. 72 citado en Tartakowski, 2014, p.47). Según Richards, (2017) “la experiencia no está en la droga sino en la personalidad del sujeto” (p. 327).

Por otra parte, otra consideración al momento de trabajar con este tipo de sustancias, subyace en el estado ilegal de las mismas en ciertos países, y las posibles consecuencias que se pueden acarrear si no se tienen los adecuados permisos.

A pesar de que estas no se consideran adictivas ni tóxicas, y de que fueron apoyadas por Maslow en sus trabajos enfocados en las experiencias cumbre espontáneas, ayudando a que se realizaran más investigaciones con las mismas en psicoterapia (Grob & Bossis, 2017, p. 57), su uso se prohibió en los 60’ en varios países con muy escasas excepciones para fines clínicos y de investigación.

Las razones de esta ilegalización no sólo se dieron por el uso descontrolado que algunos jóvenes realizaban y sus consecuencias sobre ello, sino también porque eran vistas como potentes agentes de cambio social, teniendo un rol importante en la aparición de muchos movimientos de

derechos políticos en esa época (Grob & Bossis, 2017, p.316), produciéndose un lapso de aproximadamente 20 años en donde pocos investigadores pudieron realizar estudios al respecto debido al difícil acceso a estas de manera legal (Anderson, 2006 citado en Méndez, 2013, p. 37).

Es así, como “las sustancias psicodélicas quedaron atrapadas en una batalla ideológica, cuyo resultado no sólo detuvo su uso terapéutico, sino también hizo que casi todas las investigaciones fueron abandonadas” (Jansen, 2004, p. 297) o prohibidas debido a sus riesgos y su supuesta falta de eficacia en psicoterapia (Méndez, 2014) por su uso incorrecto.

La ketamina es un gran ejemplo de ese tabú. La cual a pesar de ser “un medicamento relativamente seguro, de repente se considera inseguro porque se describe como una “sustancia psicodélica” en vez de un “anestésico disociativo” (Jensen, 2014, p. 297).

Sin embargo, las investigaciones no pararon para algunos (Jansen, 2014). Ya en los 90’ se reanudaron las investigaciones con las mismas en humanos, por parte diferentes entidades como: Heffter Institute, Multidisciplinary Association for Psychedelic Research (M.A.P.S.), Beckley Foundation, entre otras (Anderson, 2006 citado en Méndez, 2013, p. 37).

Hoy en día y gracias a las nuevas legalizaciones y licencias en algunos países, se puede hablar del “renacimiento psicodélico”, donde se retoma el interés por el uso de enteógenos en ámbitos clínicos (Sessa, 2012a, 2012b citado en Méndez, 2013, p. 38).

Generalmente las investigaciones y estudios con enteógenos se dan gracias a licencias. U.S. ha sido uno de los países que ha otorgado permisos a ciertas entidades para que estudien este tipo de sustancias con fines clínicos. Dentro de la lista encontramos a Suiza, España, Rusia, entre otros (MAPS, s.f.b.). Sin embargo, a pesar de que algunos países han otorgado licencias para el estudio con enteógenos, también ha habido estudios que se han rechazado o cancelado.

Para finalizar, aunque existan dificultades al momento de realizar estudios con enteógenos debido a su marco legal, o por deficiencias en los tratamientos, rara vez llegan a ser tan extremos.

De hecho, todos los estudios presentan contraindicaciones, y muchos de estos inconvenientes se deben precisamente a las mismas causas, como: falta de control y seguimiento, sesgos, problemas con el terapeuta, entre otros (Jansen, 2014, p. 298); presentándose así un gran número de estudios en donde no se reportan cambios o éstos tienden a ser leves y poco frecuentes después de varias sesiones (Goldstein, 1960 & Schofield, 1956 citados en Mogar, & Savage. 1964).

Hoy en día, se espera continuar con el uso de enteógenos para fines terapéuticos y de investigación, creciendo así el número de especialistas que deciden dedicar sus carreras al estudio de esta área (Sessa, 2012a, 2012b citado en Méndez, 2014, p. 50).

Psicoterapia asistida con LSD

El LSD, LSD-25, Lyserg Säure Diethylamid, o Dietilamida del Ácido Lisérgico, también conocida como ácido, ajo, Lucy o trip, es una droga semi-sintética, que proviene del hongo de centeno purpurea y una molécula tetracíclica (C₂₀H₂₅ON₃) (Passie, Halpern, Stichtenoth, Emrich & Hintzen, 2008, p. 296).

W. A. Jacobs y L. C. Craig fueron los primeros que en 1930 aislaron el conjunto de los 27 alcaloides que lo componen. Sin embargo, fue hasta 1943 que Albert Hoffman accidentalmente descubrió los poderosos efectos del compuesto 25, cuando este tocó sus dedos (Hofmann, 2006 citado en Tartakowsky, 2014, 26) mientras se encontraba en los laboratorios Sandoz realizando experimentos para hallar una cura para las hemorragias post-parto y las cefaleas (Ott; 2000 citado en Vidal-Ribas, 2010, p. 2).

Su descubrimiento hizo que Hofmann planteara que el LSD es de gran provecho en farmacología, neurología, y sobre todo en psiquiatría (Hofmann, 2006 citado en Tartakowski, 2014, p. 26).

Normalmente el LSD tiene su mecanismo de acción en los receptores 5HT_{2A}, 5HT_{2C} y 5HT_{1A} de serotonina. Asimismo, influye y activa los receptores de dopamina (Gasser, 2007;

Jerome, 2008 & Passie et al., 2008 citados en Tartakowsky, 2014, p. 27) y norepinefrina (Furst, 2002; Gasser, 2007 & Jerome, 2008 citados en Tartakowsky, 2014, p. 27).

El LSD es un componente activo a dosis muy bajas, tan bajas que normalmente no se miden siquiera por gramos, sino por microgramos. Según Blewett & Chwelos, (1959) la dosis inicial activa que se cree adecuada, puede ser tan pequeña como de 100 microgramos en personas cuyo problema no es bastante grave; aunque, se puede hacer uso de dosis de más de 300 microgramos en personas cuyos efectos sean mínimos o que hayan experimentado con LSD antes (p. 27).

En algunos estudios como el de Hubbard, (1958), se han utilizado dosis de 1500 microgramos sin efectos adversos. Aunque las dosificaciones dependen del tipo de estudio (citado en Blewett & Chwelos, 1959, p. 27). Eisner, (2002), afirma que la dosificación del LSD depende del peso corporal del sujeto (p. 4).

Los efectos del LSD comienzan aproximadamente a los 30 o 90 minutos después de administrada, duran aproximadamente unas 8 horas, y si se administran a dosis altas, los efectos pueden durar hasta 12 horas o más. Algunas veces, pueden demorarse y sentirse de 2 o 4 horas después (Ott, 2011 & Passie et al., 2008 citados en Tartakowsky, 2014, p. 9).

Cuando se ingieren dosis bajas (50 - 100 microgramos), se pueden percibir efectos como: (a) agudización de las percepciones, (b) alteraciones perceptivas leves, (c) modificación de pensamiento, como pensamiento acelerado, (d) euforia (Bouso, 2003, citado en Tartakowsky, 2014, p. 28), (e) potenciación de la creatividad, entre otros (Jerome, 2008 & Passie et al., 2008 citados en Tartakowsky, 2014, p. 28).

A dosis un poco más altas se pueden percibir efectos como: (a) alteraciones auditivas, (b) ilusiones y alucinaciones, (c) sinestias, (d) alteraciones en la percepción del tiempo y del ego (Farthing, 1992 & Katz, Waskow & Olsson, 1968 citados en Passie et al., 2008, p. 296) (b)

midriasis, (c) incremento de la temperatura corporal (Hofmann, 2006, citado en Tartakowsky, 2014, p. 29), (d) salivación y sudoración, (e) aumento en la presión y la frecuencia cardíaca (Jerome, 2008 & Passie et al., 2008 citados en Tartakowsky, 2014, p. 29), (f) despersonalización y desrealización (Gasser et al., 2014 & Passie et al., 2008 citados en Tartakowsky, 2014, p. 29), (i) labilidad emocional e introspección, (j) experiencias trascendentales (Jerome, 2008 citado en Tartakowsky, 2014, p. 29), (l) y visiones de colores caleidoscópicas incluso con los ojos cerrados, entre otras.

En algunas personas, pueden presentarse: (a) mareos, (b) ansiedad (Jerome, 2008 & Passie et al., 2008 citados en Tartakowsky, 2014, p. 29), (f) flashbacks, entre otros.

A lo largo de los años muchos psiquiatras, psicólogos, químicos, médicos, y otros profesionales, se han interesado en el estudio del LSD como método terapéutico. Entre los más importantes se destacan: Grof (1981), Leary, Dass y Metzner (1964), Pahnke (1971), entre otros.

Los primeros experimentos con LSD en psicoterapia comenzaron en 1950, cuando Busch y Johnson lo denominaron como catalizador terapéutico (citados en Blewett & Chwelos, 1959, p. 11). Tres años después Katzenelbogen y Fang publicaron un informe sobre el uso de pequeñas dosis de LSD como ayuda en entrevistas, en donde este animó a los participantes a tener una mayor exposición de la emoción en las mismas (citados en Blewett & Chwelos, 1959, p. 11).

Con el paso del tiempo, los usos terapéuticos del LSD se fueron multiplicando notablemente. Sin embargo, sus usos más comunes en terapia son: para el tratamiento en rehabilitación de alcohólicos y otras adicciones, como también para tratar la ansiedad ante la muerte en pacientes terminales.

Las primeras terapias con alcohólicos asistidas con LSD tenían como objetivo atemorizar fuertemente a los pacientes sobre las consecuencias que les implicaba beber (Mangini, 1998, p. 382). A partir de los efectos que el LSD les ocasionaba, estos comenzaban a sentirse

profundamente abatidos por los actos hechos en estado de ebriedad; esperándose así, que con esto hubiera una mejora y se mantuvieran en sobriedad. Los terapeutas de entonces, sabían que este tipo de experiencias fuertes como la de “tocar fondo” fue una de las razones por las que Bill W. creó Alcohólicos Anónimos (AA) (Osmond, 1969 citado en Mangini, 1998, p. 382), por lo que se propusieron replicarla en psicoterapia, para que así aquellos alcohólicos tuvieran una experiencia de remordimiento y dejaran de tomar.

Hoy en día, el propósito principal de la terapia asistida con LSD principalmente para el tratamiento del alcoholismo y otras adicciones, consiste en guiar y conducir al paciente por un proceso catalizado por el LSD, en donde este realiza una autoexploración y revisión de sus problemas (Mangini, 1998, p. 383), comprendiendo que sus comportamientos en torno al alcohol son inapropiados, llegando a aceptarse a sí mismos, viendo las deficiencias del sistema de valores de sus comportamientos anteriores, modificándolos (Blewett & Chwelos, 1959, p. 33).

Según Eisner, (2002) unas de las ventajas del uso del LSD en psicoterapia son: (a) es mucho más rápida que lo normal, (b) es comprometedor para personas que no hayan tenido resultados exitosos en otras terapias, como también para pacientes con trastornos difíciles como de la personalidad (c) puede resultar más segura que la terapia convencional, (d) expone áreas del inconsciente de manera más rápida que otras técnicas, y (e) usando este tipo de terapias, se puede tener una gran accesibilidad a experiencias místicas. (p. 129)

Dentro de los resultados obtenidos en la mayoría de los estudios realizados en alcohólicos y adictos, se puede resaltar una gran mejoría y buena respuesta por parte de ellos ante el LSD. Según el estudio realizado por Blewett & Chwelos, (1959), se puede concluir, que la mayoría de sus pacientes (10 de 23) se consideraron totalmente recuperados después del tratamiento. Así mismo, se mantuvieron sobrios durante un año y presentaron mejorías en su área social. Por otra

parte, 5 pacientes los cuales, aunque no mostraron remisión total, presentaron una reducción marcada en su ingesta de alcohol y una mejora en el trabajo y en su vida social (p. 66-67).

Si bien es cierto, se han realizado otros estudios a nivel mundial con LSD en psicoterapia para tratar otro tipo de trastornos, se puede resaltar aquel realizado por Gasser, Kirchner & Passie, (2014) para la ansiedad en pacientes terminales, donde se encontraron mejoras significativas y resultados positivos. La mayoría de los pacientes presentaron una disminución de síntomas y reducción en los rasgos de depresión, rumiación y ansiedad. Según el STAI (State-Trait Anxiety Inventory), aumentaron sus funciones intelectuales, tuvieron cambios positivos a nivel emocional, y en su calidad de vida.

Richards, Grof, Goodman & Kurland, (1972) realizaron otro estudio asistido con LSD para tratar la ansiedad ante la muerte, también con pacientes terminales, donde encontraron que nueve de ellos mostraron mejoría después de la terapia, 13 de ellos se mejoraron moderadamente, y nueve se mantuvieron sin cambios ante la ansiedad, dolor, depresión y miedo hacia la muerte (p. 134).

Para finalizar, Mogar y Savage en su estudio de 1964, evaluaron a su vez, los cambios de personalidad en 70 pacientes asistidos con LSD en terapia. Seis meses después encontraron una menor depresión, malestar psíquico, compulsividad, ansiedad y distancia en las relaciones interpersonales. Al igual los pacientes presentaban un mayor sentido de bienestar. Al aplicárseles en el postratamiento el MMPI, se encontró que las escalas de depresión, esquizofrenia, introversión social y ansiedad, disminuyeron (p. 156).

En conclusión, se puede destacar, que la larga trayectoria del LSD, los múltiples usos en investigación, la cantidad de terapeutas que han trabajado con el mismo, y los múltiples testigos que han evidenciado sus beneficios, lo convierten en uno de los enteógenos más importantes desde los 60', hasta la época, mejorando la calidad de vidas de muchos pacientes.

Psicoterapia asistida con MDMA

El MDMA (Metilendioximetanfetamina), también conocida como Molly o Éxtasis, fue sintetizada por Industrias Farmacéuticas Merck en Alemania en 1912 (Danforth, Struble, Yazar-Klosinski & Grob, 2015, p. 2). Sin embargo, como esta no fue patentada, fue sintetizada de nuevo en los 70' por Alexander Shulgin (Faculty of Psychology. Universidad Autónoma de Madrid (DPBS), 1999, p. 12). Al conocerse sus capacidades en ámbitos clínicos, fue empleada en distintos procesos terapéuticos, “estimándose un uso de aproximadamente más de 500.000 dosis en pacientes en ambientes terapéuticos” (Rosenbaum & Doblin., 1991; citado en Bouso, Doblin, Farré, Alcázar, & Gómez-Jarabo, 2008, p. 226). No obstante, fue incluida dentro de la lista I de sustancias ilegales en U.S. por la DEA en 1985 (Bouso et al., 2008, p. 226), sin embargo, y junto con el boom del renacimiento psicodélico resurgieron las investigaciones con la misma (Check, 2004 & Doblin, 2002 Citado en Bouso et al., 2008, p. 226).

“El MDMA es una “droga” sintética derivada de la anfetamina, compuesta por dos isómeros: Dextro y Levo; el primero, es el único con potencial psicoactivo gracias a la Nmetilación que hace que la molécula pierda sus cualidades psicodélicas.” (DPBS, 1999, p. 15)

El MDMA libera neurotransmisores haciendo que haya más concentraciones de serotonina, dopamina y noradrenalina, trabajando tanto sobre los receptores serotoninérgicos (5-HT₂), adrenérgicos (α ₂), y colinérgicos (M₁), como también inhibiendo la monoaminoxidasa A (IMAO-A) (Farré & Puodevida 2015, p. 4).

