



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA



Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE PSICOLOGIA

LSD y Psicoterapia:

**Un recorrido sobre su aplicación en el contexto clínico
incluyendo la experiencia en Uruguay**

TRABAJO FINAL DE GRADO

(Artículo de revisión bibliográfica)

Salcedo Natalia

Montevideo, mayo 2015

Tutor: Profesor Agregado. Mag. Juan Fernández Romar

Resumen:

La utilización del LSD en la psicoterapia se extendió entre los años 1947 a 1970, y se publicaron cientos de artículos científicos que hablaban de los resultados alcanzados a través de la combinación de esta sustancia con la terapia psicológica. Estos estudios fueron suspendidos con la inclusión del LSD en las listas de sustancias prohibidas.

En 2008 se retomó la investigación, pero cumpliendo con los estándares en investigación que se estipulan actualmente. Este estudio expone los resultados positivos alcanzados en el tratamiento de la ansiedad relacionada a enfermedades terminales. El uso de LSD que se aborda en este trabajo refiere sólo al ámbito clínico, y no al uso con fines recreativos. Los estudios que se presentaron fueron con fines de investigación y el uso del LSD se hizo como coadyuvante de la psicoterapia.

Abstract:

The use of LSD in psychotherapy spread between 1947-1970, and hundreds of scientific articles that spoke of the results achieved through the combination of this substance with psychological therapy were published. These studies were interrupted by the inclusion of LSD on the list of banned substances.

In 2008 the investigation was resumed, but meeting the standards in research currently being stipulated. This study presents the positive results achieved in the treatment of patients with anxiety associated with life-threatening diseases. The use of LSD which is addressed in this paper refers only to the clinical setting, and not for recreational purposes. The studies were presented for research and use of LSD was made as an adjunct to psychotherapy.

Palabras Claves: LSD- Psicoterapia- Alucinógenos

Key words: LSD- Psychotherapy- Hallucinogen

En el año 2008, luego de una interrupción de casi cuatro décadas de la experimentación psicoterapéutica con LSD, el Dr. Peter Gasser y su equipo desarrollaron un nuevo estudio específico sobre esta cuestión en el mismo país donde esta sustancia fue descubierta, Suiza. Este nuevo estudio piloto, a doble ciego aleatorizado y controlado con placebo activo, se propuso investigar la eficacia y seguridad del uso del LSD en el tratamiento de la ansiedad relacionada a enfermedades terminales, cumpliendo los estándares actuales en investigaciones. El tratamiento incluyó sesiones de psicoterapia sin el uso de sustancias, seguidas de dos sesiones con LSD, con dos semanas de intervalo entre una y otra. Luego se realizaron entrevistas de seguimiento durante 12 meses. Según Gasser (2014) el LSD fue suministrado “para facilitar un estado psicodélico profundo que permita a los participantes encontrarse con sus propias realidades internas durante un viaje de ensueño intensificado emocionalmente”(p.1) Los resultados indicaron que cuando la sustancia es administrada en un contexto seguro, con una dosis controlada, puede ser útil en la reducción de la ansiedad, según el seguimiento realizado y las escalas STAI (state –trait anxiety inventory) aplicadas al cabo de dos meses. No obstante, según sugieren estos investigadores se deberían desarrollar estudios ampliatorios debido a que el grupo investigado era de tan solo 12 pacientes.

Este estudio experimental vinculado al uso de LSD en la psicoterapia retoma el camino iniciado en la década del 40' que se vio interrumpido por la prohibición de esta sustancia. El último estudio realizado con autorización gubernamental fue el de Stanislav Grof en 1972, quien se vio obligado a suspender la investigación. (Gasser, 2010)

LSD

El LSD es la dietilamida del ácido lisérgico, una droga semisintética que se obtiene de la ergolina, uno de los alcaloides del cornezuelo del centeno. Los alcaloides del cornezuelo del centeno fueron conocidos ya por Hipócrates, quien los empleaba para

facilitar los partos y por Plinio, quien describió los efectos terapéuticos y advirtió de sus posibles efectos tóxicos. (López-Muñoz & Alamo, 2006)

El estudio químico del cornezuelo, que es un hongo parásito del género *Claviceps*, comienza en el siglo XIX pero recién en el año 1918 en los laboratorios Sandoz el Dr. Arthur Stoll logra obtener de forma pura el primer alcaloide, con posible acción farmacológica y lo llamo ergotamina. La ergotamina posee propiedades vasoconstrictoras y se utiliza en el tratamiento de jaquecas que son resistentes a analgésicos más frecuentes. Stoll se había propuesto aislar los principios activos de plantas medicinales probadas, ya que estos se descomponen fácilmente. Al presentarlos de manera pura, se podía producir un fármaco estable y dosificable. En la década del 30' en laboratorios americanos e ingleses se logra mediante disociación química aislar un componente fundamental común a todos los alcaloides del cornezuelo del centeno y lo llamaron ácido lisérgico. Albert Hoffman comienza a combinar el ácido lisérgico con otras sustancias, logrando un compuesto idéntico a la ergonovina, la cual se encontraba en el cornezuelo en cantidad muy pequeña y era el factor específico capaz de mejorar los partos por sus propiedades como estimulante uterino. Sigue realizando otras combinaciones hasta que la sustancia número 25 en la serie de estos derivados sintéticos del ácido lisérgico, es la dietilamida del ácido del ácido lisérgico (LSD). Planeaba obtener un analéptico, un estimulador de la circulación y respiración ya que tenía una similitud en su estructura química con el ácido nicotínico, analéptico que se utilizaba en ese momento. Cuando se realizan las pruebas, se comprueban sus efectos en el útero y fue descartado porque sus propiedades terapéuticas no mostraron mayor efectividad que la ergonovina que se utilizaba con ese mismo fin (Hoffman, 1980). Recién en 1943 cuando Hoffman cristaliza una muestra de sal obtenida a partir del LSD, percibe como el contacto de sus dedos con el compuesto le provoca síntomas de embriaguez y cambios sensorio-perceptivos. (Vidal Ribas, 2010). Luego comprueba que ese estado había sido

