



Manual para psicoterapia asistida con MDMA en el tratamiento de trastorno de estrés postraumático

Michael C. Mithoefer, M.D.

VERSIONES ANTERIORES	Versión 1: 30 de mayo de 2005 Versión 2: 24 de noviembre de 2008 Versión 3: 23 de octubre de 2010 Versión 4: 16 de enero de 2011 Versión 5: 30 de noviembre de 2011 Versión 6: 4 de enero de 2013 Versión 7: 31 de marzo de 2015
VERSIÓN ACTUAL	Versión 8.1: 22 de agosto de 2017
PATROCINADOR	Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies (MAPS) 1115 Mission Street Santa Cruz, CA 95060
REPRESENTANTE DEL PATROCINADOR	Directora ejecutiva MAPS Public Benefit Corporation
Amy Emerson	
USO DEL MANUAL	De acuerdo al protocolo de estudio aprobado y patrocinado por MAPS. Se invita a las partes interesadas a copiar cualquier parte de esta publicación, pero siempre solicitando amablemente que den crédito a MAPS e incluyan nuestra dirección: MAPS 1115 Mission Street Santa Cruz, CA 95060 Teléfono: 831-429-6362 Web: www.maps.org
COLABORADORES	Annie Mithoefer, B.S.N., Lisa Jerome, Ph.D., June Ruse, Psy.D., Rick Doblin, Ph.D., Elizabeth Gibson, M.S., Marcela Ot'alora G., L.P.C., Evan Sola, Psy.D. candidata

Índice

1.0 Introducción	4
1.1 MDMA para TEPT	4
1.2 Abordaje del tratamiento.....	5
1.3 Objetivos de este manual	5
1.4 Elementos del método terapéutico	6
1.5 Presencia y escucha empática, comunicación no directiva e inteligencia de sanación interior.....	7
1.5.1 Discusión adicional sobre la presencia y escucha empática.....	7
1.5.2 Discusión adicional sobre el enfoque no directivo.....	8
1.5.3 Discusión adicional sobre la inteligencia de sanación interior.....	9
1.6 Adherencia al enfoque terapéutico.....	10
2.0 Base del terapeuta.....	11
2.1 Antecedentes esenciales del terapeuta	11
2.2 Habilidades especializadas del terapeuta	11
3.0 Apoyar el proceso del participante.....	12
3.1 Preparación del ambiente físico.....	12
3.1.1 Discusión adicional sobre el tipo y ubicación del mobiliario	13
3.2 Preparación del apoyo social	15
3.3 Planificación del uso terapéutico de la música	15
3.4 Apoyo a las manifestaciones somáticas del trauma	16
3.5 Uso de la respiración.....	18
3.6 Apoyo en las experiencias transpersonales.....	18
3.7 Apoyo la multiplicidad	19
4.0 Realización de sesiones preparatorias.....	19
4.1 Prerrequisitos y contraindicaciones	19
4.2 Compromisos requeridos de los terapeutas y del participante.....	20
4.3 Establecer una alianza terapéutica	21
4.4 Recopilación de información	22
4.5 Administración de mediciones relacionadas con el estudio	23
4.6 Sesiones preparatorias una vez finalizada la selección.....	24
4.7 Preparación justo antes de la sesión experimental asistida con MDMA	25
5.0 Cómo realizar sesiones de psicoterapia asistida con MDMA	27
5.1 El rol del terapeuta durante las sesiones de psicoterapia asistida con MDMA.	27
5.2 Inicio de la psicoterapia asistida con MDMA.....	29
5.3 Periodo de efectos máximos del MDMA.....	32
5.4 Última parte de la sesión de psicoterapia asistida con MDMA	34
5.5 Conclusión de la sesión de psicoterapia asistida con MDMA	40
5.6 Sesiones posteriores de psicoterapia experimental asistida con MDMA	43
6.0 Cómo realizar sesiones de integración de seguimiento.....	44
6.1 El papel del terapeuta durante el integración de seguimiento.....	44
6.2 Sesiones de integración de seguimiento	45
6.3 Trabajo corporal enfocado durante la integración	49
6.4 Integración continua.....	51
6.5 Reunión en el seguimiento a largo plazo	52
7.0 Autocuidado del terapeuta	52
8.0 Bibliografía.....	54
9.0 Apéndice A: Comparación de enfoques terapéuticos para el tratamiento del TEPT	57
9.1 Comparación entre la terapia de sistemas familiares internos (IFS) y la psicoterapia asistida con MDMA.....	57
9.2 Comparación del procesamiento somático y la psicoterapia asistida con MDMA	58
10.0 Apéndice B: Lista de lecturas sugeridas	58