Una hora o 40 minutos después de ingerir pastillas o cristales de MDMA, (tiempo que dura en asimilarse en el organismo por vía oral) se empiezan a apreciar efectos que duran entre ocho y diez horas como (a) euforia o estados de ánimo positivos, (b) mayor sociabilidad, (c) cercanía y empatía hacia los demás, (d) alteraciones en la percepción (e) mayor creatividad e imaginación, (Camí et al., 2000; Harris et al., 2002; Liechti et al., 2001; Tancer et al., 2003 &

Studerus et al., 2010; citados en Jerome, Schuster, & Yazar-Klosinski, 2013, p. 3) (f) necesidad de contacto con los demás (g) aumento o disminución de la libido, (h) desinhibición, (i) mayor autoestima, entre otros (Farré & Puodevida 2015, p. 7).

Dentro de los efectos adversos que esta puede producir son: (a) boca seca, (b) temblores o escalofríos, (c) náuseas y vómitos, (d) bruxismo, (e) sudor, (Farré & Puodevida 2015, p. 7) (f) aumento del ritmo cardíaco y presión arterial, (Gledhill et al., 1993; Henry et al., 1992; Manchanda & Connolly, 1993 & Selmi et al., 1995 citados en Danforth et al., 2015, p. 4) (g) hiponatremia o intoxicación por agua (h) hipertermia o crisis de calor (i) y en el peor de los casos la muerte, siendo estos tres últimos, los principales efectos nombrados por los usuarios; los cuales se generan en su mayoría de veces en ambientes no controlados, como en fiestas o “raves”, con multitudes de gente, en espacios calientes, sin acceso al agua, (Henry & Rella, 2001; Liechti et al., 2005 citados en Danforth et al., 2015, p. 4) sin documentación sobre la pureza de la sustancia y posiblemente acompañados de combinación o mezcla con otras sustancias.

Generalmente, los efectos residuales tienden a aparecer a las 24 horas de consumida, unos de estos son: (a) anorexia o falta de apetito, (b) fatiga o cansancio, (c) insomnio, (d) irritabilidad, (e) depresión, entre otros (Farré & Puodevida, 2015, p. 7). Muchos de estos efectos residuales y no residuales varían según la dosis consumida y de la pureza de la sustancia.

En general, el contenido de las cápsulas de MDMA que se obtiene en ventas callejeras, se encuentra “cortado” o mezclado con otro tipo de sustancias (Hudson et al., 2014 citado en Danforth et al., 2015, p. 3), muchas de estas tóxicas, con el propósito de: o inmiscuirse en el mercado sin problema alguno, (pues estas otras sustancias no están catalogadas como ilegales), (Farré, 1989 citado en Farré & Puodevida, 2015), o ahorrar o ganar más cantidad de dinero, mezclando sustancias, haciéndolas rendir.

Según Farré y Puodevida, (2015), es difícil encontrar únicamente MDMA y de buena calidad en estas tabletas; solo el 40% de ellas contienen MDMA puro, el otro 40% contienen feniletilaminas similares como MDE o MDA (siendo estas tóxicas), el 10% contienen otros estimulantes como Cafeína y el 10% restante no contienen nada (p. 2).

Por otra parte, experimentos realizados por la Facultad de Psicología Biología de la salud de la Universidad Autónoma de Madrid en España (DPBS, 1999) afirman que 50 mg es la dosis mínima con efectos distinguibles, una dosis menor a esta puede ser demasiado poco para lograr efecto terapéutico. Una dosis más alta de 150 mg podría llegar a evocar efectos secundarios adversos los cuales pueden reducir su éxito en terapia, fluctuando sus dosis entre 50 mg y 150 mg dependiendo del estudio.

En los 70' y 80' el MDMA fue usado por terapeutas privados y debido a eso “no se tenían estudios controlados sobre la función terapéutica de la misma,” (DPBS, 1999, p. 16) sin embargo hoy en día la psicoterapia asistida con MDMA se realiza en diferentes países como: Canadá, Australia, Suiza, Jordania, Israel, España, Estados Unidos, entre otros; y es patrocinada por distintas entidades. Algunos de los principales campos de aplicación son: en la psicoterapia asistida con MDMA para el PTSD, para la ansiedad social en adultos psicoterapia autistas, y psicoterapia asistida con MDMA para el tratamiento de abuso de sustancias (MAPS, s.f.a.).

Si bien es cierto, se han realizado otros estudios a nivel mundial con MDMA en psicoterapia para tratar estos mismos trastornos o para terapia de pareja, se puede afirmar, que aquellos pacientes con historial de abuso de sustancias, tratados por medio de terapia asistida con MDMA para el PTSD “son menos probables a recaídas” (Ouimette, 2003 citado en Jerome et al., 2013, p. 4), pues en ocasiones el PTSD está asociado al consumo de sustancias (Brady et al., 2000 & Brown & Wolfe, 1994 citados en Jerome et al., 2013, p. 4). Así mismo el MDMA al

ocasionar alteraciones de conciencia menos intensas, puede ser una mejor opción para aquellos pacientes que no pueden controlar alteraciones fuertes (Jerome et al., 2013, p. 5).

Por otra parte, y gracias no sólo a los estudios sino también al internet y sus herramientas de comunicación, personas que han sido tratadas con MDMA relatan sus experiencias por este medio. Por una parte, se puede declarar, que el consumo de MDMA en adultos con autismo tiene efectos sobre su comportamiento social, mejora su funcionamiento global, alivia síntomas y crea mejores conexiones con los demás (Danforth, 2013 citado en Danforth et al., 2015, p. 7).

Así mismo y según el estudio realizado por DPBS, (1999) se puede decir que la mitad de los pacientes con PTSD tratados con MDMA reportaron menor ansiedad, mayor relajación y mejores relaciones con los demás después del tratamiento. Por otra parte, Bouso et al., (2008) en su experimento con pacientes con PTSD, encontraron que el MDMA ocasionó una gran mejoría en varios sujetos de su estudio, especialmente aquellos a quienes se le administraban dosis más altas (grupo experimental con respecto al grupo control con dosis bajas o placebo), en estos, se disminuyeron los síntomas de PTSD medidos por diferentes escalas tales como el Inventario de depresión de Beck (BDI), la escala de Hamilton para la depresión (HAM-D) y el Multi Specific fears (MFS III) (p. 231).

A pesar de que se han encontrado estudios sin mejoras o reducción de síntomas significativos como el de Oehen, Traber, Widmer, y Schnyder, (2012) para pacientes con PTSD, se puede concluir que el MDMA produce mejoras clínicas estadísticamente significativas y reduce los síntomas del PTSD (Mithoefer, Wagner, Mithoefer, Jerome & Doblin, 2010) y otros trastornos.

Al trabajar con MDMA en psicoterapia, se debe tener claro el propósito de la misma. Su principal objetivo en psicoterapia (principalmente al tratar PTSD) es: generar metas junto con el paciente no sólo para conseguir una mejoría a largo tiempo sobre los efectos físicos, sino también

sobre los psicológicos (Jerome et al., 2013, p. 16). Estas metas, se logran cuando se recrea la experiencia en donde el MDMA sirve como catalizador, haciendo que el paciente se aproxime de nuevo a sus problemas y traumas, expresando sus emociones, dejando a un lado sus miedos y ansiedades, aumentando su confianza, sus pensamientos positivos, y sentimientos de empatía hacia sí mismo y hacia los demás (MAPS, 2016, p. 49).

Es de destacar que el uso de MDMA en psicoterapia está creciendo. Las investigaciones con la misma son mucho más recientes con respecto a otras sustancias como el LSD. Ésta, finalmente, resulta ser bastante comprometedor para el tratamiento de trastornos diversos.

Psicoterapia asistida con ketamina

La ketamina, (2-(2-clorofenil)-2-metilamino-ciclohexamina) también conocida en la jerga común como special k, k, súper k, keta, kit kat o vitamina k, (Jansen, 2004) fue sintetizada en 1962 por Calvin Stevens en Parke Davis laboratorios. Fue un analgésico sustituyente del PCP, nombrada como CI-58. Ésta, causa efectos alucinógenos ante la recuperación de conciencia ordinaria (Gómez & Liévano, 2015). Hoy en día, “el uso de la misma como anestésico para niños, cirugías menores o en veterinarias por profesionales se considera fiable” (Gómez & Liévano, 2015, p.13). Sin embargo, esta también se encuentra disponible para su uso ilícito por medio de cápsulas, polvo, tabletas, cristales y líquidos inyectables. Su abuso generó su prohibición con fines no profesionales, incluyéndose dentro de las sustancias controladas por la DEA como droga de clase III (Gómez & Liévano, 2015, p. 13).

La ketamina produce una disociación aproximadamente a los 15 segundos, como también pérdida de conocimiento, amnesia y analgesia intensa-. La pérdida de conocimiento dura entre 10 y 15 minutos, mientras que los efectos analgésicos continúan hasta los 40 minutos, (Medina et al., 2001, p. 48). Los pacientes que son anestesiados con ketamina, no mantienen recuerdos de la anestesia a pesar de que mantienen los ojos abiertos y los reflejos; en ellos también se presenta

una leve dilatación de las pupilas, nistagmo, salivación, lagrimeo y movimiento de la cabeza y extremidades. (López-Millán, & Sánchez-Blanco, 2007, p. 47)

Una vez administrada la ketamina, los pacientes pueden vivenciar

Sentimientos de disolución del ego, pérdida de identidad, visiones emocionalmente intensas, visitas a reinos mitológicos de la conciencia, sueños vívidos, recuerdos de posibles encarnaciones pasadas, experiencia de la muerte psicológica, renacimiento, y sentimientos de unidad cósmica con la humanidad, la naturaleza, el universo y Dios (Kolp et al., 2007, p. 4).

Así mismo, y dependiendo de la dosis, se pueden apreciar otros efectos sobre el SNC, catalogados algunos como adversos, como: (a) aumento de la frecuencia cardiaca, (b) aumento de la presión arterial, (c) incremento de la presión intraocular, (b) alucinaciones, delirios, psicosis y confusiones al despertar, (c) erupción cutánea, (d) hiperglucemia, (e) anorexia, (f) náuseas y vómitos, (g) bradipnea transitoria tras dosis de 2 mg/kg o más (h) aumento del tono uterino y de las contracciones en las mujeres embarazadas, (i) dependencia psicológica, tolerancia, entre otros (López-Millán, & Sánchez-Blanco, 2007, p 48).

Otros efectos secundarios comunes reportados son: (a) ansiedad (especialmente en los usuarios por primera vez), (b) agitación (c) desorientación y deterioro de la función motora, (Arditti, 2000 citado en ECDD, 2006, p. 12) (d) reacción distónica (Felser & Orban, 1982 citados en ECDD, 2006, p. 12), (e) dificultad para hablar, (f) mareo, (g) palpitaciones, (h) dolor en el pecho, (i) vómitos (j) visión borrosa, (k) insomnio, (ECDD, 2006) (l) taquicardia, (Weiner et al., 2000 citados en ECDD, 2006, p.12) (m) y otros menos frecuentes como neuropatía de tipo Guillain-Barré, crisis hepáticas y mialgias. (ECDD, 2006)

Alrededor del mundo se han realizado diversos estudios de psicoterapia asistida con ketamina; ésta “ha sido administrada a más de 1000 pacientes en San Petersburgo como ayuda

para la dependencia del alcohol,” (Jansen, 2004, p. 282) “en 1998, el Departamento de Medicina de la Universidad de Cambridge (Inglaterra) administró infusiones de ketamina para reducir la compulsividad en trastornos alimentarios” (Jansen, 2004, p. 293-294), por otra parte, Fontana en 1974 realizó psicoterapia asistida con ketamina (KPT) en Argentina para la depresión generando una experiencias de muerte, renacimiento y regresión pre-natal (Citado en Kolp et al., 2007, p. 5), finalmente Roquet fue el primero Mexicano en realizar KPT en 1974, donde utilizó tanto técnicas psicoanalíticas como técnicas chamánicas, obteniendo resultados exitosos para pacientes con trastornos de personalidad, creando así, un nuevo enfoque llamado “Psicosíntesis.” (Citado en Kolp et al., 2007, p. 5-6)

La psicoterapia asistida con ketamina tuvo tal éxito, que se extendió a más campos dentro de la Psicología y la Medicina para así empezar a tratar a: (a) pacientes adictos a la heroína y cocaína, (b) para tratar la ansiedad ante la muerte, (Jansen, 2004, p. 15) (c) incluso, fue usada en pacientes como anestésico para la terapia electro-choque, (Jansen, 2004, p. 297) (d) depresión, (e) ansiedad, (f) fobias, (g) trastorno obsesivo compulsivo, (TOC) (Kolp et al., 2007, p. 5) entre otros.

Sin embargo, hoy en día, el único uso clínico aprobado por la FDA consiste en la utilización de la misma para anestesia general (López-Millán, & Sánchez-Blanco, 2007, p. 52). Su uso terapéutico fue suspendido entre otras razones por: (a) los efectos negativos que ésta podía causar, (b) afirmaciones de que no tenía uso terapéutico alguno, (c) la prohibición total de las sustancias psicodélicas, y (d) riesgos privados en donde se resalta el caso de un médico en U.S. el cual le dio a los clientes ketamina como una ayuda en psicoterapia durante 10 años, hasta que una mujer a quien trató, le demandó, alegando que había sido sexualmente abusada mientras estaba disociada (Jansen, 2004, p. 293).

El propósito de la psicoterapia asistida con ketamina (principalmente para tratar pacientes con adicciones), es someter a los pacientes a un tratamiento que les permita ver y sentir las raíces inconscientes de sus problemas, induciéndolos en un estado especial de conciencia, (siendo la ketamina la catalizadora de la terapia) en donde tendrán profundas experiencias que les ayudarán a darse cuenta de los negativos efectos del alcohol u otras drogas, y de los aspectos positivos de la recuperación (Jansen, 2004, p. 282 & Krupitsky, Burakov, Romanov, Grinenko, & Strassman, 2001, p. 276).

Dentro de los diferentes estudios realizados se puede decir que los pacientes alcohólicos tratados con KPT, presentan mejoras significativas en las escalas de depresión y ansiedad cuando se le realizan pruebas de personalidad. Así mismo, “se vuelven emocionalmente más abiertos, maduros, responsables y seguros sobre su capacidad de controlar sus vidas y aceptar responsabilidades,” (Jansen, 2004, p. 284). Igualmente presentaron cambios actitudinales hacia el terapeuta, sus parientes y allegados, “su yo ideal se volvió *más sobrio*, y su actitud hacia el *yo borracho* se hizo más negativa” (Jansen, 2004, p. 284).

Según un estudio realizado por Krupitsky et al. (2001), en pacientes con adicción a la Heroína, tratados con KPT, se encontró que la tasa de abstinencia y recaída con dosis altas de ketamina (2.0 mg/kg i.m.) fue el doble de alta que los pacientes tratados con dosis bajas (0.20 mg/kg i.m.). (p. 94)

En este estudio, la KPT con dosis altas para heroinómanos, no sólo redujo el “craving”, sino también: la anhedonia, la ansiedad, depresión pre-tratamiento, los puntajes en las escalas de depresión, paranoia, esquizofrenia del MMPI y de ansiedad en la escala de Taylor. A su vez, aumentó la escala de autosuficiencia y mejoró la sensación de salud física en los pacientes, su estado de ánimo y locus de control interno, aceptando una mayor responsabilidad ante los fracasos y problemas en sus vidas (Krupitsky et al., 2001).