provocado por el compuesto y se auto administra una dosis de 0,25 mg de tartrato de dietilamida de ácido lisérgico disuelto en agua. Describe los efectos que le causa haciendo un registro de las sensaciones y le pide a un asistente que lo acompañe a su casa, donde una vez allí comienza a experimentar “un derrumbe de su mundo externo y la disolución de su yo” (Hoffman, 1980).

El LSD luego comenzó a testearse en animales, comprobando el cambio en el comportamiento de los mismos. Tras la administración intravenosa de LSD en gatos, estos permanecían indiferentes a la comida, se aceleraba su respiración y temían a los ratones (Meshman, 1965). Se observó que los perros claramente sufrían alucinaciones, las arañas, a dosis bajas, construían telarañas regulares y exactas, mientras que a dosis altas, tejían mal y rudimentariamente (Hoffman, 1980).

Efectos psíquicos y fisiológicos

El LSD pertenece al grupo de las llamadas sustancias alucinógenas, como la mezcalina, que en determinadas dosis producen efectos psicoactivos específicos, entre los que se destacan cambios de la percepción y esquema corporal, vivencias de despersonalización, alteraciones de las relaciones temporoespaciales (Berta, Duarte Severino, Silvera & Gaspar, 1961).

Otros efectos que pueden esperarse posterior al consumo, son alteraciones en la atención y memoria; prestarle atención a pequeños detalles o grandes conceptos, dificultad en la comunicación, sentimientos de paranoia, miedo y pánico. Los efectos varían dependiendo de la dosis, la experiencia que tenga la persona en el consumo de sustancias, el estado psicológico al momento de uso, la preparación previa, así como los aspectos relacionados al ambiente y el contexto (Costa & Roazzi, 2010).

No se han reportados muertes por sobredosis de LSD, aunque altas dosis pueden derivar en problemas respiratorios, hipertermia, sangrado gástrico. Experiencias traumáticas, pueden tener efectos duraderos, incluyendo cambios de humor y

fenómenos conocidos como “flashback”, donde tiempo después vuelven a aparecer algunos efectos experimentados bajo el efecto de la sustancia, sin haber vuelto a consumir. Se ha comprobado que el uso bajo condiciones controladas y de apoyo puede llegar a tener impacto positivo y duradero en las actitudes y personalidad. (Passie, Halpern, Stichtenoth, Emrich & Hintzen, 2004)

Nichols (2004) indica que deben tomarse en cuenta las condiciones premórbidas y que las personas que padecen depresiones y/o psicosis de tipo latente, no deberían usar alucinógenos. Los llamados “malos viajes”, reacciones de ansiedad o pánico acompañados de sentimientos de miedo y pérdida de control, son usualmente tratados conversacionalmente y con administración de benzodiazepinas. Se considera que el LSD no produce dependencia o adicción.

La peligrosidad del LSD no reside en su toxicidad, sino en la imposibilidad de prever sus efectos psíquicos (Hoffman, 1980).

La capacidad de inducir distorsiones perceptivas hizo que el LSD y sustancias afines fueran agrupadas como alucinógenos, denominación discutible según la psicopatología. (Wolbach et al, 1962; en Solé, 2003, p.183) Esta disciplina define a la alucinación como una percepción en ausencia de objeto, y no ilusión perceptiva que describiría con más exactitud el efecto del LSD. A pesar de esta distinción, alucinógeno es la denominación ampliamente aceptada en la literatura científica para el LSD. (Abraham, 1983 en Solé, 2003.p. 183)

Una dosis oral de 0,1 mg produce cambios sensoriales, afectivos, sinestésicos, aceleración del pensamiento, incluyendo nuevas asociaciones e interpretaciones de las relaciones y objetos. Generalmente la duración de sus efectos es de 6 a 9 horas. Esta dosis es suficiente para producir lo que se denomina un estado alterado de conciencia (Gasser, 2014) Sus efectos comienzan a percibirse alrededor de 30 a 60 minutos luego de la ingesta, con el pico máximo de 2 a 4 horas. Algunos de los

cambios físicos que pueden darse luego de la ingesta son: aumento de la temperatura, de la presión sanguínea, aceleración del ritmo cardíaco, sudoración, dilatación de las pupilas, náuseas. (Kirchner, 2010)

Un estado alterado de conciencia puede definirse como cualquier estado mental inducido por agentes fisiológicos, psicológicos o farmacológicos; que puede ser reconocido subjetivamente por la persona y que representa una desviación respecto al funcionamiento normal de la mente del individuo. Esta desviación se ve reflejada en una mayor preocupación por las sensaciones internas y los procesos mentales, cambios en la forma de pensar y un deterioro gradual en la capacidad para reconocer la realidad. (Tart, 1969)

El efecto del LSD está mediado principalmente por la acción agonista en los receptores de serotonina lo cual produce una amplificación de la acción de la serotonina en la hendidura sináptica y promueve alteraciones cualitativas y cuantitativas del funcionamiento cerebral. La serotonina es una sustancia activa natural, que tiene un papel fundamental en la transmisión de estímulos en centros nerviosos. (Costa & Roazzi, 2010) Es un neurotransmisor que interviene en funciones básicas como regular el apetito, equilibrar el deseo sexual, controlar la temperatura corporal y el sueño. Además interviene en otros conocidos neurotransmisores como la dopamina y la noradrenalina, que están relacionados con la angustia, ansiedad, miedo, agresividad, así como los problemas alimenticios. El aumento de la serotonina produce un aumento en la sensación de bienestar.