11.0 Apéndice C: Comparación de métodos terapéuticos para el tratamiento del TEPT	59
11.1 Comparación de enfoques terapéuticos para el TEPT	59
11.2 Un artículo que analiza los elementos que comparten la psicoterapia asistida con MDMA y otros métodos	63
Elemento 1: Establecer un ambiente y una mentalidad terapéuticos de apoyo, seguros y propicios para la sanación.....	64
Elemento 2: Entrenamiento para el manejo de la ansiedad (AMT)/inoculación del estrés (IE).....	64
Elemento 3: Terapia de exposición.....	65
Elemento 4: Reestructuración cognitiva	66
Elemento 5: Transferencia y contratransferencia.....	66
Elemento 6: Trabajar con la multiplicidad de la psique.....	67
Elemento 7: Manifestaciones somáticas del trauma	67

1.0 Introducción

La Asociación Multidisciplinaria de Estudios Psicodélicos (Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies, MAPS, por sus siglas en inglés) está patrocinando ensayos clínicos para explorar los posibles riesgos y beneficios de la psicoterapia asistida con 3,4-metilendioximetanfetamina (MDMA) en participantes con trastorno de estrés postraumático (TEPT) crónico. Este manual proporciona a investigadores un método de psicoterapia asistida con MDMA a usarse como modelo en la realización de estos ensayos y destinado únicamente a la aplicación en sujetos con un ensayo clínico aprobado que hayan dado su consentimiento informado. El manual está diseñado para investigadores que ya cuenten con formación, competencia y credenciales como psicoterapeutas, y que son responsables de conocer y trabajar dentro de su propio ámbito de competencias y los requisitos reglamentarios de su lugar de ubicación.

1.1 MDMA para TEPT

El TEPT es un grave problema de salud pública que causa un sufrimiento significativo y contribuye sustancialmente a los costos de la atención médica [1]. El TEPT, un trastorno biopsicosocial complejo, se caracteriza por una combinación de tres tipos de síntomas:

1. Signos de hiperactivación, como hipervigilancia, ansiedad y alteración del sueño.
2. Reexperimentación intrusiva de experiencias traumáticas, como recuerdos intrusivos, pesadillas o *flashbacks*.
3. Síntomas evitativos, incluyendo sopor emocional y retraimiento.

El TEPT es un trastorno sobre el cual aún hay muchas preguntas sin respuesta respecto a las intervenciones psicológicas y farmacológicas, y para el cual, hasta la fecha, solo existen dos medicamentos aprobados por la FDA con acción similar [2]. Un enfoque farmacológico predominante para el tratamiento del TEPT ha sido buscar medicamentos que intenten disminuir directamente los síntomas y/o reducir los efectos adversos del trauma y el estrés crónico en el cerebro. Las psicoterapias más ampliamente reconocidas para el TEPT incluyen la exposición prolongada, el reprocesamiento cognitivo, la desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares y la psicoterapia psicodinámica [1]. Existen otros abordajes en uso clínico y/o en ensayos de investigación. Estos incluyen la terapia de sistemas familiares internos [3], la psicoterapia sensoriomotriz [4], la experiencia somática [5], la realidad virtual [6, 7] y otras. La mayoría de estas terapias requieren la exposición a señales, recuerdos o pensamientos relacionados con el trauma.