Con respecto a los pacientes con trastornos alimenticios tratados en 1998 por la Universidad de Cambridge Inglaterra, se reportaron resultados positivos, éstos “olvidaron” sus comportamientos compulsivos después de administrada la ketamina (Jansen, 2004, p. 293-294).

Acerca de la KPT para la ansiedad ante la muerte, se puede decir que esta resulta una situación de experiencia personal, en la cual se impulsa a la toma de decisiones y a cambios actitudinales positivos ante la muerte (Kolp et al., 2007). Según la paciente W, sus ataques de pánico cesaron y dejó de utilizar morfina y lorazepam, permaneciendo cómoda hasta fallecer sin necesidad de regresar al tratamiento con medicamentos (Kolp et al., 2007, p. 9).

Concluyendo este capítulo, es bueno precisar que la ketamina tiene un alto potencial dentro de la psicoterapia y para tratamientos médicos, logrando mejorar la calidad de vida de muchos pacientes y haciendo de sus vidas, unas vidas más profundas y llenas de significado (Krupinsky et al., 2001, p. 98). Por otra parte, ésta tiene una gran ventaja sobre otros enteógenos gracias a sus efectos de corta duración y la seguridad de su uso, (Krupitsky et al., 2002, p. 273) así mismo, su estado legal en diferentes países, hace que su adquisición y aprobación en ámbitos investigativos sea más llevadera (Kolp et al., 2007, p. 4).

Psicoterapia asistida con psilocibina

La Psilocibina, (4-fosforiloxi-N,N-dimethyltryptamine) también conocida como: “Teunamacatlth o Teonanácatl (...) en la lengua natal Nahuas, para los Mexicanos o Aztecas, significa “hongo maravilloso,” “hongo sagrado,” “hongo embriagante,” “hongo mágico,” o “carne de los dioses” (Teo:divino, Dios, Nacatl: comida o carne)” (Tartakowski, 2014, p. 31); nombres también usados en la jerga común; ésta “se encuentra en más de 180 especies de hongos” (Swift et al., 2017, p. 489)

Estos hongos, eran contemplados como sagrados por diversas comunidades indígenas, quienes los consumían para tratar la gota y la fiebre; así mismo, eran ingeridos por el chamán

para conocer las causas de las enfermedades de sus pacientes (Ott, 2011 & Rättsch, 2005 citados en Tartakowski, 2014), sin embargo, en la conquista se prohibió su consumo, ocultándose su uso (Tartakowski, 2014).

Su uso permaneció sin registro durante cuatro siglos, hasta 1955, donde R. Gordon Wasson empezó a tener acceso a los mismos por medio de la asistencia a ceremonias chamánicas gracias a la curandera María Sabina en México quien fue su guía (Grob, Bossis & Griffiths, 2013; Parés, 2013b & Rättsch, 2005 citados en Tartakowski, 2014, p. 32).

Un año después del descubrimiento (...) del LSD, el micólogo Francés Roger Heim envió muestras de estos hongos (...) a Hofmann cuando trabajaba en Sandoz pensando que él podía realizar un buen análisis químico de ellos, más tarde, en 1958, Hofmann descubrió que la psilocibina era el principio activo más importante de estos “hongos alucinógenos” aislando así la sustancia, (...) determinando sus estructuras químicas y sintetizándola (Hofmann, 2006 citado en Tartakowski, 2014, p. 32).

Ya en los años 60' la psilocibina fue comercializada como “Indocybin” por los laboratorios Sandoz, en donde gran cantidad de investigadores la utilizaron en psicoterapia para estudiar procesos cognitivos (Bousso & Farré, 2013; Jerome, 2007b & Ott, 2011 citados en Tartakowski, 2014, p. 32)

Hoy en día:

Estos hongos se continúan usando en ceremonias por parte de los indios Mazatecas del noroeste de Oaxaca [en México], éstas ceremonias (...) duran toda una noche y son conducidas por un chamán, (...) acompañadas a su vez de un ritual de curación, en el que por medio de éstos hongos, el chamán se comunica con fuerzas espirituales que le dicen cómo efectuar la sanación de los enfermos (López, 2009 & Schultes & Hofmann, 2008 citados en Tartakowski, 2014, p. 32).

En la actualidad el consumo de psilocibina se emplea para sanar: problemas gastrointestinales, dolores de cabeza, huesos rotos, hinchazón, epilepsia, entre otros (Tartakowski, 2014, p. 32).

La psilocibina, es un alcaloide triptamínico, que actúa en los receptores 5-HT_{2A/C}, 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 citados en Tartakowski, 2014, p. 33), incrementa la actividad en los receptores dopaminérgicos, (Hasler et al., 2004 citado en Tartakowski, 2014, p. 33) y reduce la actividad de la amígdala en el proceso emocional, relacionándose con un incremento de estado de ánimo positivo, siendo esto de gran importancia para las personas que padecen depresión (Kraehenmann et al., 2014 citado en tartakowski, 2014, p.33).

“La psilocibina es activa a los 10 mg, (...) de forma oral” (Grob et al., 2010, 2013 citados en Tartakowski, 2014, p.33), dosis de 30 mg/70kg en adelante son consideradas altas (Escohotado, 2008; Griffiths et al., 2011; Griffiths, Richards, McCann, & Jesse, 2006; Jerome, 2007b citados en Tartakowski, 2014). Según Ott, (2011) “la dosis máxima segura es de 150 mg.” (Citado en Tartakowski, 2014, p.33).

Al momento de consumir psilocibina se pueden percibir efectos fisiológicos como: (a) midriasis, (b) disminución o aumento de la tensión arterial y frecuencia cardiaca, entre otros (Caudevilla, 2013; Jerome, 2007b & Ott, 2011 citados en Tartakowski, 2014, p. 35).

Por otra parte, se pueden apreciar efectos psicológicos como: (a) experiencias de alta carga emocional, (b) alucinaciones, (Caudevilla, 2013 citado en Tartakowski, 2014, p.35) (c) alteraciones en la percepción del tiempo y espacio (Hasler et al., 2004; Jerome, 2007b; Kumar, 2007 & Tagliazucchi et al., 2014 citados en Tartakowski, 2014, p.36), (d) sinestesia, (e) dificultad de pensamiento, (f) cambios de ánimo repentinos, (g) disociaciones, (h) éxtasis, (i) disolución del

ego, (j) experiencias místicas, (k) sensación de unión con otros y con el mundo (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, citados en Tartakowski, 2014, p. 35).

Según Moreno, Wiegand, Taitano, & Delgado, (2006) en su estudio con psilocibina para pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), se encontró que la mayoría de sujetos reportaron una reducción de los síntomas compulsivos, un gran alivio y sentimiento de bienestar después del tratamiento. Estos autores, afirman que existen diferentes casos reportados de pacientes con TOC, los cuales reportan reducción de síntomas como: conteo, checking y la realización de actos y rituales numerosos y específicos después de la ingesta de psilocibina; en donde a su vez, mencionan el caso de un hombre de 34 años con TOC quien desde los 18 años comenzó a consumir hongos de manera recreativa, dándose cuenta que durante el consumo y a pesar de generar tolerancia después de la ingesta continua, se sentía libre de compulsiones y obsesiones.

Por otra parte, la psilocibina también ha sido usada en psicoterapia para tratar PTSD. Según Shumate, (2013), en un estudio por Grob et al. (2011) 12 pacientes con ansiedad debido al cáncer recibieron dosis psilocibina y placebo; seis meses después del estudio, se descubrió gracias a mediciones con el Beck's Depression Inventory (BDI), State-Trait Anxiety Inventory (STAI), y el Perfil de los Estados de Humor (POMS) que hubo una reducción de un 30% en la escala de depresión, así mismo, la ansiedad también se vio reducida (p. 63).

A su vez, se han encontrado estudios asistidos con psilocibina para tratar pacientes terminales con ansiedad ante la muerte. Según Swift et al. (2017) y su estudio cualitativo con psilocibina para pacientes con angustia relacionada al cáncer, se encontró que “inducía cambios positivos inmediatos en la vida y reducción de síntomas en los participantes después de una sola sesión” (p. 509-510).

Algunos pacientes de este estudio, reportaban, (a) una adquisición de mayor confianza ante la recurrencia del cáncer, sintiéndose menos preocupados si éste regresaba, (b) reconexión con sentimientos de pertenencia y vida, reportando más sentimientos de alegría y vitalidad, (c) conexión o recuperación de la conexión espiritual perdida por el cáncer, reportando experiencias espirituales, (d) cambios de visión del lugar que ocupa el cáncer en sus vidas; y conciliación con la muerte, reportando sentimientos de unidad con todas las cosas, disolución del yo, inmersión y fusión con otros elementos como la música, emociones, imágenes, entre otros (Swift et al., 2017).

Belser et al. (2017) realizaron un estudio asistido con psilocibina para 13 pacientes con cáncer con ansiedad ante la muerte, encontrando cierta mejora en las relaciones interpersonales por parte de algunos participantes; a su vez, también reportaron experiencias místicas por parte de algunos; experiencias emocionales significativas, de amplitud, alegría, felicidad, exaltación y amor; cambios duraderos al sentido de identidad, “mayor confianza para poner límites a los diversos factores de estrés en sus vidas y la capacidad de superar las barreras que les impedía llegar a sus objetivos,” (p. 375) como también, transformación de sentimientos negativos y de rabia a sentimientos de aceptación y perdón. (p. 363)

La psilocibina también ha sido utilizada para tratamientos contra la depresión, según Watts, Day, Krzanowski, Nutt, & Carhart-Harris, (2017) en su estudio con 20 pacientes, reportó “un cambio dramático y repentino en la consciencia de los individuos,” (p. 528) donde estos no sólo comenzaron a aceptarse a sí mismos, sino también se conectaron de nuevo con el mundo, con otros, y con sus sentimientos, todo lo contrario a las emociones, recuerdos y traumas reprimidos que experimentaban con depresión; a su vez, se reportó una reconexión con actividades pasadas que estos realizaban, como música o escritura, y un descubrimiento de nuevos valores y perspectivas hacia la vida (Watts et al., 2017).

A pesar de que en el estudio de Watts et al. (2017) y de Belser et al. (2017) algunos de los pacientes reportaron que ciertos síntomas de su depresión habían regresado, éstos mantuvieron que el tratamiento con psilocibina había sido una experiencia positiva, sintiendo incluso un gran bienestar aún después del retorno de los síntomas, (Watts et al., 2017) considerando no sólo a la psilocibina una “droga” muy diferente a las “drogas de fiesta”, (Belser et al., 2017) sino también al tratamiento con la misma como “el más eficaz hasta la fecha,” (Watts et al., 2017, p. 552) siendo este incluso más comprometedor que cualquier otro tratamiento que habían intentado (Watts et al., 2017, p. 551).

Psicoterapia asistida con DMT-yagé-ayahuasca

El DMT, N,N-Dimethyltryptamin, o dimeltriptamina, es el compuesto activo de la ayahuasca. La ayahuasca es una combinación de plantas y bejucos que después de su mezcla y cocción, forman un brebaje psicoactivo. Su nombre proviene del “quechua, y se compone de dos nombres: Aya (cadáver, muerto, [...]) y Waskha (soga, lazo, cuerda o liana)” (Academia Mayor de la Lengua Quechua, 1995 citada en Alonso, 2012), (formando así el nombre soga de los muertos, refiriéndose a la conexión que se tiene con los espíritus cuando se ingiere), sin embargo, a este brebaje se le tienen diferentes denominaciones según la tribu en donde se consume, conociéndose también como yagé, hoasca, caapi, natéma, pinde, entre otros (Alonso, 2012, p. 80 & Quirce, 2010, p. 8).

El DMT, es un compuesto que se encuentra presente en la mayoría de los organismos del planeta tales como ciertas plantas, todos los mamíferos incluyendo al ser humano, entre otros. Se dice que el cuerpo libera DMT por medio de la glándula pineal, cuando se enfrenta a estímulos estresantes o situaciones de peligro. Esta liberación se asocia muchas veces a las experiencias cercanas a la muerte. (Strassman, & Schultz, 2010).

La ayahuasca puede estar compuesta a partir la planta *Mimosa Hostilis*, *Psychotria Viridis* o cualquier planta que contenga el compuesto activo DMT, las cuales no causan efecto alguno cuando se consumen de manera oral debido a su pronta degradación en el organismo por las enzimas monoamina oxidasa (MAO). Una vez combinada con la *Banisteriopsis Caapi* o ayahuasca, contenedora de harmina, inhiben las MAO-A en el cuerpo, y se forma el compuesto psicoactivo (Quirce, 2010, p. 8-9).

El origen del conocimiento de la combinación de estas dos plantas es bastante curioso, pues se ha planteado la pregunta de: ¿cómo los indígenas llegaron a conocer que precisamente la *Banisteriopsis Caapi* era la única planta en todo el Amazonas que logra inhibir las MAO, para crear el enteógeno más poderoso del planeta?; ¿azar?, ¿experimento y prueba con cada planta?, ¡imposible!, sería como “encontrar una aguja en un pajar.” (Quirce, 2010, p. 9)

El compuesto del DMT fue aislado por primera vez por Richard Manske (Manske, 1931 & Ott, 2004 citados por Alonso, 2012, p. 80), aunque el consumo del “yagé” por parte de tribus indígenas databa de hace más tiempo al igual que su documentación. Sus vías de consumo son oral, fumada, intramuscular, o intravenosa. Cuando se administra fumada se mantienen unos fuertes efectos por aproximadamente unos 25 minutos (Leary 1964, citado por Ott, 2004 & Alonso, 2012, p. 81); en cambio cuando se administra por vía oral sus efectos perduran entre cinco y ocho horas; al ser la experiencia de esta manera más duradera, permitiendo que la persona reflexione más sobre la misma e interiorice más el proceso de sanación (Alonso, 2012, p. 83).

Hoy en día el consumo de yagé sigue estando vigente por parte de algunas tribus indígenas, inclusive también por no indígenas, expandiéndose así hasta diferentes países, y legalizándose en algunos otros como Brasil por medio de rituales como el Santo Daime, La Unión Vegetal, el Té de Ayahuasca, (Alonso, 2012, p. 82) entre otros.

Al igual que los demás psicodélicos, los efectos de la ayahuasca varían de sujeto a sujeto, sin embargo, los efectos más comunes dentro de la esfera física son principalmente: (a) vómitos, (b) diarrea (Alonso, 2012, p.83), (c) aumento de la frecuencia cardiaca, (Timmerman, 2014, p. 314) (d) llanto, (e) mareos, (f) tensión muscular, (g) sudor, (h) dificultad para caminar o desequilibrio, entre otros. Por otra parte, dentro de la esfera psicológica se presentan efectos como: (a) insights, capacidad introspectiva o de reflexión (b) experiencias místicas-espirituales, (c) experiencias extrasensoriales, como desdoblamientos, telepatía, viajes a otras dimensiones, encuentros con seres de otros mundos (Alonso, 2012, p. 84), (c) ataques de pánico, (d) paranoia, (e) alucinaciones y visiones fuertes, (f) sensación de perder el control o la mente, (g) alteración del espacio y tiempo, (h) visiones caleidoscópicas, (i) ansiedad, (j) flashbacks, (k) muerte del ego, entre otras.