La acción del LSD se explica también por la estimulación de los centros del sistema nervioso simpático, y es por eso que se produce la dilatación de pupilas, aumento de glicemia y temperatura corporal. El LSD también influye en funciones neurofisiológicas conectadas a la dopamina. La mayoría de los centros cerebrales que se activan con la

dopamina se activan con el LSD, mientras que otros se ven amortiguados (Hoffman, 1980)

Psicoterapia y LSD

Distintas sustancias ya eran empleadas en el contexto clínico por Kraepelin y otros psiquiatras con fines investigativos y terapéuticos. Desde Moreau de Tours en 1845, se utilizaron éter, cocaína y hachís. En 1926 Routier trabajó con mezcalina, considerándola un posible medio de investigación psicoanalítica. Incluso Freud estuvo interesado en el uso de cocaína en el ámbito de la psicoterapia. Psiquiatras y psicoterapeutas se aproximaron al uso de sustancias como coadyuvantes que permitieran acelerar los procesos de comunicación y por lo tanto la mejoría en los trastornos psíquicos de sus pacientes (Fontana, 1961).

En 1947 Sandoz introdujo Delysid al mercado, LSD en ampollas de 0,025-0,1 mg. El prospecto de Delysid señalaba dentro de las indicaciones; coadyuvante en la terapia psicoanalítica sobre todo para trastornos de ansiedad y neurosis obsesivas, y para el abordaje experimental de la psicosis. Según su propio creador, Albert Hoffman, bajo el efecto de embriaguez lisérgica, la imagen cotidiana del mundo sufría una transformación y una sacudida. Con esto se podía lograr altos niveles de relajación e incluso una supresión de la barrera yo/no yo. Así era posible establecer una mejor relación con el terapeuta y se podían traer a la conciencia experiencias olvidadas o reprimidas incluso en la primera infancia. La utilización del LSD como coadyuvante en la psicoterapia se basa también en el efecto contrario al que produce los tranquilizantes. Estos últimos tapan los conflictos del paciente, resultándoles menos graves, mientras que el LSD los pone al descubierto y así se tornan más accesibles al tratamiento psicoterapéutico.

El uso de LSD en psicoterapia comenzó poco después que el psiquiatra Werner Stoll, hijo de Arthur Stoll, quien fue fundador y director de la sección farmacéutica de la

compañía Sandoz, realizó la primera investigación con seres humanos en el año 1947 en la clínica psiquiátrica de la Universidad de Zurich. Stoll utilizó dosis de 0,02 a 0,13 mg tanto en personas diagnosticadas con esquizofrenia como en otras sin trastornos psiquiátricos. Se registraron mayormente sentimientos de euforia, que se correspondían con los síntomas de embriaguez lisérgica. Este psiquiatra expresó que la acción LSD, se movía en dimensiones similares a la de las sustancias presentes en el organismo que eran causantes de las enfermedades mentales. Registró en su artículo la autoadministración y su experiencia bajo los efectos del ácido (Hoffman, 1980)

Esto llevó a que en los siguientes años el LSD se volviera de gran interés para la comunidad científica y aproximadamente cien artículos científicos fueron publicados anualmente hasta 1965 (Grinspoon & Bakalar, 1979 en Kirchner, 2010).

La ventaja que se planteaba a partir del uso del LSD era un aumento del insight y una notable reducción en la duración del tratamiento. Algunos investigadores remarcaban como requisito fundamental que todo psicoterapeuta experimentara al menos una vez con LSD. Este le permitiría interpretar adecuadamente los fenómenos que podía llegar a observar en sus pacientes.

A la luz de la teoría psicoanalítica, el paciente bajo la influencia del LSD actuaba tratando de reforzar sus defensas al sentir que estas disminuían, es así que el proceso primario se hacía más accesible. El psicoterapeuta se centraba en tratar de disminuir la angustia que refuerza las defensas. De ese modo podía ser vivido de manera real lo que hasta ese momento era intelectualizado, se llegaba a integrar lo que se unía racionalmente y el proceso terapéutico alcanzaba una transformación pasando de una relación conversacional a un contacto viviente (Pérez Morales, 1963). También se resaltaba la aceleración del proceso regresivo, facilitación de la memoria y posibilidad de una profunda introspección. (Buckman, 1963 en Godfrey 1974)

Los investigadores coinciden en que es necesario establecer un marco terapéutico concreto para el desarrollo de la sesión, para garantizar la elaboración positiva de los contenidos. El efecto de la sustancia en si no es terapéutica, sino que depende del contexto y sus características específicas, que tienen que ver con el set y el setting. El set hace referencia a las motivaciones y expectativas del paciente respecto a la sesión, y el proceso de preparación para la misma. El diseño que se establezca dependerá de estas variables, es por eso que existen distintos sets. Por ejemplo, si se busca potenciar la creatividad, o su parte espiritual se prepara el set de manera diferente. El setting hace referencia al contexto físico en el que se administra la sustancia, así como las circunstancias concretas. Por ejemplo, si es una terapia grupal o individual, si la sesión se lleva a cabo en una habitación vacía o con cierto tipo de objetos, con música, pinturas, objetos de arte. (Vidal Ribas, 2010)

Estudios científicos que implicaron el uso combinado de LSD y psicoterapia:

Se desarrollan tres maneras de trabajar en psicoterapia combinada con LSD: el modelo psicomimético, el modelo psicolítico y el psiquedélico.