Otro enfoque, como la psicoterapia asistida con MDMA, estudiada en estos ensayos clínicos, implica el desarrollo de fármacos que catalizarán el proceso terapéutico cuando se utilicen junto con la psicoterapia. En este método de tratamiento, se aplican enfoques biológicos y psicoterapéuticos de forma sinérgica para facilitar el procesamiento del trauma, disminuyendo o eliminando así la hiperactivación crónica y las reacciones de estrés a los disparadores, en lugar de intentar suprimir directamente los síntomas resultados de dichas reacciones.

El TEPT implica un déficit en la extinción del condicionamiento del miedo. Por lo tanto, un tratamiento combinado de MDMA y psicoterapia puede ser especialmente útil para el tratamiento de TEPT, ya que el MDMA puede atenuar la respuesta de miedo y disminuir la actitud defensiva sin bloquear el acceso a los recuerdos ni impedir una experiencia emocional profunda y genuina [8].

Si bien los mecanismos específicos involucrados no se comprenden completamente, es sabido que el MDMA disminuye significativamente la actividad de la amígdala izquierda [9, 10]. Estudios en voluntarios sanos sugieren que el MDMA altera el reconocimiento y las respuestas a las expresiones de emoción facial de maneras que fomentan una mejor relación [11, 12], por ejemplo, facilitando el reconocimiento de expresiones faciales de emoción positiva y dificultando la detección de emociones negativas. Esta acción es compatible con los efectos reportados del MDMA como la reducción del miedo o la actitud defensiva, y contrasta con la estimulación de la amígdala observada en modelos animales de miedo condicionado, un

estado similar al TEPT [13, 14]. Estudios actuales de psicoterapia asistida con MDMA sugieren que esta reducción en la activación de la amígdala inducida por el estrés puede aumentarse mediante la interacción con los terapeutas durante y después de la experiencia con MDMA.

1.2 Abordaje del tratamiento

Las bases de este enfoque terapéutico fueron establecidas por Stan y Christina Grof, Leo Zeff, George Greer y Requa Tolbert, Ralph Metzner y muchos otros [8, 15-18]. La premisa básica de este enfoque de tratamiento es que el efecto terapéutico no se debe simplemente a los efectos fisiológicos de la medicación, sino que es el resultado de una interacción entre los efectos del medicamento, el entorno terapéutico y la mentalidad del participante y los terapeutas. El MDMA produce una experiencia que pareciera reducir temporalmente el miedo [15], aumentar la gama de emociones positivas hacia uno mismo y hacia los demás, y aumentar la confianza interpersonal sin obstruir lo sensorial ni inhibir el acceso a las emociones. El MDMA puede catalizar el proceso terapéutico al permitir que los participantes permanezcan emocionalmente involucrados mientras vuelven a visitar experiencias traumáticas sin sentirse abrumados por la ansiedad u otras emociones dolorosas. Con frecuencia, quienes participan podrían experimentar y expresar miedo, ira y dolor como parte de la terapia con menos probabilidades de sentirse abrumados por estas emociones o de evitarlas mediante la disociación o el sopor emocional. Además, el MDMA puede producir un nivel alto de relación empática, lo cual facilita el proceso terapéutico [19] y permite una experiencia correctiva de vínculo seguro y colaboración con los terapeutas. En determinado momento durante la experiencia con MDMA, suelen surgir sentimientos de empatía, amor y profundo aprecio junto a una perspectiva más clara sobre el trauma como un evento pasado y una mayor conciencia del apoyo y la seguridad que existen en el presente. Algunas personas que participaron en la investigación han declarado que ser capaces de procesar con éxito emociones dolorosas durante la psicoterapia asistida con MDMA les ha proporcionado un modelo de cómo sentir y expresar el dolor que ha cambiado su relación con sus emociones.

El MDMA también puede brindar acceso a experiencias espirituales significativas y a otras experiencias transpersonales, liberar tensiones en el cuerpo y otorgar una sensación de sanación a un nivel no verbal que no se comprende del todo, pero que muchos participantes consideran importantes.