Entre sus efectos positivos, se han descrito: (a) sensación de bienestar posterior a la toma (Alonso, 2012, p. 84), (b) experiencias de cambio de vida, (c) éxtasis, (d) amor incondicional, (e) encuentros con Dios o seres superiores, (f) paz interior, (g) curación emocional y mental, (h) sensaciones de unidad con el mundo, entre otros. No obstante, esto no significa que efectos como el vómito sean exclusivamente negativos, de hecho, éste, tiene un poder simbólico bastante importante, el cual hace que ciertas personas se sientan limpias, expulsando energías negativas o recuerdos del pasado después de su provocación. (Kocarova, R. 2015)

Por otra parte, algunos terapeutas suelen preferir el uso de otro tipo de sustancias consideradas más suaves físicamente para el organismo y más estéticas en su experiencia como el LSD; sin decir esto que sean menos potentes a nivel psicológico (J.M. Bernal, comunicación personal, 20 de septiembre del 2017).

Para Miller, (1983) y Quirce y Maickel, (2009) las curaciones que se dan después de la toma de ayahuasca no son producidas únicamente por la sustancia, sino son dadas gracias a una

combinación de diferentes técnicas que también son usadas en el ritual de la toma como los diferentes cantos, preparaciones, ambientación o set-setting, entre otros, que también generan cambios neurológicos una vez administrada la sustancia (p. 9).

Según Dominguez (2010) el set-setting principal es aquel que está en el interior de cada uno; pues una vez tapados los ojos, el set-setting deja de ser el ambiente externo y pasa a ser el ambiente interno de cada uno (las habilidades que uno ha adquirido, las capacidades, su propia psique) que guiarán el viaje de cada persona y serán clave en la experiencia de cada sujeto (citado en Strassman, R., & Schultz, M, 2010), razón por la cual, generalmente, se realiza una preparación tanto antes como después de la toma para una mejor experiencia con la sustancia (en ciertos casos esta dieta también sirve en los pacientes con trastornos adictivos, para que sus síntomas de abstinencia sean más llevables) (Alonso, 2012, p. 88).

Esta dieta, consiste principalmente en evitar la ingesta de lácteos, cítricos, carnes y alimentos pesados (Thomas, Lucas, Capler, Tupper, & Martin, 2013, p. 6). Como mínimo tres días antes y después de la ingesta (lo cual ayudará cuando sucedan los efectos purga), así mismo tampoco se debe tomar medicinas ni drogas recreativas, las mujeres no deben tener el periodo, y tampoco se debe tener sexo tres días antes y después de la toma (Mabit, 2007, p. 9). Estas consideraciones pueden cambiar dependiendo del taíta o del centro en donde se realice la toma (Alonso, 2012, p. 101).

A la toma de ayahuasca se le han atribuído varios efectos curativos, tanto en ceremonias como en psicoterapia; uno de sus usos, ha sido en el tratamiento de personas con trastornos de la adicción. Por una parte, se sabe, que la ingesta de ayahuasca, no sólo mejora los síntomas psicológicos adictivos en los pacientes con estos trastornos, sino también sirve como purga o desintoxicación de las sustancias de abuso (Alonso, 2012, p. 89). Una vez pasados los primeros efectos como el vómito o la diarrea (o bien cuando se ha producido la purga física), se comienza

a realizar la purga psicológica cuando la sustancia se encuentra en su punto pico, etapa en la cual el sujeto comienza a reflexionar acerca de sus acciones y problemas (Alonso, 2012, p. 100).

La purga física y psicológica, la presencian todos los pacientes, quienes una vez “limpios” física y psicológicamente y de vuelta a la realidad, tienden a adquirir hábitos más saludables para sí mismos, para con los demás y con el mundo, entre ellos el abandono total del consumo de sustancias de abuso.

Según Halpern, Sherwood, Passie, Blackwell y Ruttenber, (2008), 22 pacientes de 24, con adicciones a diferentes sustancias, que estuvieron en rituales como el Santo Daime, reportaron total abstinencia después de la toma (citados en Escobar, 2015, p. 315). Escobar, (2015) reporta también, que en Takiwasi Perú, se realizó un estudio y seguimiento por dos años a pacientes adictos principalmente a la cocaína, los cuales más de la mitad de ellos reportó una evitación hacia la recaída y una reinserción al ámbito social después de la ingesta de ayahuasca (p. 315).

En el estudio de psicoterapia asistida con ayahuasca para pacientes con trastornos de la adicción de Thomas et al. (2013), se relata que la mayoría de los pacientes mejoraron su calidad de vida después de la ingesta de la sustancia, como también, sus estados cognitivos y de comportamiento, tales como una mejor atención, un mayor empoderamiento, entre otros. Estos relatan que gracias a la toma de ayahuasca, se pudieron conectar más consigo mismos, con los otros y con la naturaleza, siendo más espirituales ahora, a comparación de otro tipo de técnicas y terapias que habían vivenciado.

La ayahuasca también ha sido usada para combatir trastornos alimenticios, según Lafrance, (2017), sus pacientes con TCA que tomaron ayahuasca, reportaron un cambio positivo en cuanto a sus síntomas y a los disparadores que desataban sus conductas en torno al trastorno. También se evidenció un gran cambio y mejora en cuanto a los trastornos comorbidos que estos poseían tales como: depresión, ansiedad, ideaciones suicidas, entre otros. A pesar de que algunos

de los pacientes sintieron que sus pensamientos acordes al TCA regresaron, estos no evidenciaron el regreso de los mismos como una recaída, sino como un gran avance y acercamiento a la recuperación.

Por otra parte, se ha documentado que el uso de ayahuasca en personas con trastornos o problemas con respecto a su identidad sexual, genera una mejor aceptación tanto a sí mismos como hacia su orientación sexual. Según Cavnar (2013) el uso de ayahuasca en pacientes homosexuales influyó la perspectiva que los mismos tenían sobre la identidad en relación a contextos espirituales, navegando así a través de conflictos entre sexualidad, religión, comunidad, entre otros. Los participantes manifestaron tener importantes reflexiones acerca de su identidad, pudiendo integrar de nuevo su vida.

Aunque la mayoría de veces el set-setting utilizado en los rituales de ayahuasca difiere bastante del clásico utilizado con otros enteógenos (realizándose generalmente en la selva amazónica, retiros espirituales, o en “iglesias”) este también se puede realizar dentro de un ámbito clínico. Así mismo, el hecho de que la mayoría de veces este ritual de yagé no se realice dentro de un ambiente clínico, no significa que no tenga uso o efectos en psicoterapia, de hecho, normalmente la persona que guía este tipo de rituales no suele ser un psicoterapeuta, sino un chamán. En ocasiones los pacientes que asisten a estas ceremonias son remitidos por los mismos psicoterapeutas que ya llevan un proceso previo con sus pacientes, para que la medicina de la ayahuasca termine el proceso de manera efectiva.

Considerando de nuevo algunos de los riesgos generales que la ingesta de enteógenos pueda ocasionar, tales como brotes psicóticos en personas con pre-disposición, arritmias, entre otros problemas cardíacos y de otra clase, algunos estudios han registrado otro posible riesgo en la ingesta de ayahuasca en mujeres embarazadas y en personas con problemas gástrico-digestivos (como úlceras, dilatación de venas del esófago), incluyéndolos dentro de sus criterios de

exclusión, pues la inducción de potentes diarreas y vómitos, puede generar en ellos lesiones, desgarros, hemorragias no deseadas, pérdida del bebé, entre otros (Mabit, 2007, p. 8).

En el contexto indígena no está contraindicado el uso de la ayahuasca durante el embarazo (Mabit, 2007, p.8). Según J. M. Bernal (comunicación personal, 20 de septiembre del 2017), (terapeuta y facilitador con sustancias enteógenas) afirma que es preferible evitar su toma mientras la mujer se encuentra en esta etapa, pues allí se debe procurar más el cuidado del bebé y de la madre, que la realización de descubrimientos psicoemocionales profundos.

De manera general y finalizando, se ha visto que la psicoterapia asistida con ayahuasca, genera cambios positivos en el paciente a nivel espiritual, social, psicológico y biológico, y mejora los síntomas en pacientes con fobias, adicciones, PTSD, depresión, ansiedad, trastornos alimenticios, entre otros (Oliveira, 2017). Ésta también mejora la calidad de vida de los pacientes, su calidad de sueño, sus síntomas somáticos, su salud física, y mental (González, 2017).

Psicoterapia asistida con otras sustancias psicodélicas (mezcalina, ibogaína, cannabis)

Dentro de las investigaciones que hay con sustancias psicodélicas, hay unas en condiciones más avanzadas que otras; por ejemplo, el MDMA para tratar a los pacientes con PTSD, (Timmermann, 2014, p. 98) el LSD para tratar pacientes con adicción al alcohol y otras sustancias psicoactivas, la psilocibina para tratar a pacientes con ansiedad ante la muerte, entre otros. Sin embargo, existen otras sustancias que a diferencia de estas no están tan estudiadas, tales como: la ibogaína, la salvia divinorum, la mezcalina o peyote, el yopo, el borrachero o la brugmansia, entre otros.

La mezcalina es el compuesto activo del cactus peyote, peyotl o *Lophophora Williamsii*, (Tartakowski, 2013, p. 130) y del cactus San Pedro o *Trichocereus Pachanoi*. Ambos son usados en diversas culturas andinas para rituales chamánicos (Schultes y Hoffman, 2010; Carod-Artal y Vázquez-Cabrera, 2006 & Ott, 2004 citados en Alonso, 2012, p. 88). “Actualmente, el peyote

sigue ocupando un lugar sacramental entre diferentes etnias indígenas de México” (Schultes & Hoffman, 2010 citados en Alonso, 2012, p. 88). Se ha reportado su uso entre los Chichimecas, los Tarahumaras, los Coras y los Huicholes (Neurath, 2006 citado en Alonso, 2012, p. 88).

La mezcalina fue el primer enteógeno aislado en todo el mundo por Arthur Heffter en 1986 (Ott, 2011 citado en Tartakowski, 2013, p. 130) y popularizada por Aldous Huxley. Fue una de las sustancias más usadas en los años 60’ junto con el LSD, y a pesar de que hoy en día es considerada una sustancia ilegal, su prohibición y persecución se remonta desde las épocas de la conquista (Schultes y Hoffman, 2010 citados en Alonso, 2012, p. 88).

Su uso en las ceremonias chamánicas era de comunicación con los dioses y de sanación de enfermedades, (Ott, 2011, Rátsch, 2005, Schultes & Hofmann, 2008 & Anderson, 2007 citados en Tartakowski, 2013, p. 130). En 1920 se comenzó a investigar con la mezcalina en el tratamiento de trastornos psiquiátricos, hasta el cese de su uso debido a la prohibición de estas sustancias en los años 70’, a pesar de demostrar su efectividad con varios pacientes (Yensen, 1998 & Anderson, 2007, citados en Tartakowski, 2013, p. 130).

Eisner (2002) resalta una experiencia propia con una ingestión de dos cápsulas de 100 mg como dosis, reportando efectos tales como: náuseas al principio, alucinaciones, colores vívidos, movimiento de objetos inertes (como los árboles o la naturaleza), entre otros.

Por otra parte, también se han realizado investigaciones en torno a la ibogaína, éste es el alcaloide o compuesto activo el cual se encuentra en la planta *Tabernanthe Iboga*, usada por los aborígenes de África central y África del oeste para combatir la fatiga, el hambre y la sed. A su vez, era usada en altas dosis en rituales religiosos (Goutarel, Gollnhofer and Sillans, 1991 citados en Mash et al., 1998, p. 274 & Mash et al., 2001, p. 156), fue comercializada en Francia bajo el nombre de “Lambarene” hasta 1970. (Mash et al., 1988, p. 275)

Aunque el mecanismo de acción de la ibogaína contra la adicción del opio no está bien definido, algunos estudios demuestran que la ibogaína tiene efecto en los receptores opioides. Los efectos antiadictivos de la ibogaína fueron descritos por primera vez por Lotsof (Mash et al., 1998, p. 275; & Kingsley, 2013, p. 1), se encontró que ésta eliminaba el “craving” por los opioides en un grupo de heroinómanos después de la administración de una única dosis (Mash et al., 1988, p. 283). Se reportan también efectos tales como visualizaciones o estar en un estado de sueño despierto y una fase de introspección profunda aunque el sujeto esté despierto (Lotsof, 1995, p. 18), alivio de la ansiedad de consumo de morfina, heroína, cocaína, nicotina, metanfetaminas y alcohol (Cappendijk & Dzoljic, 1993; Glick, Kuehne, Maisonneuve, Bandarage & Molinari, 1996; Sershen, Hashim & Lajtha, 1994; Rezvani, Overstreet & Lee, 1995; He et al., 2005; Glice, Maisonneuve, Visker, Fritz, Bandarage & Kuehne, 1998, Glick et al., 1994 & Glick, Rossman, Steindorf, Maisonneuve & Carlson, 1991 citados en Kingsley, 2013).

El efecto que causa esta planta, comienza a las tres horas después de su administración, generando efectos subjetivos intensos los cuales duran entre cuatro y ocho horas. Cuando los pacientes se encuentran en la fase pico describen visiones relacionadas con eventos de sus vidas (Kenneth et al., 1999, p. 236).

A su vez, se evidencian “visiones de un sendero desde el nacimiento hasta la muerte, contacto con reinos ordinariamente invisibles, contacto con los muertos o con potencias superiores” (Kingsley, 2013, p.1). También se reportan alucinaciones, las cuales resultan ser menos importantes en comparación a los recuerdos sobre aspectos de sus vidas; estas alucinaciones se reducen con el tiempo y el paciente se centra en la evaluación del material (Kenneth et al., 1999, p. 236).

Otros de los comportamientos evidenciados en los pacientes durante el tratamiento, son: “midriasis, sudoración, pulso elevado, temblores, piloerección, diarrea, ataxia, vómito y náuseas persistentes por aproximadamente dos horas consideradas signo de extracción de opioides, afecciones sintomáticas subjetivas como escalofríos, dolor, dolor abdominal, e insomnio el cual es a menudo evidente durante 72 horas después de la administración” (Kenneth et al., 1999, p. 237).

Aunque la ibogaína es ilegal y se encuentra en la lista I en U.S. y ciertos países, esta conserva su estado legal en muchos otros países, a su vez, no se ha registrado evidencia para considerar a la ibogaína como una sustancia tanto fisiológica o psicológicamente adictiva, “ya que sus efectos adversos como la ataxia y las náuseas limitan su abuso” (Alper, 2001 & Alper, Stajic & Gill, 2001 citados en Kingsley, 2013, p. 6), su único posible riesgo, es la muerte súbita, muchas veces aludida a la falta de experiencia y conocimiento sobre el uso, dosificación y preparación, por parte de algunas personas que deciden administrarla sin certificaciones previas (Glick, Maisonneuve & Szumlinski, 2001 citados en Kingsley, 2013, p. 6).

Según Mash et al. (1998), una única ingesta, reduce significativamente la ansiedad hacia sustancias como la cocaína o la morfina, así mismo, la administración de ibogaína consecutiva por un mínimo de tres días reduce el “craving” a sustancias con efectos a largo tiempo (p. 276).