Modelo Psicomimético

En los primeros trabajos con drogas alucinógenas en psicoterapia clínica se observaba una tendencia hacia la investigación de los orígenes de la psicosis. (Fontana, A 1961)

Esto se debía a la posibilidad que algunos psiquiatras observaban en el LSD de imitar los síntomas de un cuadro psicótico para llegar a comprender y estudiarlos. Por un lado, el propio psiquiatra se autoadministraba la sustancia para poder comprender el mundo de aquel paciente que tenía experiencias psicóticas. (Escohotado, 1996) Por otro lado, la administración se realizaba a sujetos experimentales “sanos” llegando a producir una psicosis modelo que podía ser estudiada y así lograr encontrar el funcionamiento de la enfermedad mental. Este modelo demostró su limitación, ya que

se evidenciaban grandes diferencias entre los estados producidos por el LSD y los cuadros psicóticos (Villaescusa, 2006)

Gary Fisher llevó adelante una investigación en el año 1962 con niños diagnosticados con autismo infantil o esquizofrenia. En ese tiempo el autismo era un tipo de psicosis infantil. La edad de los niños que fueron parte de la investigación comprendía entre los 4 años a los 12 años. En total fueron 12 niños y el número de sesiones por niño que implicaban el uso de LSD iban desde una hasta dieciséis. Las dosis empleadas variaban desde 0,05 a 0,4 mg. La hipótesis de trabajo era que la psicosis se presentaba como un sistema defensivo masivo de represión que protegía a la persona de un trauma infantil. Es así que comenzaba a vivir aislado en un mundo sin sentimientos. Las sustancias alucinógenas, podían llegar a romper estas barreras de represión masivas. El niño podría re experimentar el trauma vivido y dejar ir el dolor ligado a estas experiencias, todo esto en un ambiente cuidado y de aceptación total. Dentro del grupo de terapeutas se encontraban un psiquiatra, cuatro psicólogos y tres enfermeros técnicos en psiquiatría. Fisher era quien actuaba como terapeuta líder del grupo, y en cada sesión estaban presentes entre tres a cuatro integrantes del equipo, quienes iban relevándose. Todos ellos experimentaron también con LSD a excepción del psiquiatra, considerando que esta experimentación era necesaria para poder comprender las vivencias de estos niños durante las sesiones. Con el correr de la investigación se modificó el modo de trabajo, y cada niño tuvo un terapeuta personal. Cada sesión fue grabada y se planteaba una estrategia para cada uno, de acuerdo a los cambios que iban mostrando. Los resultados que se expusieron de esta investigación, mostraron que luego de 9 meses, en 7 de estos niños el cambio se evidenció en sus actitudes, se mostraron más animados, menos retraídos, estableciendo mayor contacto con otros, pero el progreso más notable se dio en 5 de ellos, quienes respondieron de manera tan positiva que fueron capaces de egresar del hospital de manera parcial o total, y hasta llegar a atender a la escuela (Fisher, 1970).

Modelo psicodélico:

El psiquiatra Humphrey Osmond quien investigaba las causas de la esquizofrenia y la relación de esta enfermedad con un desequilibrio en los neurotransmisores adrenalina y serotonina, realizó experiencias con pacientes alcohólicos en Canadá. Su trabajo consistía en sesiones con alta dosis (0,2 mg a 1,5 mg) acompañada de la psicoterapia. El empleo de dosis altas se recomendaba para la obtención de mejores respuestas en el tratamiento para lograr una experiencia abrumadora similar a la del *delirium tremens*, forma grave de abstinencia al alcohol que involucra cambios del sistema nervioso intensos. Sin embargo, encuentra que sus pacientes se mantienen abstinentes, no por haber atravesado esa experiencia conmovedora sino por haber experimentado un contacto que los acercaba a una dimensión espiritual, que cambiaba su manera de percibir el mundo. (Villaescusa, 2006) Osmond, junto al escritor Aldous Huxley, acuñaron el termino psikedélico o psicodélico (“revelador de la conciencia”), para nombrar al efecto de las sustancias que según este podían permitirle al hombre explorar, transformar y controlar el mecanismo de su propio espíritu. Es bien conocido que Huxley a través de este psiquiatra tomo mezcalina por primera vez, lo que le produjo un gran impacto y lo llevo a escribir “Las puertas de la percepción”. (Adaime, 2005)

En Estados unidos se extendió este modelo de terapia psikedélica desde los años 50', en el tratamiento de alcohólicos, heroinómanos y de otras patologías.

El psiquiatra mexicano, Salvador Roquet, referente de este modelo psikedélico en América Latina utilizó LSD y otras sustancias alucinógenas en la psicoterapia, con el objetivo de lograr un estado de sugestionabilidad y producir una desestructuración y luego posibilitar una reestructuración más sana y adaptativa. Comenzó en el año 1967 realizando 720 sesiones hasta que el gobierno cerró su clínica. (Villaescusa, 2006)

Un estudio se llevó a cabo uno con 128 pacientes diagnosticados con cáncer que se encontraban en fases terminales, para explorar las posibilidades terapéuticas del LSD tanto analgésicas como de alivio a nivel psíquico y emocional frente a la muerte inminente. Según se publicó, la experiencia psiquedélica actuaba reduciendo la ansiedad y depresión que experimentaban estos pacientes ya que había una mayor tolerancia y atenuación del dolor, así como un cambio en la percepción del futuro. (Kast, 1967).