El éxito del uso de MDMA en terapia dependerá de “la sensibilidad y el talento del terapeuta que lo emplee” [20]. Los terapeutas trabajan con el participante para generar un sentimiento de seguridad, confianza y apertura, así como para enfatizar el valor de confiar en la sabiduría de la capacidad innata del participante para sanar las heridas del trauma. Greer y Tolbert sugieren que “la relación debe estar orientada hacia una sanación general del cliente, quien debe sentirse lo suficientemente seguro en presencia del terapeuta como para abrirse completamente a experiencias nuevas y desafiantes” [15]. Establecer estas condiciones requiere que los terapeutas planteen cuidadosamente los parámetros del tratamiento y preparen al participante previo a cada sesión asistida con MDMA, y luego proporcionen el apoyo adecuado después de la sesión para que la experiencia pueda integrarse con éxito.

1.3 Objetivos de este manual

Este manual proporciona a los investigadores un método en gran medida no directivo de psicoterapia asistida con MDMA para ser utilizado en la realización de un estudio científico (ver protocolo del estudio) con el fin de desarrollar y probar una forma basada en la investigación de psicoterapia asistida con fármacos. En este manual, a los terapeutas también se los denominará como «investigadores», y a quienes participen en las sesiones de psicoterapia experimental se los denominará «participantes» o «sujetos» en lugar de «pacientes».

A lo largo de este manual, las citas de los sujetos del estudio aparecerán en cursiva. Este manual está diseñado para utilizarse junto con un protocolo de estudio aprobado, un documento independiente que describe el diseño del estudio. El diseño suele incluir varias sesiones experimentales con sesiones preparatorias y sesiones de integración asociadas. Las sesiones sin drogas tienen una duración de 60 a 90 minutos de interacción, y las sesiones de terapia asistida con MDMA, de seis a ocho horas de interacción con un equipo de dos coterapeutas, generalmente una mujer y un hombre.

Los objetivos específicos de este manual son:

- delinear los elementos centrales del método de psicoterapia asistida con MDMA utilizado en los estudios de tratamiento del TEPT patrocinados por MAPS y,
- educar a los terapeutas sobre las fases y pasos involucrados en proporcionar psicoterapia asistida con MDMA para el tratamiento del TEPT.

Este manual se utilizará como base para los ensayos clínicos controlados necesarios para estandarizar y validar la psicoterapia asistida con MDMA como abordaje para el tratamiento del TEPT. Según se pretende, la terapia:

- abarca los elementos esenciales descritos en este manual y las mediciones de adherencia,
- evita las interacciones prohibidas por este manual y las mediciones de adherencia y,
- permite que equipos de terapeutas individuales incluyan intervenciones basadas en su propia formación, experiencia, intuición y juicio clínico; siempre que estas sean compatibles con el tenor del método y apropiadas para la experiencia en desarrollo del participante.

1.4 Elementos del método terapéutico

Los elementos de este método terapéutico se basan en la capacitación y formación de los terapeutas e incorporan conceptos específicos a ser utilizados en todos los equipos de terapia. Este abordaje pretende establecer un estándar para el tratamiento y, al mismo tiempo, brindar libertad creativa a los equipos de terapeutas individuales para que apliquen su propia intuición y capacitación. A continuación, se destacan los elementos centrales y los conceptos importantes analizados a lo largo de este manual:

1. La **seguridad y el bienestar** de los participantes siempre se priorizarán por encima de cualquiera de los objetivos científicos del estudio.
2. Se requerirá un terapeuta calificado con la **capacitación y experiencia** adecuadas para los métodos descritos en este manual.
3. Es esencial proporcionar a los participantes **preparación y orientación** adecuadas para la terapia.
4. Resulta esencial crear una **mentalidad, ambiente y sistema de apoyo** adecuado durante las sesiones asistidas con MDMA y las sesiones de seguimiento.
5. El desarrollo de la **alianza terapéutica y la confianza** a lo largo de la terapia resulta esencial.
6. Se debe utilizar un **enfoque terapéutico no directivo**, basado en una **buena relación y presencia empática** para apoyar la propia experiencia en desarrollo del participante y el proceso de sanación de su cuerpo. Un enfoque no directivo prioriza la invitación en lugar de la dirección.
7. Es esencial invitar al participante a confiar en su **inteligencia curativa interior**, que es la capacidad innata de una persona para sanar las heridas del trauma. Cabe destacar el hecho de que el participante es la fuente de su propia curación. Es probable que el MDMA y los terapeutas faciliten el acceso a un proceso de sanación profunda, pero no son la fuente de este proceso.
8. La **intervención**, en forma de reorientación o guía, cuando se considere adecuada, puede emplearse para facilitar el procesamiento del participante. Los terapeutas deberán procurar equilibrar sus responsabilidades como facilitadores y como testigos empáticos no invasivos.