Generalmente los pacientes con trastornos de la adicción tratados con ibogaína reportan una gran mejora, eliminación de ansiedad y de los antojos hacia la sustancia a la que eran adictos, (Mash et al., 1998) sentimientos los cuales empiezan a los pocos instantes de la administración (Kenneth et al., 1999).

Según Lotsof y su experimento en 1962 todos los siete heroinómanos informaron un cese de síntomas y “craving” hacia los opiáceos a los pocos días después de la ingesta, cinco de los siete mantuvieron abstinencia durante seis meses o más, mientras que los otros, sintieron un

alivio de síntomas de abstinencia y “craving” (Alper, Beal & Kaplan, 2001 citados en Kingsley, 2013, p.7).

Por otro lado, en Holanda se reportó otra investigación de tratamiento asistido con ibogaína para dependientes del opio (seis de heroína y uno de codeína), registrándose resultados inmediatos a largo plazo (Cantor, 1990 & Luciano, 1998 citados en Kingsley, 2013), sin síntomas de abstinencia. A pesar, de que dos de cuatro de ellos volvieron a hacer uso de opiáceos a los pocos días, los otros sostuvieron su abstinencia por 14 semanas (Kingsley, 2013, p.7).

Finalmente, también se ha descubierto que la ibogaína es efectiva en los tratamientos contra la adicción al tabaco o nicotina; está comprobándose que ésta tiene efecto sobre los mismos receptores para la cocaína y otras drogas; de hecho, algunos pacientes registran hallar un sabor distinto a los cigarrillos después de su tratamiento con ibogaína animándolos a dejar de fumar (Lotsof, 1995).

Generalmente existen pocos reportes de tratamientos psicológicos con ibogaína en humanos, sin embargo ha demostrado ser efectiva en el tratamiento de sus principales campos de acción como los trastornos de la adicción especialmente para la cocaína y el opio en diferentes partes del mundo.

Finalmente, también se han realizado estudios asistidos con cannabis. El cannabis es una serie de tres tipos de plantas, (el cannabis sativo, el cannabis índico y el cannabis ruderalis), cuando las flores de las mismas se ponen a secar, o se obtiene su resina, se conoce como marihuana, hachis, porro, weed, entre otros.

A esta planta la integran más de 60 componentes activos, los cuales pueden actuar en el cuerpo como depresores o psicodislépticos; se puede administrar fumada o por vía oral por medio de “happy brownies”, galletas, helado, chocolate, entre otros (Royo-Isach, Magrané, Velilla & Martí, 2003, p. 84).

Los efectos del cannabis consumido por inhalación de humo, se comienzan a evidenciar a los pocos minutos, en cambio, por vía oral los efectos comienzan a surgir a la media hora o dos horas después de consumida debido al metabolismo en el cuerpo humano, estos efectos tienden a durar entre dos a seis horas (Durán, & Capellá, 2004).

Los efectos del cannabis varían según el consumo frecuente, el estado del producto, las mezcla con otras sustancias, entre otros (Royo-Isach et al., 2003, p. 84). Algunos de los efectos que se pueden percibir a bajas dosis son: (a) desinhibición, (b) locuacidad, (c) euforia, (d) enrojecimiento de los ojos, (e) taquicardia, (f) ansiedad moderada, (g) apetito, entre otros. A dosis altas, se puede percibir: (a) lentitud, (b) ansiedad, (c) confusión o desorientación, (d) alucinaciones, (e) despersonalización, (f) pánico, (g) paranoia, (h) sueño, entre otros. (Royo-Isach et al., 2003, p. 85).

Los efectos medicinales del cannabis se conocen desde hace más de 5000 años; esta fue usada generalmente para tratar reumatismos, asma, espasmos, convulsiones musculares y dolor (Lorenzo & Leza, 2000, p. 150). Hoy en día se han visto estudios con cannabis para tratar la anorexia, gracias a su efecto como “estimulante del apetito al activar neuronas del hipotálamo”, sin embargo, los resultados no fueron los esperados, este tratamiento no resultó ser eficaz en este tipo de pacientes, debido a que la falta de apetito de los mismos es más un “rechazo compulsivo” así tengan hambre o no; en cambio este sí generó en algunos pacientes graves reacciones disfóricas (Gross, 1983 citado en Lorenzo & Leza, 2000, p. 158).

Así mismo, se han realizado otro tipo de estudios que han demostrado que los “efectos antidepresivos, ansiolíticos, sedantes e hipnóticos” que ciertos tipos de cannabinoides causan, pueden ser de ayuda a pacientes con abstinencia al alcohol, al opio, a pacientes bipolares y a pacientes terminales (Lorenzo & Leza, 2000, p. 162). Según estudios, se ha demostrado que el dronabinol tiene efecto antidepresivo en pacientes terminales (Regelson et al., 1976 citados en

Lorenzo & Leza, 2000, p. 162), y efectos beneficiosos en pacientes bipolares (Grinspoon y Bakalar, 1998 citados en Lorenzo & Leza, 2000, p. 162). Por otra parte, el tetrahidrocannabinol o (THC) tiene efectos positivos sobre los síntomas de abstinencia al opio (Chesher y Jackson, 1985 citados en Lorenzo & Leza, 2000, p. 162).

En la web se han registrado diversos testimonios de personas que han utilizado cannabis de manera recreativa o que han sido sujetos en estudios científicos, en donde estos mismos relatan su experiencia y cómo el cannabis les ayudó a superar los síntomas de su enfermedad. Uno de ellos, Anónimo, (2014), diagnosticado con trastorno de bipolaridad, relata que comenzó a darse cuenta que la mejoría a sus síntomas y el cese de sus estados de irritabilidad se atribuían a su consumo de cannabis de manera recreativa, comentando así que empezó a consumir cannabis más frecuentemente, como método alternativo una vez enterado de los efectos adversos de las medicinas que le diagnosticaban; este finaliza, que el mejor remedio para controlar sus síntomas fue haber usado cannabis diariamente.

Por otro lado, MAPS, (2017), está esperando la aprobación para realizar un estudio asistido con cannabis, para tratar el PTSD en veteranos de guerra; impulsado por los previos descubrimientos con respecto a la reducción de síntomas, en un estudio de 80 pacientes que utilizaron cannabis terapéutico, y testimonios aparte.

Gracias a estos testimonios, se ha hallado que poco después del consumo de cannabis con altos contenidos de THS (el principal compuesto psicoactivo del cannabis), disminuyeron las pesadillas, mejoró la calidad del sueño (Roitman, 2014 citado en MAPS, 2017, p. 9), y otros síntomas en los pacientes con PTSD.

Por último, se destaca el uso de ciertos cannabinoides al momento de tratar el dolor crónico y agudo en pacientes, especialmente los terminales. Se ha visto que el uso del cannabis alivia efectivamente el dolor en estos pacientes y les mejora su calidad de vida; también hay

mejorías en los síntomas dolorosos y en síntomas secundarios como inhibición de náuseas, aumento de apetito e impedimento de pérdida de peso (Torres, Trinidad & Calderón, 2012, p. 134).

Generalmente el uso de cannabis se considera bastante seguro, y sin efectos tóxicos, de hecho, se dice que este protege neuronas ante ciertos daños. Contrario a los efectos adversos que otras terapias y medicamentos suelen generar, lo cual motiva al paciente a abandonar del uso de los mismos. (Torres, Trinidad & Calderón, 2012, p. 134). Sin embargo, cabe resaltar, que aún falta mucho camino por conocer, y que se necesitan investigaciones más a fondo en cuanto al uso de cannabinoides para tratamiento de dolor en pacientes. (Lorenzo & Leza, 2000, p. 158)

Finalizando, y debido a que hoy en día nuestra cultura asocia el fumar marihuana con la drogadicción y el consumo ilícito, ha sido muy difícil legalizarla e involucrarla en fines terapéuticos. Aunque llegue a sonar ilógico el incentivar su consumo para el tratamiento contra el alcohol y otras sustancias (Bennetts, 1995 citado en Lorenzo & Leza, 2000, p. 163), su investigación debe estar dirigida principalmente a la búsqueda y uso de ciertos compuestos o cannabinoides que generan efectos significativos para problemas o trastornos específicos, pues su simple consumo, no genera efecto benéfico terapéutico alguno (Lorenzo & Leza, 2000, p. 163).

Set-Setting y competencias del terapeuta que trabaja con enteógenos

Gracias a las múltiples investigaciones realizadas con enteógenos en psicoterapia, instituciones privadas y particulares han publicado artículos y realizado manuales, acerca de las competencias que deberían tener los terapeutas, las características que deberían tener el set-setting, las etapas de la terapia, y otro tipo de detalles que se deben considerar al momento de trabajar con los mismos.

Blewett & Chwelos, (1959), por una parte, proveen un manual especial para el uso del LSD en ámbitos terapéuticos, donde se nombran las posibles reacciones que presentan los

pacientes ante la toma del LSD, la dosificación, las reacciones de escape, entre otros. Así mismo, MAPS, (2015 & 2016) publicó un manual sobre las diferentes consideraciones que se deben tener al momento de realizar terapia asistida con MDMA. A pesar de que estos manuales fueron publicados para esas sustancias específicas, muchas de las consideraciones tratadas dentro de los mismos, sirven al momento de realizar psicoterapia con otro tipo de enteógenos.

Para comenzar, al realizar terapia asistida con enteógenos, es necesario el apoyo y la aprobación de un ente legal del estado (dependiendo del país), para proceder a laborar con sustancias ilegales, como también, la sustancia debe ser obtenida dentro de un laboratorio autorizado para garantizar que esta se suministrará pura y no mezclada.

Seguidamente, es importante destacar que la psicoterapia asistida con enteógenos se puede realizar de manera individual o grupal. Sin embargo, en la mayoría de los casos, se recomiendan las terapias individuales, ya que el sujeto se encuentra menos distraído y más enfocado en su autoexploración; sintiéndose así menos interrumpido u observado al momento de tocar temas dolorosos y comprenderse a sí mismo. De hecho, una de las principales desventajas de usar el método grupal es la inquietud que le puede ocasionar al paciente el darse cuenta que al ingerir la sustancia los terapeutas y sus compañeros son capaces más fácilmente de comunicarse con él de forma no verbal, pudiendo ocasionarle ideas paranoides (Blewett & Chwelos, 1959, p. 14).

También, el hacer la toma de manera individual, brinda la ventaja de que se utiliza menos tiempo, pues las sesiones grupales suelen extenderse hasta 12 y 14 horas, con respecto a las 7 u 8 horas que duran las individuales (p. 14).

Por lo general, si el uso de enteógenos se realiza en un estudio controlado, se deben generar ciertos criterios de inclusión y exclusión para focalizar de mejor manera la población a tratar. Los pacientes pueden ser clasificados cualitativamente, mediante entrevistas y

cuantitativamente mediante pruebas psicométricas. Así mismo, se deben realizar controles y estudios, para asegurarse que los pacientes no padezcan implicaciones que puedan dificultar el proceso, como estar en embarazo, sufrir de diabetes, glaucoma, convulsiones, hipertensión, enfermedades hepáticas, cardiovasculares, entre otros (Danforth et al., 2015, p. 8).

Así mismo, se debe tener total precaución al momento de elegir el set-setting o lugar o escenario en donde se llevarán a cabo las sesiones. Metzner & Leary, T. (s.f), afirman, que este, debe ser lo más cómodo, tranquilo y silencioso posible. Es necesario que el participante pueda sentarse; en lo posible debe poseer un baño, y un lugar donde el sujeto pueda caminar mientras tiene los efectos. También debe ser lo suficientemente seguro en caso de que el paciente se ponga agresivo (Blewett & Chwelos, 1959, p. 19). Este lugar, debe ser en lo posible privado, con poca interrupción de estímulos externos, agradable, equipado con comida y bebidas hidratantes (MAPS, 2016, p. 13), preferiblemente agua o jugos, y alimentos ligeros como fruta fresca, o fuentes de energía como el chocolate, evitándole el hambre durante el día (Blewett & Chwelos, 1959, p. 20).

A su vez se puede disponer de música, fotografías, u otros recuerdos que le inspiren al paciente diferentes estados de ánimo, mientras está bajo los efectos de la sustancia. (Blewett & Chwelos, 1959, p. 20).

Una vez esto, hay que tener en cuenta que la psicoterapia asistida con enteógenos se puede resumir en tres diferentes etapas. La primera de ellas, o la etapa pre-tratamiento, puede contar de tres a cuatro sesiones introductorias para los pacientes. En ellas se explican los efectos posibles, los pasos de la terapia, se firma consentimiento informado, entre otros. En este proceso el terapeuta se informa un poco más sobre el caso de cada paciente, y establece una alianza terapéutica (Danforth et al., 2015, p. 8).

Durante las sesiones introductorias de psicoterapia, el terapeuta también puede entrenar al paciente en ejercicios de mindfulness, a trabajar con su cuerpo y respiración mediante terapias sensorio-motoras, musicoterapia o danzaterapia, respiración holotrópica, yoga, meditación, entre otras técnicas que le pueden proporcionar al participante indicios sobre cómo reconocer que está viviendo un estado alterado de conciencia. (MAPS, 2016, p. 73)

Posteriormente viene la etapa dos de tratamiento. En esta se realizan aproximadamente dos o tres sesiones con ingestión de la sustancia, con ciertos intervalos de tiempo entre ellas (MAPS, 2010). Durante estas sesiones el terapeuta debe cumplir el rol de facilitador, brindándole apoyo al paciente, validándolo, animándolo, y tratando de ser lo menos directivo posible; el ritmo de la sesión lo pone cada participante. Si uno de los pacientes se torna agresivo, con sentimientos de estar atrapado, paranoico o inseguro, los terapeutas pueden entrar a establecer y afirmar un sentido de seguridad en él. (MAPS, 2016)

Cabe resaltar que durante esta segunda etapa y una vez ingerida la sustancia, se da un tiempo de espera hasta que ocurran los primeros síntomas. El terapeuta tratará de evitar el aburrimiento al paciente, pudiéndole preguntar sobre cómo se siente, si ha notado cambios, etc, evitándole también el miedo mientras le brinda apoyo y seguridad (Blewett & Chwelos, 1959, p. 29). Por una parte, mientras algunos terapeutas pueden ser dirigentes durante la sesión y guiar de manera más controlada las vivencias del paciente; otros, pueden tomar más un papel de facilitador y dejar al paciente ser el propio director de su viaje, dejándolo vivir más individualmente su experiencia.

Así mismo, y en consecuencia, se podrán apreciar cambios físicos, los cuales deben procurar ser medidos constantemente, como la temperatura corporal y el ritmo cardíaco, entre otros. A su vez, se debe controlar la administración de agua y la ingesta de alimentos. Esto, debe

llevarse a cabo por un equipo preparado y apto ante cualquier emergencia. (Danforth et al., 2015, p. 9).

Ya, una vez adentrado en los efectos de la sustancia, se procede a la auto-examinación, en donde se buscará que el paciente llegue al autoconocimiento y autoaceptación de sí mismo. (Blewett & Chwelos, 1959, p. 33).