Otro de los referentes en la terapia psiquedélica fue Stanislav Grof, psiquiatra de origen checo pionero en el estudio y aplicación de LSD en terapia en la década del 50 ' y 60'. El doctor Grof es el médico psiquiatra más representativo en el área de la terapia psiquedélica por su largo trabajo a través de observación clínica y experimental con LSD. Este nuevo modelo se interesó por los estados no ordinarios de conciencia en las sesiones psicodélicas ya que según este autor la persona no experimenta una psicosis tóxica, sino que "emprende un viaje fantástico hacia el interior de su mente inconsciente y súper consciente (...) el efecto amplificador y catalizador de los psiquedélicos permite inducir estados de conciencia de una intensidad y claridad extraordinarias (Grof, 1998 en Alvarez, Jaramillo & Velásquez, 2010).

A partir de las observaciones en el contexto clínico, las cuales eran muy diferentes dependiendo de factores psicológicos, ambientales, constitución biológica, Grof llega a teorizar sobre las mismas y las divide en tres tipos de experiencias comunes:

-Experiencias dinámicas: donde surgía material biográfico, en especial relacionadas a situaciones muy relevantes emocionalmente, y ligadas a conflictos sin resolver

-Experiencias perinatales: experiencias que muestran una conexión con las fases del nacimiento biológico, En estas experiencias la persona se enfrenta a su

desesperación existencial, soledad metafísica, ansiedad y agresión. Son comunes los sentimientos de pérdida del sentido de realidad y de muerte.

-Experiencias transpersonales: el común denominador es la expansión de la conciencia más allá de los límites del ego. Tiempo y espacio trascienden para lograr un sentimiento de unidad con el cosmos (Grof ,2000 en Kirchner, 2010),

Stanislav Grof aconsejaba la utilización de altas dosis para inducir estados alterados de conciencia así como también lograr mayor éxito terapéutico en el trabajo con alcohólicos. Ahora bien, en una revisión de los estudios llevados adelante con estos grupos, en 1967, Kurland y sus colaboradores llegaron a la conclusión de que no había diferencias significativas entre los pacientes que habían recibido dosis altas y los que solo recibieron dosis bajas; observando eficacia terapéutica en el logro de la abstinencia en ambos grupos investigados. (Fernández, 2003)

Este acercamiento revela la complejidad implicada en los estudios científicos con sustancias alucinógenas. Por un lado, resultaba inviable la aplicación de la metodología a doble ciego, debido a la imposibilidad de suministrar placebo ya que los efectos de la sustancia son demasiados notorios (Kast, 1967). La falta de unificación en los criterios de investigación, la carencia de diagnósticos de evaluación y selección estandarizados, las diversas metodologías empleadas y dosis administradas, dificultaron la generalización de estos estudios (Halpern, 1996) La mayoría de los estudios que se realizaron entre los años 1947 a 1970 carecen de estrictos métodos de control, que actualmente se exigen en las investigaciones y que permiten que se puedan establecer comparaciones a partir de los resultados obtenidos en las mismas y allí medir la eficacia y éxito terapéutico alcanzados. Por esta misma razón los estudios científicos actuales con LSD y otras sustancias alucinógenas buscan cumplir estos estándares para realmente conocer los resultados de dichas investigaciones.

Modelo psicolítico

Una de las formas de utilización del LSD en clínicas de Europa, fue la llamada terapia psicolítica, término propuesto por el terapeuta inglés Sandison, para indicar la “disolución de la psiquis” (Hoffman, 1980) El objetivo era “disolver las resistencias presentadas por los pacientes en el proceso terapéutico permitiendo así el acceso a recuerdo traumáticos reprimidos, la comprensión de los conflictos internos ignorados y la expresión acentuada de los procesos transferenciales en la relación médico-paciente. La misma consistía en dosis bajas, 0,03 a 0,2 mg, en un mayor número de sesiones. Luego se elaboraban las experiencias de LSD de manera verbal y simbólica en psicoterapia grupal, para luego plasmarse de forma artística y expresiva a partir del dibujo y la pintura. (Villaescusa, 2006)

El psiquiatra y psicoterapeuta escocés Ronald Sandison, quien trabajaba en un hospital psiquiátrico, visitó en 1952 el laboratorio Sandoz en Basilea y quedó fascinado por el trabajo que allí estaban realizando Hoffman y sus colaboradores. Si bien el LSD sólo se había utilizado en pocos casos hasta ese momento, ya se manejaban las bases teóricas por las cuales podía llegar a ser eficaz si se combinaba con psicoterapia. Sandison siente que podría utilizarlo con pacientes que no podían avanzar en su tratamiento psicoterapéutico, gracias a la potencia que demostraba esta nueva sustancia, y su escaso potencial adictivo y toxicidad. Regresa al Reino Unido con 100 muestras de Delysid, nombre farmacéutico del LSD y comienza a suministrar dosis iniciales de 0.2mg de LSD y luego realizar las sesiones de psicoterapia. Las dosis y la frecuencia iban variando según los casos que atendía, por lo que algunos pacientes solo requerían de unas pocas sesiones, mientras que con otros mantenía sesiones semanales por períodos más largos.

Publica un artículo donde describe el trabajo con 36 pacientes con trastornos neuróticos graves, no reportando ningún caso de efectos adversos y señala resultados

positivos alcanzados. Expone tres características del uso del LSD combinado a la psicoterapia:

- El paciente experimenta alucinaciones que lejos de ser caóticas, refleja su inconsciente
- A través de esta técnica, el paciente es capaz de recuperar recuerdos olvidados
- El paciente llega a vivenciar imágenes personales o colectivas inconscientes

Este fuerte convencimiento en la eficacia del LSD, lo lleva a abrir una Unidad dentro del hospital psiquiátrico para la implementación de esta terapia combinada. En una habitación equipada con sillón, silla y una pizarra donde se podían registrar imágenes y una grabadora, se podía administrar LSD simultáneamente a cinco pacientes. Sandison y su equipo repasaban estas sesiones y al final del día los pacientes se reunían para discutir grupalmente las experiencias.