9. La terapia debe permitir el **procesamiento del trauma** en lugar de evitar los recuerdos traumáticos; sin embargo, esto debe realizarse respetando los mecanismos de protección, que en diferentes modelos de terapia se conocen como «resistencia», «defensas», «protectores», etc. Los terapeutas deben facilitar la conciencia y la curiosidad acerca de cualquier resistencia aparente que surja en lugar de simplemente intentar superarla.
10. Los terapeutas buscarán **maximizar los beneficios de la experiencia interna catalizada por el MDMA**, al mismo tiempo que **garantizarán que el participante esté seguro y no vuelva a ser traumatizado** por los conflictos internos que puedan surgir.
11. Se deben disponer de técnicas terapéuticas para **abordar las posibles manifestaciones somáticas del trauma**. Estas pueden incluir uno o más abordajes como el contacto físico reconfortante, el trabajo corporal focalizado, técnicas de respiración u otros abordajes de procesamiento somatosensorial.
12. Es importante incluir diversas herramientas, como música, trabajo corporal enfocado, respiración u otras técnicas en el entorno terapéutico para **evocar y apoyar la experiencia emocional**, pero sin distraer de la experiencia del participante.
13. **La integración** se considera un **proceso esencial y continuo** a medida que las experiencias internas catalizadas por sesiones asistidas con MDMA continúen desarrollándose. El seguimiento de los terapeutas por teléfono y durante las visitas de integración programadas será necesario para apoyar una integración exitosa. Durante estas visitas, los terapeutas tienen como objetivo abordar cualquier dificultad que pueda surgir luego de las sesiones asistidas con MDMA y anclar las lecciones adquiridas en un estado de conciencia no ordinario para poder integrarlas en la vida diaria.
14. La terapia requiere una **comprensión profunda de la naturaleza de los efectos del MDMA** y la **forma no lineal** en que pueden conducir a la sanación.

1.5 Presencia y escucha empática, comunicación no directiva e inteligencia de sanación interior

1.5.1 Discusión adicional sobre la presencia y escucha empática

Este manual describe un enfoque general para proporcionar una mentalidad y un ambiente óptimo para la psicoterapia asistida con MDMA. Dentro de este enfoque, se espera que los terapeutas aprovechen su propia formación y experiencia en diversos modelos de psicoterapia para ayudar a comprender y responder al proceso de su participante. El Apéndice B proporciona un artículo que examina áreas de superposición entre nuestro método de psicoterapia asistida con MDMA y elementos de otros métodos terapéuticos. El conocimiento de estas áreas de superposición podría ayudar a los terapeutas a comprender varios elementos de las sesiones asistidas con MDMA y guiarlos en las decisiones acerca de sus propias interacciones con los participantes del estudio. Sin embargo, como se señala en los primeros párrafos del artículo del Apéndice B, la comprensión obtenida de la aplicación de los modelos teóricos que sustentan varios métodos de psicoterapia debe equilibrarse con la importancia de que los terapeutas mantengan la "mentalidad de principiante" al tiempo que alientan a los participantes a hacerlo. Para los terapeutas, hay dos aspectos particulares de la "mente de principiante" que consideramos importantes:

1. "mente de principiante" sobre cuál será el proceso de los participantes y,
2. "mente de principiante" sobre su propia manera de entender o interpretar el proceso de los participantes.