La última etapa o la etapa post-terapia consiste en asignar de dos a tres sesiones, uno o dos días después de cada administración, en donde se controla la adecuada excreción de la sustancia, se mide de nuevo la frecuencia cardiaca, y principalmente se realiza un trabajo de integración del material experimentado (MAPS, 2016). Después de esto se realiza un seguimiento para verificar el mantenimiento de los efectos del tratamiento (Danforth et al., 2015). Éste seguimiento puede soportarse mediante el uso de escalas o test, como el LSD Experience Questionnaire utilizado por Mogar y Savage en su estudio en 1964, u otros (Savage, 1968, p. 515). Esto puede servir para que el sujeto califique su experiencia según los efectos percibidos, la potencia de los mismos, y los cambios alcanzados (Blewett & Chwelos, (1959, p. 52-55).

Es preciso recordar, que la toma de la sustancia o la experiencia “psicodélica” en sí no son la cura para los problemas de los pacientes, éstos son sólo la experiencia que funciona como catalizadora, más sí son un proceso continuo, por lo que es bueno complementar la toma junto a otro tipo de técnicas para afrontar mejor el proceso de recuperación como: psicoterapia, Alcohólicos Anónimos (AA), entre otros, que le permitirán al sujeto superar y afrontar de mejor manera sus síntomas negativos, tornándolos en actitudes positivas y de auto-aceptación hacia sí mismo y hacia los demás (Blewett & Chwelos, 1959, p. 47).

Cabe resaltar, que durante y/o después de la sesión, algunos pacientes pueden reportar síntomas desagradables, residuales o adversos, sobre todo aquellos con enfermedades terminales pueden resultar más fatigados (Richards, Grof, Goodman & Kurland, 1972, p. 129). Por una

parte, se les podrá indicar que estos pasarán con el tiempo, y que podrán tornarse agradables según sus deseos (Blewett & Chwelos, 1959, p. 31). De otra manera, se puede administrar una “medicación rescate”.

Según el estudio Oehen et al. (2012), se hizo uso de zolpidem para el insomnio causado por el MDMA, lorazepam para la ansiedad y la angustia relacionada con eventos traumáticos y acetaminofén o ácido mefenámico para el dolor de cabeza durante las sesiones con MDMA. En otros casos puede hacerse uso de la administración de un sedante como la niacina, benzodiazepinas o antipsicóticos atípicos como la risperidona (Vollenweider, Vollenweider-Scherpenhuyzen, Bähler, Vogel & Hell, 1998 citados en Tartakowski, 2014, p. 37). Sin embargo, esto sólo debe ser en casos de emergencia, pues como tal, las experiencias desagradables no se deben concluir abruptamente, pues demuestran que se está trabajando sobre un problema o proceso necesario, el cual ayudará al paciente a crecer como persona, resultándole beneficioso (Blewett & Chwelos, 1959, p. 20). Generalmente si se bloquean estas fases, será más difícil en las siguientes sesiones trabajar sobre estas y el problema (Grob, 1968, p. 463).

Los pacientes que experimentan una única sesión, relatan un gran impacto del procedimiento enteogénico en ellos, sin embargo, los pacientes que experimentan más de una toma, afirman que la segunda o la siguiente toma, son más psicodinámicas, que psicodélicas. (Unger et al., 1968, p. 532)

Por otra parte, y al igual que con cualquier terapia, al momento de trabajar directamente con pacientes, el terapeuta debe poseer ciertas aptitudes o cualidades en tres diferentes áreas (conocimiento y comprensión; valores, actitudes y disposiciones; y habilidades) (Phelps, 2017, p. 459).

De acuerdo con la primera área de conocimientos del terapeuta, MAPS, (2015), brinda diversos parámetros para los profesionales que se deciden a trabajar con enteógenos. Éstos, tienen

que tener ciertas competencias que les permitan laborar en éste campo. Por una parte, no sólo deben tener una educación formal sino que también deben contar con experiencia (mínimo tres años según MAPS) (2015) tanto en psicoterapia, como con la sustancia y con la población o trastorno a trabajar (p. 8). Phelps, (2017) por otra parte, indica que los terapeutas deberían tener una licencia médica o profesional en el área de salud mental, y un entrenamiento suficiente en áreas como la psiquiatría, psicología, psicoterapia o asesoramiento.

Phelps, (2017) a su vez, relata siete aptitudes principales que el terapeuta que trabaja con enteógenos debe tener: (a) empatía permanente (la cual permite generar un buen rapport, establecer una buena relación terapéutica, ayudando a mejorar la confiabilidad en el terapeuta, a abandonar las defensas y rendirse a la experiencia), (b) transmitir seguridad (tanto de manera verbal como no verbal, en donde el terapeuta será capaz de aumentar la confianza del participante con respecto a su capacidad de sanación interior, y de normalización de momentos inesperados en las sesiones como parte del proceso), (c) inteligencia espiritual (la cual consiste en poseer conocimientos y valores que van más allá de la psicología tradicional, conociendo la relación con la trascendencia (Vaughan, 2002, citado en Phelps, 2017), (d) conocimiento de los efectos físicos y psicológicos de la sustancia con la que se trabaja (incluyendo componentes neurobiológicos, neurofarmacológicos, fenomenológicos, antropológicos, entobotánicos, entre otros) para crear un ambiente y resultados seguro, (e) autoconciencia e integridad ética (incluyendo dentro de ésta la protección de los pacientes, conocimiento de sus límites, capacidades y transferencias, como también los propios; especialmente cuando se trata con minorías) y finalmente (f) ser competente en el uso de técnicas complementarias, en especial durante las sesiones de integración (métodos anteriormente mencionados).

Otras habilidades a considerar y típicas de cualquier terapia, son: (a) poseer una buena comunicación verbal, (MAPS, 2015), (b) ser objetivo y equilibrado, (Lennard y Hewitt, 1960

citados en Phelps, 2017), (c) estar calmado (Blewett y Chwelos, 1959 citados en Phelps, 2017), entre otros.

Por otra parte, el Código de Ética Profesional para Guías Espirituales, (2001), propone ciertas cualidades que un guía espiritual debería tener para dirigir una sesión como: (a) intención de practicar y servir con actos que fomenten la conciencia, empatía y sabiduría, (b) servir a la sociedad, respetando el bien común y catalizando el cambio gracias al aumento de conciencia adquirida en la práctica espiritual, (c) servir a las personas, respetando y procurando preservar la autonomía y dignidad de cada uno, siendo esta participación a la experiencia voluntaria soportada por un consentimiento informado mientras se está en un estado ordinario de conciencia, advirtiendo sobre los posibles riesgos físicos y psicológicos, (d) competencia profesional, dirigiendo prácticas “para las cuales están calificados por experiencia personal y por entrenamiento o educación”, (e) integridad y conciencia “de cómo sus (...) creencias, valores, necesidades y limitaciones afectan su trabajo, (...) protegiendo a sus participantes e impidiendo abusos de vulnerabilidad para dañar a otros, (f) tranquilidad para ayudar a evitar consecuencias dañinas, (g) sin ánimo de lucro, pues las prácticas espirituales deberían ser realizadas por el don del servicio, ayudando a los participantes con poca capacidad de pago, (h) tolerancia, practicando la apertura y el respeto hacia personas con otro tipo de creencias, y por último, (i) revisión por pares, pues cada guía se soportará por el consejo de otros para asegurar la integridad de sus prácticas.

Finalmente, y aparte de todas estas habilidades y conocimientos que se debe tener para trabajar con enteógenos, se considera óptimo que el terapeuta haya experimentado por si mismo, transformaciones producto de sus propias prácticas con los estados no ordinarios o alterados de conciencia, ya que esta experiencia propia le permitirá tener un mejor criterio dentro de la terapia, y será visto como más adecuado para este trabajo (Phelps, 2017, p. 463).

Por una parte, el CIIS o (Center for Psychedelic Therapies and Research) fue el primero en ofrecer un programa de postgrado acreditado académicamente en Terapia e Investigación de Enteógenos, aprobado por la FDA, para capacitar no sólo a médicos y profesionales de salud mental, sino también a personas en general (Phelps, 2017, p. 475). Así mismo, J.M Bernal, (comunicación personal, 03 de octubre del 2017), ofrece un programa de capacitación en Colombia, de mínimo tres a cinco años, para aquel que se quiera formar como guía o facilitador enteogénico, en donde se incluyen charlas explicativas, conversatorios, consultas individuales, material teórico, y diversas tomas para la capacitación de los estudiantes, sin importar su formación.

Concluyendo, el trabajo del terapeuta que trabaja con enteógenos puede resumirse en tres palabras: “un cuidador (Greer & Tolbert, 1998; Grof, 1980; Taylor, 2007, citados en Phelps, 2017); un guía (Cooper, 2014, Jesse, 1995, Pahnke y Richards, 1966, citados en Phelps, 2017); y un terapeuta (Abramson, 1956, Eisner y Cohen, 1958, Noller, 2009; Walsh & Grob, 2005, citados en Phelps, 2017)”.

Para finalizar, es bueno precisar que gracias a las sugerencias escritas en los respectivos manuales publicados para el uso enteógenos en psicoterapia, y los exitosos resultados que se han obtenido en investigaciones, muchos terapeutas hoy en día pueden afirmar (tanto por experiencia propia como por trabajo con la misma sustancia), que el uso de enteógenos en psicoterapia tiene un potencial de ayuda bastante alto (Liester et al., 1992 citado en DPBS, 1999, p. 25).

Conclusiones

En los años 60' se genera el auge del uso de sustancias psicodélicas gracias a los movimientos hippies y el descubrimiento del LSD, sin embargo, el uso de enteógenos se ha documentado desde hace tiempo atrás por diferentes pueblos alrededor del mundo, especialmente para curar distintas enfermedades (Vidal-Ribas, 2010), mientras se conectaban con sus dioses (Roberts, 2012; Schultes & Hofmann, 2000; Shanon, 2002 citados en Méndez, 2013, p. 37). Sin embargo, alrededor del mundo la utilización de las mismas abarca también fines medicinales, tradicional chamánicos, investigativos, recreacionales, entre otros.

Existe un debate sobre el uso de enteógenos en psicoterapia. Por una parte, han sido desvalorizados por algunas personas pertenecientes a la comunidad científica y de la sociedad, debido a las diferentes noticias sobre los efectos adversos que pueden generar, causando su prohibición, la asociación de su uso con la adicción, cometer actos vandálicos o antisociales, y la negación de cualquier significado trascendental en su uso (Wagner, 2017). Debido a esto existen personas que catalogan a este tipo de sustancias como peligrosas (en su mayoría de veces debido a su estatus ilegal), los ensayos de los científicos que se interesan en el trabajo con estas son recibidos con aversión (Wagner, 2017), y se niega cualquier tipo de efectividad de los enteógenos en psicoterapia, “impidiendo [así la realización de más] investigaciones para demostrar [sus efectos benéficos]” (Lorenzo, & Ieza, 2000).

Así mismo, la degradación del término psicodélico y relacionados (psicodelia, alucinógeno, entre otros) con enfermedades mentales, desviaciones de la conducta y estados psicóticos o próximos a la demencia, (Wasson, Hofmann, & Ruck., 1980), dan paso para asociar y catalogar a los mismos y al profesional que trabajaba con ellos como, delincuente, dealer, consumidor o sospechoso (Wagner, 2017).

Por otra parte, y en contraste con lo anterior, también se encuentran algunos científicos y profesionales que apoyan su uso, terapeutas que han tenido resultados exitosos en sus tratamientos (Wagner, 2017) y pacientes que apoyan el uso y realización de este tipo de terapias alternativas para la trata de diferentes trastornos como la depresión, el estrés postraumático, trastornos obsesivo-compulsivos, entre otros, al haber obtenido resultados efectivos y esperados, los cuales no han logrado por medio de las psicoterapias convencionales o no han podido acceder a ellas debido a problemas económicos. En general, el tema ha tenido tan buen recibimiento a nivel internacional, que varias entidades como CIIS (Center for Psychedelic Therapies and Research) y otras han comenzado a ofrecer programas de postgrado acreditado académicamente en Terapia e Investigación de Enteógenos, aprobado por la FDA, para capacitar no sólo a médicos y profesionales de salud mental, sino también a personas en general (Phelps, 2017, p. 475).

A lo largo del tiempo, se pueden distinguir cuatro tipos de paradigmas usados en psicoterapia: el paradigma psicomimético, el cual se basa en generar un estado similar al de la psicosis a partir de estas sustancias (Tartakowsky, 2014). El paradigma hipnodélico, el cual busca mezclar la hipnosis con los efectos de la sustancia, para guiar al sujeto en su “viaje” (Grof, 2005 citado en Tartakowsky, 2014). El paradigma psicolítico propone a los enteógenos como catalizadores auxiliares durante el proceso terapéutico (Gasser, 1994; Grob et al., 2013; Passie, 2012; & Yensen, 1998 citados en Tartakowsky, 2014). Por último, el paradigma psicodélico consta del uso de altas dosis enteogénicas, generando así un estado de experiencia mística, cambio y sanación. (Gasser et al., 2014; Grob et al., 2013; Grof, 1970, 2005, Hofmann, 2006; Naranjo, 1973; & Yensen, 1998 citados en Tartakowsky, 2014). Aunque estos paradigmas han sido documentados en la literatura alusiva a los enteógenos, no se ha profundizado mucho al respecto.

En el contexto terapéutico el uso de enteógenos ha ayudado a la reducción de síntomas en pacientes con trastornos adictivos, trastornos de estrés postraumático, trastorno autista, trastornos de ansiedad ante la muerte, trastornos obsesivo-compulsivo, entre otros. (Krupitsky, 2001; Kolp et al., 2007; Danforth et al., 2015 & Moreno et al., 2006).

La literatura concerniente a los campos de aplicación para el tratamiento de psicopatologías incluye el trastorno de estrés postraumático (PTSD), la depresión, trastornos de adicción, de estrés, de ansiedad, del neurodesarrollo, psicosis, esquizofrenias, entre otros. También han sido utilizadas para estudiar la actividad cerebral específica en estados alterados de conciencia (Timmermann, 2014).

La trayectoria del LSD en psicoterapia ha sido una de las más largas y conocidas. A pesar de sus múltiples usos en investigación, se destaca principalmente la utilización del mismo para tratar y combatir trastornos de tipo adictivo en especial el alcohol. Su auge y punto fuerte se dio en los años 60'. Hoy en día se está trabajando e investigando con más profundidad con otro tipo de sustancias como el MDMA, el cannabis y el DMT.

El uso del MDMA en psicoterapia es prácticamente reciente en comparación con la trayectoria del LSD. Aunque sus efectos no son tan psicodélicos como otros enteógenos, su uso resulta muy importante, especialmente para el tratamiento del trastorno de estrés postraumático (PTSD), (Mithoefer, Wagner, Mithoefer, Jerome & Doblin, 2010). Las investigaciones con el mismo están en constante crecimiento, resultando bastante prometedoras para su uso en el tratamiento de otros trastornos.

La ketamina, al igual que el MDMA, es semi-psicodélica; debido a esto, estas dos sustancias contienen una ventaja principal con respecto a los otros enteógenos, ya que pueden ser usadas en personas que no soporten los efectos psicodélicos fuertes (Jerome et al., 2013, p. 5). La ketamina también posee la ventaja que puede ser fácilmente encontrada y comprada como

medicamento veterinario. Es usada principalmente para el tratamiento psicoterapéutico con heroínómanos (Krupitsky et al., 2001). Sin embargo, su uso se extiende a tratamientos para otras sustancias adictivas, para combatir la ansiedad ante la muerte, (Kolp et al., 2007), para tratar trastornos alimenticios (Jansen, 2004), entre otros.