Fue hasta el año 1964 que Sandison pudo utilizar el LSD junto a la psicoterapia, ya que luego el uso se convirtió en controversial (Sessa, 2010).

En Argentina el psiquiatra Emilio Fontana junto a Luisa Álvarez de Toledo, y Pérez Morales publicaron informes en el Acta Neuropsiquiatría Argentina, donde mostraban su trabajo psicoterapéutico con LSD. En total son más de 1700 sesiones que realizan entre los tres terapeutas. Durante un periodo realizaban psicoterapia sin el uso de sustancia, seguidas de sesiones combinadas con 0,1 mg y apoyada con otros medios como la música y comida, según los investigadores eran técnicas que permitían investigar fenómenos no expresados verbalmente pero pesquisables en el cuerpo, además de acentuar los fenómenos sinestésicos y reavivarlos a través de estos estímulos. Las sesiones duraban entre tres y seis horas, interrumpiéndose mediante el uso de alguna droga como Ampliactil o Amytal. El paciente debía permanecer durante un día internado, y contaba con equipo de enfermeros y los psiquiatras. Esta terapia

se hacía de manera regular, durante el periodo de seis meses. Se buscaba comprender cada síntoma psíquico-somático evidenciado en la sesión, como forma de expresión de un movimiento instintivo de regresión. Según los investigadores, los mayores éxitos se dieron en los casos de neurosis de angustia, neurosis obsesivas y personalidades esquizoides mientras que menores resultados positivos se obtuvieron en pacientes que atravesaban depresiones endógenas. (Fontana, 1961)

Si bien observaban que la experiencia podía llegar a variar en los distintos sujetos, tendía a suceder en todos “una regresión profunda a de la libido a niveles prenatales de vida, que es vivida como desintegración y muerte, seguida de una progresión de la libido que se vive como un renacimiento” (Alvarez de Toledo, 1959).

Experiencia en Uruguay

En Uruguay, los estudios presentados por el Dr. Berta y sus colaboradores en 1961, revelan los resultados de una línea de investigación en psicoterapia denominada “Réve éveillé lisérgico dirigido”. La misma consistía en la integración clínica de la técnica psicoterapéutica creada por Robert Desoille llamada réve éveillé dirigé, con la utilización del LSD 25 como agente psicoestimulante. Lo específico del método creado por Robert Desoille es el acceso a través de la imaginación, bajo determinadas condiciones, para luego ser dirigido por el terapeuta de acuerdo a pautas definidas. El producto del trabajo imaginario se interpreta luego, en sesiones de comentarios. La utilización metódica de estos recursos en psicoterapia a largo plazo llevaría a una integración progresiva de las manifestaciones del mundo imaginario del sujeto con su historia pasada y sus conflictos actuales.

Se llevaba a cabo con la administración subcutánea de la sustancia y se iniciaba simultáneamente un réve éveillé, que se traduce como “ensueño dirigido”. Los investigadores habían aplicado la técnica réve éveillé previamente en la práctica psicoterapéutica, con el objetivo de lograr una exploración profunda de la afectividad y

de las actitudes básicas y formas de reaccionar de un sujeto ante los distintos problemas de la vida.

La publicación de un trabajo de Robert Desoille sobre el efecto psicológico del uso de mezcalina y la actuación del terapeuta a través del método de réve éveillé dirigé, fue lo que los llevó a combinar esta técnica con la dietilamida de ácido lisérgico, intentando controlar y orientar la corriente imaginaria lisérgica.

Más adelante, en 1965, presentaron otro trabajo donde se habían propuesto investigar el valor terapéutico de la técnica. La misma se aplicó a 105 pacientes que presentaban una amplia gama de signos y diagnósticos psiquiátricos. Esta vez, se escogió el nombre de "Psicólisis dirigida" a la técnica, ya que habían llegado a la conclusión de que el Reve eveille lisérgico dirigido era solo una forma de presentarse la experiencia original. La psicólisis dirigida, en cambio, incluía el reve eveille dirigido, pero además se utilizaban otras técnicas como: técnica de la confrontación de símbolos de Leuner, técnica de la alternancia de Guilleroy, técnicas psicodramáticas de Moreno, respuestas de relax de Wolpe, entre otras. Los objetivos básicos eran buscar, dominar y socializar la angustia, mostrando nuevas pautas de reacción, insospechadas antes de la experiencia psicolítica.

Los resultados de esta investigación fueron analizados no en función de criterios habituales de curación sino de un criterio de activación, y esto es, comparando las conductas concretas del mismo sujeto en secuencia temporal: antes, durante y después de la acción terapéutica específica. Esta activación se evidenciaba en la conducta imaginaria (reverie) para luego concretarse en la conducta intraindividual e interpersonal. En función de este criterio de activación es que la técnica posee valor terapéutico, teniendo en cuenta las características y limitaciones que posee al igual que toda psicoterapia. (Berta, 1961)

Proyecto MK Ultra

El uso experimental del LSD no se restringió al ámbito clínico, sino que en los años 50' en Estados Unidos comenzó a ser utilizado por la CIA (Agencia Central de Inteligencia), quien realizó experimentos en más de 1500 militares y otros sujetos, algunos con trastornos mentales. A este programa de experimentación se le denominó Proyecto MK Ultra. En éste no se respetaron los principios para la investigación con seres humanos declarados en Núremberg en 1947, donde entre otras cosas se declaraba esencial el consentimiento voluntario de las personas, lo que incluye tener la capacidad y la competencia para realizar forma libre su participación, teniendo la información necesaria para decidirlo. La orientación defensiva del programa MK ULTRA, que buscaba encontrar técnicas para detectar y contrarrestar el uso de armas químicas o biológicas por parte de otros países contra Estados Unidos se volvió secundaria, cuando la posibilidad de utilizar ciertos agentes biológicos para obtener información y ganar control sobre los enemigos se volvió aparente". En 1975 la comisión Rockefeller investigó estas acciones ilegales y antiéticas, descubriendo que la mayoría de los registros habían sido destruidos dos años antes por orden del jefe de la CIA en ese momento.

El LSD, que se propagó en el mercado negro norteamericano de los años 60, jugó un papel importante en la cultura y espíritu de esa década. Millones tomaron LSD en busca de una experiencia de expansión mental. (Kirchner, 2010) En círculos literarios, académicos e intelectuales de esa época el consumo de alucinógenos fue un ingrediente importante de lo que se conoce como contracultura (Solé, 2003)

El uso masivo y descuidado sumado a la atención de los medios hizo que apareciera la intervención gubernamental, y en 1971 la Convención de Naciones Unidas sobre Sustancias Psicotrópicas requirió que se prohiba el LSD. Como este carecía de capacidad adictiva, la nueva norma reguló psicotrópicos (psique-mente, tropia-modificación) agrupados en cuatro listas: el LSD pertenece a la Lista 1 la cual

enumera sustancias sin ningún uso médico ni científico, lo que significaba que ya no se podía investigar las propiedades de esta sustancia. (Odo Asencios, 2004)

Algunas investigaciones que involucraban al LSD y la psicoterapia continuaron en Checoslovaquia, Holanda y Alemania durante los años 70; y en Suiza desde 1988 hasta 1993 aunque el primer estudio oficial que se condujo cumpliendo los estándares de la investigación, fue recién en 2007 por el Dr. Gasser y su equipo. (Gasser,2010)

Investigaciones actuales

Luego de varias décadas, una nueva generación de investigadores comenzó cuidadosamente a realizar estudios con sustancias alucinógenas intentando conocer su potencial psicoterapéutico, por ejemplo en el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo (Moreno et al., 2006), en el tratamiento de un tipo de cefalea específica (Sewell, Halpern, Pope, 2006), y también al emplearlas como herramientas para la investigación de procesos cognitivos tales como la percepción (Carter, Pettrigrew, Burr et al., 2005).

Organizaciones estadounidenses han sido fundamentales en el patrocinio y la financiación de las investigaciones; MAPS (Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies), HRI (Heffter Research Institute) y Council on Spiritual Practices. Muchos de estos estudios toman como modelo o toman prestados algunos elementos del trabajo del Dr. Grof en psicoterapia con LSD. Algunas características de su trabajo son la realización de la terapia en un entorno concreto diseñado para la comodidad y la introspección así como sesiones que cuenten con un par de coterapeutas que sirven de guía a los pacientes.

Además del LSD, se han realizado investigaciones con sustancias tales como: la psilocibina, MDMA (éxtasis), ibogaína, THC,mezcalina y la ayahuasca. La mayoría de estas sustancias son ilegales también, lo que torna muy difícil la investigación con las mismas. En el caso de la Ayahuasca, el fallo en 2006 de la Corte Suprema de

Estados Unidos a favor de la União do Vegetal –una iglesia brasilera que utiliza ayahuasca en contexto religioso- bajo la afirmación de que el gobierno Federal no puede obstruir el ejercicio o profesión de un culto religioso, puede que lleve a un aumento en la investigación en Estados Unidos para conocer los posibles efectos de esta sustancia. La ayahuasca ya ha sido utilizada en numerosos estudios en otros países para conocer sus efectos sobre el cerebro y su potencial como coadyuvante de la psicoterapia en el tratamiento de adicciones (Doblin, Jerome, Mojeiko, 2008)

Se abre un nuevo período en la investigación, mucho más sofisticado en relación a los estándares y procedimientos, donde se retoma la línea que incluyó el uso de LSD y otras sustancias en combinación con psicoterapia.

Referencias Bibliográficas:

Adaime, R. (2005) A pesquisa do inconsciente no século dos alucinógenos. Recuperado de: http://www.neip.info/html/objects/_downloadblob.php?cod_blob=912

Alvarez de Toledo, L. (1959) Síntesis informativa sobre LSD-25 y Psicoterapia. Revista de Psicoanálisis Tomo XV!-Julio-Septiembre de 1959

Alvarez ,J., Jaramillo,J. y Velásquez, J. (2010) La terapia psiquedelica como herramienta en la psicoterapia transpersonal. Recuperado de: http://bibliotecadigital.usbcali.edu.co/jspui/bitstream/10819/248/1/Terapia_Psiquedelica_Herramienta_Alvarez_2010.pdf

Berta,M., Duarte,A., Gaspar,E., A. Severino, J.P., Silvera,H.(1961) Psicoterapia por Reve Eveille Dirige : Segunda Parte Presentaciones Clinicas. *Revista de Psiquiatria del Uruguay (154)*

Committee on Human Resources United States Senate. Proyect MK Ultra, the CIA's program of research in behavioral modification, 1977. Washington, DC: USA Recuperado de https://www.nytimes.com/packages/pdf/national/13inmate_ProjectMKULTRA.pdf