La psilocibina es el compuesto activo presente en una gran cantidad de hongos y setas psicodélicos. Su uso en psicoterapia se basa en el tratamiento para el trastorno obsesivo compulsivo (Moreno, Wiegand, Taitano, & Delgado, 2006), la depresión, (Watts, Day, Krzanowski, Nutt, & Carhart-Harris, 2017) y principalmente para la ansiedad ante la muerte en pacientes terminales (Swift, 2017).

El DMT es considerado el enteógeno más potente que existe, sus efectos suelen ser más fuertes y profundos que los demás, ya sea de manera fumada o bebiendo yagé, sin decir esto que los demás enteógenos tengan efectos leves. Aunque existen estudios científicos con el uso del DMT en personas con trastornos adictivos (Thomas et al., 2013), en personas con trastornos alimenticios (Lafrance, 2017), en personas con crisis de identidad de género (Cavnar, 2013), entre otros, su uso más común radica en las ceremonias chamánicas que muchos taitas realizan particularmente; ceremonias a las cuales también asisten personas que buscan explorar estados alterados de conciencia como parte de su proceso personal de desarrollo.

Por otra parte, también se ha hecho uso de otro tipo de enteógenos menos comunes en psicoterapia tales como la mezcalina, la igobaina, el cannabis, entre otros. La mezcalina se encuentra principalmente en los cactus peyote y San Pedro, suele ser usada en ceremonias indígenas-chamánicas como el DMT.

La ibogaina, sustancia que se genera de la planta Iboga en África, ha sido usada principalmente para tratar trastornos de adicción especialmente para combatir la adicción al opio. Sin embargo, se ha visto que también genera los mismos efectos antiadictivos en personas adictas

a otro tipo de sustancias como la morfina, nicotina, cocaína, metanfetaminas y alcohol. (Lotsof, 1995).

El cannabis ha sido una de las sustancias que más controversia ha generado a nivel mundial. Dentro de la psicoterapia se ha utilizado para combatir trastornos de tipo alimenticio, trastornos bipolares (Grinspoon y Bakalar, 1998 citados en Lorenzo & Leza, 2000), entre otros. Sin embargo, su uso principal, y su punto fuerte con respecto a las investigaciones, radica en la medicina, en la utilización del mismo para combatir espasmos, convulsiones musculares y dolor crónico y agudo en pacientes terminales (Lorenzo & Leza, 2000).

Por otra parte, al realizar estudios o psicoterapia con enteógenos, se debe procurar realizarlos en un ambiente controlado, con criterios de inclusión y exclusión cualitativa y cuantativa, para asegurarse que los pacientes no padezcan dificultades durante el proceso; así mismo, se deben realizar controles y seguimientos (Danforth et al., 2015, p. 8).

El set-setting debe ser lo más cómodo, tranquilo y silencioso posible. Puede estar equipado con elementos como (música, imágenes, espejos y demás objetos que evoquen recuerdos), comida y espacios necesarios para que el participante pueda tener una sesión segura (Blewett & Chwelos, 1959, p. 19).

El terapeuta que realice sesiones con enteógenos debe poseer ciertas cualidades como: tener una formación como psicólogo, psiquiatra, o relacionado, tener experiencia con el trastorno y población a tratar, ser empático, ser capaz de establecer un buen rapport, poseer buena comunicación verbal, ser objetivo, transmitir seguridad, ser ético, entre otras (Phelps, 2017), y en lo posible, tener experiencia propia con la sustancia (Phelps, 2017, p. 463).

Aunque los enteógenos son catalogados como seguros y de baja toxicidad, hay que tener en cuenta que también acarrearán riesgos para sus consumidores, en su mayoría de carácter psicológico, aunque también físico y legal.

Existen páginas como erowid.org que compilan información referente a las sustancias psicoactivas considerando su composición química, sus propiedades psicoactivas y estatuto legal, entre otras informaciones. Ellos señalan que la posesión y comercialización de sustancias como el LSD, la mezcalina, la psilocibina, y otras, es ilegal. La mayoría de estas, se situúan en la lista I en U.S., siendo controladas, aunque con algunas excepciones (Erowid, s.f.e; Erowid, s.f.f; & Erowid, s.f.g).

Por ejemplo, la cantidad de setas, hongos, plantas y cactus que contienen psilocibina, DMT y mezcalina, y el poco conocimiento sobre ellas, hace que no se encuentren en la lista de sustancias ilegales en ciertos países o su uso no esté controlado. Éstas pueden llegar a ser parcialmente legales en algunos países o estados de U.S., cuando su consumo es con fines religiosos en grupos étnicos protegidos (Erowid, s.f.f; Erowid, s.f.g; & Erowid, s.f.b).

Otra excepción para el consumo de las mismas, se encuentra en las leyes que rigen a cada país. Por ejemplo, mientras el consumo de peyote en México resulta ilegal debido a que este se encuentra en vía de extinción (Erowid, s.f.g), en Brasil se legalizó el uso de ciertas plantas contenedoras de DMT en rituales como el Santo Daime, La Unión Vegetal o el Té de Ayahuasca. En otros países este tipo de plantas son ilegales para el consumo humano, aún no están controladas o se encuentran en la lista de plantas nocivas para el ser humano (Erowid, s.f.a).

Así mismo, la ketamina, la cual está controlada en la mayoría de países, puede conseguirse únicamente con receta médica o bajo una pre-escricción legal para uso veterinario exclusivo (Erowid, s.f.c). Finalmente, el cannabis, uno de los más controversiales, permanece aún como sustancia ilegal en la mayoría de los países, aunque se ha legalizado para uso médico y recreativo en algunos estados de norteamérica y en países como Holanda y Uruguay; es aceptada en pequeños montos en países como Argentina, Venezuela, Perú, Canadá, entre otros

(Ammerman, Ryan, Adelman, The Committee on Substance Abuse, & The Committee on Adolescence, 2015, p. 775).

La literatura revisada evidencia que la toma en sí de una sustancia psicodélica no es la cura para los problemas; esta es sólo una experiencia que si no se realiza adecuadamente puede generar por el contrario perturbación en el paciente. No obstante, la realización de un proceso continuo de apoyo como la psicoterapia, y otros, permiten la superación de los síntomas negativos (Blewett & Chwelos, 1959, p. 47).

Entre 1953 y 1973 en Estados Unidos se destinaron para investigación fondos federales cercanos a los 4 millones de dólares para la realización de 161 estudios con LSD que involucraron más de 700 participantes. (The Newyorker, feb 9, 2015). Actualmente se han abierto nuevas agendas de investigación en universidades como Johns Hopkins, Harbor-U.C.L.A. Medical Center, y la Universidad de Nuevo México. También en el Colegio Imperial de Londres y en la Universidad de Zurich. Revistas como The Lancet han publicado artículos y editoriales apoyando la investigación del potencial terapéutico de las sustancias enteógenas. En uno de ellos (Carhart-Harris, R.L., Bolstridge, M., Rucker, j., Day, C., Erritzoe, D., Kaelen, M., Bloomfield, M. eta al., 2016) afirman que:

Los datos obtenidos de estudios a poblaciones de gran escala han desafiado recientemente la opinión de que los psicodélicos afectan negativamente la salud mental, mostrando a partir de hallazgos en un estudio tasas más bajas de angustia y suicidio entre personas que usaron psicodélicos en su vida con respecto a aquellos que no usaron psicodélicos, pero sí una cantidad equivalente de otras drogas.

Evidentemente la investigación juega un papel de la mayor importancia para desmitificar tanto los imaginarios negativos como los que exaltan solo las virtudes de efecto de los enteógenos en el ser humano. Dado que uno de sus usos más promisorios está en el tratamiento

de la depresión mayor y otros trastornos de gran costo social y económico, existen razones poderosas para esperar que la agenda de investigación se consolide en los años venideros.

Referencias

- Alonso, V. (2012) Análisis del uso terapéutico de los enteógenos en el tratamiento de la farmacodependencia. (Tesis de pregrado) Universidad de las Américas. Puebla, México.
- Anónimo. (2014, Enero 7) Cannabis and psilocybin for bipolar disorder. Recuperado de: <https://www.maps.org/research-archive/psilo/Cannabis-and-Psilocybin-for-Bipolar-Disorder.pdf>
- Ammerman, S., Ryan, S., Adelman, W., The committee on substance abuse, & the committee on adolescence. (2015) the impact of marijuana policies on youth: clinical, research, and legal update. *The American Academy of Pediatrics*. 135(3)769-787. DOI: 10.1542/peds.2014-4147
- Blewett, D. & Chwelos, N (1959) *Handbook for therapeutic use of Lysergic Acid Diethylamide-25 individual and group procedures*. Recuperado de: <http://www.maps.org/research-archive/ritesofpassage/lsdhandbook.pdf>
- Bouso, J., 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):225-36. Doi: 10.1080/02791072.2008.10400637
- Carhart-Harris, R., Bolstridge, M., Rucker, J., Day, C., Erritzoe, D., Kaelen, M., Bloomfield, M., Rickard, J., Forbes, B., Feilding, A., Taylor, D., Pilling, S., Curran, V., & Nutt, D. (2016). Psilocybin with psychological support for treatment-resistant depression: an open-label feasibility study. *Lancet Psychiatry*. (3)619-627. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30065-7](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30065-7)

- Cavnar, C. (Abril 18-23 Del 2013). The effects of ayahuasca Rituals on gay's and lesbian's self perception. En Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies (MAPS). 2da Conferencia Internacional Psychedelic Science, llevado a cabo en Oakland, California, U.S. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=tRipSX-6ZOc>
- Council on Spiritual Practices, (2001). Code of Ethics for Spiritual Guides. San Francisco, E.U. Recuperado de: <http://www.csp.org/code.html>
- Danforth, A., Struble, C., Yazar-Klosinski, B., Grob, S. (2015). MDMA-assisted therapy: A new treatment model for social anxiety in autistic adults. *Progress in Neuro-psychopharmacology & Biological Psychiatry*. 4(64)237-49. Doi: 10.1016/j.pnpbp.2015.03.011.
- Durán, M., & Capellá, D. (2004) Uso terapéutico de los cannabinoides. *Adicciones*. 16(2)143-152. Recuperado de: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/412/411>
- ECDD Expert Committee of Drug Dependence, (2006). Critical review of Ketamine. En: *WHO Expert Committee on Drug Dependence*. 34th ECDD 2006/4.3. Online en: http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/4.3KetamineCritReview.pdf
- Eisner, B. (2002) *Remembrances of LSD therapy past*. Santa Mónica, California, Estados Unidos. Recuperado de: <http://www.maps.org/images/pdf/books/remembrances.pdf>
- Erowid, (s.f.a). Ayahuasca Legal Status. Recuperado de: https://erowid.org/chemicals/ayahuasca/ayahuasca_law.shtml
- Erowid, (s.f.b). N,N-DMT Legal Status. Recuperado de: https://erowid.org/chemicals/dmt/dmt_law.shtml
- Erowid, (s.f.c). Ketamine Legal Status. Recuperado de: https://erowid.org/chemicals/ketamine/ketamine_law.shtml
- Erowid, (s.f.e). LSD Legal Status. Recuperado de: https://erowid.org/chemicals/lsd/lsd_law.shtml

Erowid, (s.f.f). Psilocybin Mushrooms Legal Status. Recuperado de:

https://erowid.org/plants/mushrooms/mushrooms_law.shtml

Erowid, (s.f.g). Peyote Legal Status. Recuperado de:

https://erowid.org/plants/peyote/peyote_law.shtml

Faculty of Psychology. Universidad Autónoma de Madrid. (DPBS), (1999). *Administration of 3,4 methylendioxyamphetamine (MDMA) to women with chronic posttraumatic stress disorder (PTSD) as a consequence of sexual assault. A dose finding pilot study.* (Versión 3). Madrid, España: (Recuperado de: <http://www.maps.org/research-archive/mdma/spain/spprotocol.pdf>)

Farré, M. & Puodevida, S. (2015). *Éxtasis y drogas de diseño. Encuentros nacionales sobre drogodependencias y su enfoque comunitario.* Trabajo presentado en la Conferencia de CPD o encuentros nacionales sobre drogodependencias y su enfoque comunitario de Cádiz, España

García Díaz, F. (2002). El consumo de drogas en los pueblos precolombinos. Elementos para una “política criminal” alternativa. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología.* 04(3):1-14. Recuperado de: http://criminet.ugr.es/recpc/recpc_04-r3.pdf

Gasser, P., Kirchner, K., & Passie, T. (2014) LSD-assisted psychotherapy for anxiety associated with a life-threatening disease: A qualitative study of acute and sustained subjective effects. *Journal of Psychopharmacology.* 29(1):57-68. Doi: 10.1177/0269881114555249.

Gómez, S. & Liévano, J. (2015). *Ketamina como alternativa analgésica primaria en atención pre-hospitalaria.* (Tesis de pregrado). Corporación Universitaria adventista, Medellín, Colombia.

González, D. (Abril 21-23 Del 2017). Long-term effect of ayahuasca on quality of life & well-being. En Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies (MAPS). 3ra Conferencia

Internacional Psychedelic Science, llevado a cabo en Oakland, California, U.S. Recuperado de: [https://www.youtube.com/embed/ZG-](https://www.youtube.com/embed/ZG-jH6k4pyc?list=PL4F0vNNTozFSw5gRe_zVTAvNIwjYD_AIU?ecver=2)

[jH6k4pyc?list=PL4F0vNNTozFSw5gRe_zVTAvNIwjYD_AIU?ecver=2](https://www.youtube.com/embed/ZG-jH6k4pyc?list=PL4F0vNNTozFSw5gRe_zVTAvNIwjYD_AIU?ecver=2)

Grob, C.S., & Bossis, A. (2017). Humanistic psychology, psychedelics, and the transpersonal vision. *Journal of Humanistic Psychology*. 57(4) 315 –318. Doi:

10.1177/0022167817715960

Grof, S. (1981). *LSD Psychotherapie*. [Versión electrónica]. Recuperado de:

http://www.directupload.net/file/d/3588/qbntl6a8_pdf.htm

Grof, S. (1968). Tentative theoretical framework for understanding dynamics of LSD psychotherapy. En Shlien, J. (Ed). *Research in psychotherapy III*, (pp. 449-465).

Washington, DC, US: American Psychological Association, VII, 615 pp. doi:

10.1037/10546-021

Jansen, K. (2004). *Ketamin: dreams and realities*. Sarasota, FL, U.S. Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies (MAPS).

Jerome, L., Schuster, S., & Yazar-Klosinski, B. (2013). Can MDMA play a role in the treatment of substance abuse? *Current Drug Abuse Reviews*. 6(1):54-62. Recuperado de:

http://www.maps.org/research-archive/mdma/Jerome_CDAR_30Apr13.pdf

Kenneth, A., Howard, L., Geerte, F., Frenken, D., Luciano, D., Bastiaans, J. (1999) Treatment of acute opioid withdrawal with ibogaine. *The American Journal on Addictions*. 8(3):234-42.

Recuperado de:

https://www.iceers.org/docs/science/iboga/Alper%20et%20al_1999_Acute_Opiate_Withdrawal.pdf

Kingsley, T. (2013) Ibogaine in the treatment of substance dependence. *Current Drug Abuse Reviews*. 6(1):3-16. Doi: 10.2174/15672050113109990001

- Kolp, E., Scott Young, M., Friedmann, H., Krypinsky, E., Jansen, K., & O'Connor, L. (2007) Ketamine enhanced psychotherapy: preliminary clinical observations on its effectiveness in treating death anxiety. *The International Journal of Transpersonal Studies*. 26(1) 1–17. Recuperado de: <http://digitalcommons.ciis.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1191&context=ijts-transpersonalstudies>
- Krupitsky, E., Burakov, A., Romanov, T., Grinenko, A., & Strassman, R. (2001) Ketamine-Assisted Psychotherapy (KPT) of Heroin addiction: immediate effects and six months follow-up. *The Heffter Review of Psychedelic Research*. 2:88-101. Recuperado de: <https://heffter.org/docs/hrireview/02/chap7.pdf>
- Krupitsky, E., Burakov, A., Romanova, T., Dunaevsky, I., Strassman, R., & Grinenko, A. (2002) Ketamine psychotherapy for heroin addiction: immediate effects and two-year follow-up. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 23(4):273-83. Recuperado de: <https://pdfs.semanticscholar.org/467a/e6624849f4011e3ecaa90002b1ae3ff598ca.pdf>
- Lafrance, A. (Abril 21-23 Del 2017). Long-term effects of ayahuasca on quality of life & well-being. En Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies (MAPS). 3ra Conferencia internacional Psychedelic Science, llevado a cabo en Oakland, California, U.S. Recuperado de: https://www.youtube.com/embed/ph4sJ-C39TQ?list=PL4F0vNNTozFSw5gRe_zVTAvNIwjYD_AIU?ecver=2
- Leary, T., Metzner, R., & Dass, R. (1964). *The psychedelic experience a manual based on the tibetan book of the dead*. New York, New York, U.S. University Books.
- López-Millán, J., & Sánchez-Blanco, C. (2007) Utilización de ketamina en el tratamiento del dolor agudo y crónico. *Rev. Soc. Esp. Del Dolor*, 1: 45-65. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v14n1/evidencia.pdf>

- Lorenzo, P., & Leza, J.C. (2000). Utilidad terapéutica del Cannabis y derivados. *Adicciones (Palma de Mallorca)*. 12(2)149-168. DOI: <https://doi.org/10.20882/adicciones.678>
- Lotsof, HS. (1995). Ibogaine in the treatment of chemical dependence disorders: clinical perspectives. *MAPS Bulletin*. 5(3)16-28. Recuperado de: http://www.maps.org/newsletters/v05N3/v05n3_18-29_ibogainetreatmentforchemicaldependance.pdf
- Mabit, J. (2007). Ayahuasca in the treatment of addictions. En Winkelman, M., (editor) & Roberts, T. (Editor), (Eds). *Psychedelic medicine: new evidence for hallucinogenic substances as treatments*, (pp. 87-103). U.S.: Praeger Ed.
- Mangini, M. (1998) Treatment of alcoholism Using Psychedelic Drugs: A Review of the Program of Research. *Journal of Psychoactive drugs*. 30(4) 381-418. Online en: http://www.maps.org/research-archive/w3pb/1998/1998_Mangini_22901_1.pdf
- Mash, D., Kovera, C., Buck, B., Noremberg, M., Shapshak, P., Hearn, W., & Sánchez-Ramos, J. (1998) Medication development of ibogaine as a pharmacotherapy for drug dependence. *Annals of the New York Academy of Science*. 30(844):274-92. Doi: 10.1111/j.1749-6632.1998.tb08242.x
- Mash, D., Kovera, C., Pablo, J., Tyndale, R., Ervin, FR., Kamlet, JD., & Hearn, WL. (2001) Ibogaine in the treatment of heroin withdrawal. *Alkaloids chemistry and biology journal*. 56(8)155-71. Recuperado de: http://www.iceers.org/docs/science/iboga/Ibogaine%20Proceedings/ch08_Heroin_Kamlet.pdf
- McKenna, D. (09 de Septiembre del 2017). Dennis McKenna Quotes. Recuperado de: http://www.azquotes.com/author/45192-Dennis_McKenna
- Méndez López, M. (2013). Psicofármacos y espiritualidad: La investigación con sustancias psicodélicas y el surgimiento del paradigma transpersonal. *Journal of Transpersonal*

Research, 5(1)36-57. Recuperado de:

https://www.researchgate.net/profile/Matias_Mendez2/publication/257381574_Psicofarmacos_y_Espiritualidad_La_Investigacion_con_Sustancias_Psicodelicas_y_el_Surgimiento_del_Paradigma_Transpersonal_Psychoactive_Drugs_and_Spirituality_Psychedelic_Research_and_the_Emergence_of_t/links/0c9605252a6e1e9409000000/Psicofarmacos-y-Espiritualidad-La-Investigacion-con-Sustancias-Psicodelicas-y-el-Surgimiento-del-Paradigma-Transpersonal-Psychoactive-Drugs-and-Spirituality-Psychedelic-Research-and-the-Emergence-of.pdf

Medina, R., Martínez, O., Flores, R., Pineda, L., Rodríguez, N., & Balam, B. (2001) Ketamina oral para evitar en los niños el dolor por procedimientos de diagnóstico o de tratamiento.

Revista Mexicana de Pediatría. 68(2) 48-51. Recuperado de:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2001/sp012b.pdf>

Metzner, R. (2017). Entheogenesis: toward an expanded worldview for our time. *Journal of Humanistic Psychology*. 57(5) 443 –449. [tps://doi.org/10.1177/0022167817723405](https://doi.org/10.1177/0022167817723405)

Metzner, R. & Leary, T. (s.f.) On Programming psychedelic experiences. *Psychedelic Review*. 9. 5-19. Recuperado de: <http://www.maps.org/research-archive/psychedelicreview/n09/n09005met.pdf>

Mithoefer, M., Wagner, M., Mithoefer, A., Jerome, L., y Doblin, R. (2010). 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

Mogar, R. & Savage, C. (1964). Personality change associated with psychedelic (LSD) therapy: a preliminary report. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*. 1(4)154-162. Doi:

10.1037/h0088594

Moreno, FA., Wiegand, CB., Taitano, EK., & Delgado, PL. (2006) Tolerability and efficacy of psilocybin in 9 patients with obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*.

67(11):1735-40. Recuperado de:

[https://psilosybiini.info/paperit/Safety,%20tolerability,%20and%20efficacy%20of%20psilocybin%20in%209%20patients%20with%20obsessive-compulsive%20disorder%20\(Moreno%20et%20al.,%202006\).pdf](https://psilosybiini.info/paperit/Safety,%20tolerability,%20and%20efficacy%20of%20psilocybin%20in%209%20patients%20with%20obsessive-compulsive%20disorder%20(Moreno%20et%20al.,%202006).pdf)

Multidisciplinary association for psychedelic studies (MAPS). (2016). *A Manual for MDMA-assisted psychotherapy in the treatment of posttraumatic stress disorder*. (Versión 7). Santa Cruz, CA: Mithoefer, M.

Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies (MAPS). (2010). *An open label lead-in and randomized, active placebo-controlled pilot study of 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA)-assisted psychotherapy in 12 subjects with treatment-resistant*. (Version 3). Santa Cruz, CA: Doblin, R., Shuriquie, N., & Mithoefer, M.

Multidisciplinary association for psychedelic studies (MAPS). (2015). *MDMA-assisted psychotherapy Therapist adherence and competence ratings manual*. (Version 3.) Santa Cruz, CA: Emerson, A.

Multidisciplinary association for psychedelic studies (MAPS), (s.f.a). MDMA-Assisted Psychotherapy. Recuperado de: <http://www.maps.org/research/mdma>

Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies (MAPS), (s.f.b). Research. Santa Cruz, CA: Recuperado de: <http://www.maps.org/research>

- Oehen, P., Traber, R., Widmer, V. & Schnyder, U. (2012). A randomized, controlled pilot study of MDMA (3,4-Methylenedioxymethamphetamine)-assisted psychotherapy for treatment of resistant, chronic Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). *Journal of Psychopharmacology*. 27(1):40-52. Doi: 10.1177/0269881112464827
- Oliviera, M. (Abril 21-23 Del 2017) Examining the effects of pre- & post-ceremony factors in ritualized ayahuasca use. En Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies (MAPS). 3ra Conferencia internacional Psychedelic Science, llevado a cabo en Oakland, California, U.S. Recuperado de:
https://www.youtube.com/embed/yF8zUeNMDjU?list=PL4F0vNNTozFSw5gRe_zVTAvNIwjYD_AIU?ecver=2
- Pahnke, W. (1969). The psychedelic mystical experience in the human encounter with death. *The Harvard Theological Review*. 62(1) 1-21. Recuperado de:
<http://csp.org/docs/PahnkeIngersoll1969.pdf>
- Passie, T., Halpern, J., Stichtenoth, D., Emrich, H., & Hintzen, A. (2008) The pharmacology of Lysergic Acid Diethylamide: A Review. *CNS Neuroscience and Therapeutic*. 14(4)295-314. Doi: 10.1111/j.1755-5949.2008.00059.x
- Phelps, J. (2017). Developing guidelines and competencies for the training of psychedelic therapists. *Journal of Humanistic Psychology*. 57(5) 450-487. DOI:
[.org/10.1177/0022167817711304](https://doi.org/10.1177/0022167817711304)
- Pollan, M. (9 de Febrero del 2015). The Trip Treatment. Research into psychedelics, shut down for decades, is now yielding exciting results. *The New Yorker*. Recuperado de:
<https://www.newyorker.com/magazine/2015/02/09/trip-treatment>
- Puente, I. (2011) Influencias principales de la Psicología Transpersonal (Parte I). *Ulises: revista de viajes interiores*, 13(1) 2-11. Recuperado de:

https://www.researchgate.net/profile/Iker_Puente2/publication/258541627_Influencias_principales_de_la_Psicologia_Transpersonal/links/00b7d529b666f487c3000000.pdf

Quirce, C. (2010) El chamanismo y las drogas enteogénicas/alucinatorias del mundo precolombino. *Revista Costarricense de Psicología*, 29(43)1-15. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=476748707005>

Real Academia Española. RAE (2014 a.). Alucinógeno. En *Diccionario de la lengua española* 23.^a ed. Recuperado de: <http://dle.rae.es/?id=28k3fgW>

Real Academia Española. RAE (2014 b.). Droga. En *Diccionario de la lengua española* 23.^a ed. Recuperado de: <http://dle.rae.es/?id=ECdTcOk>

Real Academia Española. RAE (2014 c.). Enteógeno. En *Diccionario de la lengua española* 23.^a ed. Recuperado de: <http://dle.rae.es/?id=Fh9ayuS>

Real Academia Española. RAE (2014 d.). Estupefaciente. En *Diccionario de la lengua española* 23.^a ed. Recuperado de: <http://dle.rae.es/?id=H2QPZL0>

Real Academia Española. RAE (2014 e.). Psicoactivo. En *Diccionario de la lengua española* 23.^a ed. Recuperado de: <http://dle.rae.es/srv/fetch?id=UW2dYxV>

Richards, W., Grof, S., Goodman, L. & Kurland, A. (1972). LSD - assisted psychotherapy and the human encounter with death. *The Journal of Transpersonal Psychology*. 4(2), 121-150.

Richards, W. (2017) Psychedelic psychotherapy: insights from 25 years of research. *Journal of Humanistic Psychology*. 57(4) 323 –337. Doi: 10.1177/0022167816670996

Royo-Isach, J., Magrané, M., Velilla, A., & Martí, R. (2003) Consumidores de cannabis: una intervención terapéutica basada en los programas de disminución de daños y riesgos. *Aten Primaria*. 32(10):590-3. Recuperado de: http://www.lasdrogas.info/doc/fuentes/55_Consumidores_Cannabis.pdf

- Savage, C. (1968). Psychedelic therapy. En Shlien, J. (Ed). *Research in psychotherapy III*, (pp. 512-520). Washington, DC, US: American Psychological Association, VII, 615 pp. doi: 10.1037/10546-026
- Sessa, B. (2008) Can psychedelic drugs play a role in palliative care? *European Journal of Palliative Care*. 15(5)234-237. Recuperado de: http://www.neurosoup.org/articles/_notes/palliativecarejournalsessa.pdf
- Shumate, T. (2013) The benefits of psychedelic drug application for clinical treatment of mental illness. *The Journal of Undergraduate Nursing Writing*. 6(1)60-67. Recuperado de: <http://archie.kumc.edu/bitstream/handle/2271/1175/STTJUNW-2013-Shumate.pdf?sequence=1>
- Strassman, R., & Schultz, M. (productores) Schultz, M. (director). (2010). DMT, the Spirit Molecule. [Documental]. U.S.: Spectral Alchemy & Synthetic Pictures
- Swift, T., Belser, A., Agin-Liebes, G., Devenot, N., Terrana, S., Friedman, H., Guss, F., Bossis, A., & Ross, S. (2017) Cancer at the dinner table: experiences of psilocybin-assisted psychotherapy for the treatment of cancer-related distress. *Journal of Humanistic Psychology*. 57(5) 488 –519. Doi: 10.1177/0022167817715966
- Tartakowsky, I. (2014). Psicoterapia asistida con LSD, psilocibina, y MDMA. Descripciones realizadas por los terapeutas en torno a los procesos clínicos. (Tesis de Maestría). Universidad de Chile. Santiago de Chile, Chile
- Tartakowski, I. (2013) Usos terapéuticos de sustancias prohibidas: LSD, MDMA, THC, GHB, DMT, Psilocybina y Mescalina. *Cuad. Méd.-soc*. 53(2): 127-134. Recuperado de: http://cms.colegiomedico.cl/Magazine/2013/53/2/53_2_7.pdf

- Timmermann, C. (2014). Neurociencias y aplicaciones psicoterapéuticas en el renacimiento de la investigación con psicodélicos. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*; 52 (2): 93-102. Doi: 10.4067/S0717-92272014000200005
- Thomas, G., Lucas, P., Capler, R., Tupper, K. W., & Martin, G. (2013). Ayahuasca-assisted therapy for addiction: results from a preliminary observational study in Canada. *Current Drug Abuse Reviews*. 6(1)1-13. Recuperado de: https://www.maps.org/research-archive/ayahuasca/Thomas_et_al_CDAR.pdf
- Torres, L.M, Trinidad, J.M, & Calderón, E. (2012) Potencial terapéutico de los cannabinoides. *Rev Soc Esp Dolor*. 20(3) 132-136. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v20n3/05_revisiones.pdf
- Unger, S., Kurland, A., Shaffer, J., Wolf, S., Leihy, R., McCabe, O., & Shock, H. (1968). LSD-type drugs and psychedelic therapy. En Shlien, J. (Ed). *Research in psychotherapy*. (pp. 521-544). Washington, DC, US: American Psychological Association, VII, 615 pp. doi: 10.1037/10546-027
- Vidal-Ribas, M. (2010). Uso de enteógenos en psicoterapia. 11vo congreso virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2010
- Wagner, C. (2017). Farmaka y enteógenos; las drogas sagradas en la antigüedad. Madrid, España. Recuperado de: <http://pocimae.blogspot.com.co/>
- Wasson, G., Hofmann, A., & Ruck, C. (1980) *El camino a Eleusis. Una solución al enigma de los misterios*. México: Fondo nacional de cultura económica.
- Watts, R., Day, C., Krzanowski, J., Nutt, D., & Carhart-Harris, R. (2017) Patients' accounts of increased "connectedness" and "acceptance" after psilocybin for treatment-resistant depression. *Journal of Humanistic Psychology*. 57(5) 520 –564. Doi: 10.1177/0022167817709585