Codigo de Nuremberg. Normas eticas sobre la experimentacion con seres humanos

Recuperado de

http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/2.INTL._Cod_Nuremberg.pdf

Costa, J. y Roazzi, A. (2010, julio/septiembre) Panorama Contemporaneo do uso de Substancias psicodélicas: Ayahuasca e psilocibina. *Neurobiologia* (73) 3

Desoille, R. (2011) Exploracion de la afectividad subconciente por el método del sueño despierto..sublimación y adquisiciones psicológicas. Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/106083669/Desoille-Exploracion-de-la-afectividad-subconciente>

Doblin, R., Jerome, L., y Mojeiko, V. (2008) Afterword: The psychedelic research renaissance- A review of recent psychedelic psychotherapy research *MAPS Bulletin*. Recuperado de http://www.maps.org/images/grof_vaclav-havel/maps_afterword.pdf

Escohotado, A. (1996) Historia elemental de las drogas, Barcelona .Ed Anagrama

Fernández, X. (2003) Estados modificados de Conciencia con enteogenos en el tratamiento de las drogodependencias. *Revista de Etnopsicología* (2)

Fisher, G. (1970) Treatment of Childhood Schizophrenia Utilizing LSD and Psilocybin *Newsletter of the Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies* MAPS - Volume 7 Number 3 Summer 1997 - pp. 18-25 Recuperado en <http://www.maps.org/news-letters/v07n3/07318fis.html>

Fontana, A. (1961) El uso clínico de las drogas alucinógenas. *Acta Neuropsiquiatrica Argentina* (7) 94

Gasser, P. (2010) Introduction to Stanislav Grof's *The Ultimate Journey: an interview with Peter Gasser* *Maps Bulletin* vol XX n. 1 Recuperado de <http://www.maps.org/news-letters/v20n1/v20n1-42to43.pdf>

Gasser, P. et al (2014) Safety and efficacy of Lysergic Acid diethylamide –assisted Psychotherapy for Anxiety associated with Life-threatening diseases. Recuperado de <http://www.maps.org/research/lsd/Gasser-2014-JMND-4March14.pdf>

Godfrey, K. y Voth, H. (1974) L'LSD come ausiliare per la psicoterapia di orientamentopsicoanalitico. *Psichiatria Dinamica*(1) Recuperado de http://www.samorini.it/doc1/alt_aut/ek/godfrey2.pdf

Grof, S.(1998) *Psicología transpersonal;nacimiento, muerte y trascendencia en psicoterapia*. Recuperado de <http://www.freelibros.org/psicologia/psicologia-transpersonal-stanislav-grof.html>

Hoffman, A. (1980) *Lsd :como descubrí el acido y que pasó despues en el mundo* Barcelona: Gedisa

Kast ,E. (1967) Attenuation of anticipation: A therapeutic use of lysergic acid diethylamide.

Kirchner,K.(2010) LSD- supported Psychotherapy, effects on daily life and longterm changes (Tesis de Maestría) Universidad de Zurich. Recuperado de <http://www.psychonautdocs.com/docs/lsdptkirchner.pdf>

Meshman, V. (1965) Some physiological characteristics of the effect of Lysergic Acid Diethylamide on the sensorimotor area of the cerebral cortex.*Byulleten Eksperimental'noi Biologii Meditsiny*. Vol 62 N.11 Recuperado de <http://link.springer.com/article/10.1007%2F00788022#page-1>

Moreno, F., Wiegand, C., Taitano, E., y Delgado, P. (2006) Safety, tolerability, and efficacy of psilocybin in 9 patients with obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*

Nichols, D. (2004) Hallucinogens. *Pharmacology & Therapeutics* (101) 131 – 181

Recuperado de

http://www.maps.org/researcharchive/w3pb/2004/2004_Nichols_22684_1.pdf

Odo Asencios, H. (2004) Espiritualidad y terapias con psicoactivos :actitudes hacia el uso de las sustancias psicotrópicas en psicoterapia

Passie, T., Halpern, J. H., Stichtenoth, D. O., Emrich, H. M., y Hintzen, A. (2008). The Pharmacology of Lysergic Acid Diethylamide: a Review. *CNS Neuroscience and Therapeutics*. Recuperado de

http://www.maps.org/researcharchive/w3pb/2008/2008_Passie_23067_1.pdf

Pérez Morales, F. (1963) El LSD y psicoterapia : su fundamentación histórica y metodológica. *Acta Psiquiat .Psicol.Arg.* (9)33

Sessa, B. (2010) Obituary for Ronald Sandison. *Maps Bulletin September (20) 2*

Recuperado de <http://www.maps.org/news-letters/v20n3/v20n3-29.pdf>

Sewell, R., Halpern, J., y Pope, H. (2006)Response of cluster headache to psilocybin and LSD *Neurology Journal*

Sole Puig, J. (2003) LSD y alucinógenos.*Revista Adicciones vol 15*. Recuperado de [http://www.adicciones.es/files/\(10\)%20sole.pdf](http://www.adicciones.es/files/(10)%20sole.pdf)

Tart, Ch. (1969) Altered States of Consciousness. Recuperado en

<http://www.adolphus.nl/xcrpts/xcludwig.html>

Vidal Rivas, M. (2010) Uso de enteógenos en psicoterapia. *11 Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis*. Febrero-Marzo. Recuperado de <http://www.interpsiquis.com/index.php>

Villaescusa, M. (2006). Aplicaciones de la LSD en psicoterapia: una historia interrumpida. *Revista Ulises, viajes interiores*. Recuperado de http://www.neip.info/html/objects/_downloadblob.php?cod_blob=690