Esto último es importante para evitar un posible obstáculo: que el terapeuta sienta la necesidad de integrar la experiencia del participante en su propio marco teórico, lo que podría limitar su capacidad para acompañar

el proceso con una actitud de apertura, compasión y curiosidad. Stan Grof lo expresó sucintamente al responder a una pregunta durante una sesión de Formación Transpersonal de Grof:

Un estudiante le preguntó cómo abordaría a alguien que pareciera estar manipulando en lugar de tener un proceso espontáneo genuino. Esto podría haber dado pie a una larga y erudita discusión sobre psicodinámica (de la que Stan sin duda era capaz tras varios años de formación psicoanalítica al inicio de su carrera), pero Grof respondió con esta afirmación: “En esa situación, prefiero creer que está sucediendo algo que no entiendo” [21].

Escuchar con presencia empática significa que los terapeutas proporcionan un entorno sin prejuicios que le da permiso al participante de hablar abierta y honestamente. Requiere que los terapeutas escuchen más allá de las palabras habladas para comprender significados más profundos, reconociendo el sufrimiento del participante y validando sus sentimientos. La presencia empática también implica apreciar e incluso celebrar los logros del participante y transmitir ese aprecio. La presencia empática disminuye los sentimientos de abandono y aislamiento.

Los oyentes empáticos se muestran relajados pero participativos, realizan preguntas y exploran sin ser indiscretos. Mantienen el contacto visual adecuado y hacen contacto físico de manera tranquilizadora y apropiada si es culturalmente aceptable y es acordado con los participantes. Los oyentes empáticos no dudan en admitir que no tienen respuestas.

Componentes importantes de la escucha empática y activa:

- Alientos mínimos, verbales y no verbales
- Invitación en lugar de dirección
- Paráfrasis
- Reflexión
- Etiquetar las emociones
- Validación
- Dar tranquilidad y esperar
- Permitir que los participantes lleguen a sus propias conclusiones

La comunicación no directiva también utiliza la presencia empática, invitando en lugar de dirigir. Por ejemplo:

- “Le invitamos a...”
- “Este podría ser un buen momento para...”
- Uso de infinitivos: en lugar de “respira”, diga “respirar”, porque es más sugestivo que directivo.
- Reflejarle al participante lo que está diciendo para continuar la conversación sin ser directivo.

1.5.2 Discusión adicional sobre el enfoque no directivo

Describir este enfoque de la terapia como «no directivo» puede generar cierta confusión, ya que el abordaje general incluye algunos casos de comunicación más directiva por parte de los terapeutas. La esencia de lo

que se entiende por "no directivo" reside en el momento oportuno de las intervenciones. No se trata de la prohibición de una participación más activa en circunstancias apropiadas. De hecho, hay ocasiones en las que no ofrecer dirección de forma sensible sería problemático, al igual que ser excesivamente asertivo es problemático.

Un ritmo de sesión que permita que el proceso del participante se desarrolle espontáneamente resulta esencial. Los terapeutas deberán conceder suficiente tiempo para este desarrollo antes de ofrecer dirección. Por ejemplo, si un participante se sintiese bloqueado, el enfoque inicial deberá ser invitarlo a experimentar y expresar esta sensación de bloqueo lo más plenamente posible, confiando en que su inteligencia sanadora interior guiará su respuesta.

De igual manera, si un participante pareciera estar evitando un tema importante, los terapeutas deberán tomar nota de ello, pero no intervenir inmediatamente, dando tiempo suficiente a que el participante reconozca y aborde la evitación por sí mismo, pues tendrá un impacto más fuerte si nace del participante que si viene de una observación de los terapeutas. De esta manera, retrasar una intervención puede volverla innecesaria.

Más adelante durante la sesión, si persistiesen sentimientos de estancamiento, evitación u otros aspectos importantes no resueltos del proceso, podría ser útil ofrecer dirección, siempre que se realice con un espíritu de indagación colaborativa e invitación, dejando en manos del participante la decisión de seguir o no dichas sugerencias. Ofrecer dirección en determinados momentos dentro del contexto de una sesión, donde los terapeutas han respetado las decisiones del participante y han permitido y alentado que su inteligencia sanadora interior tome la iniciativa, es totalmente compatible con la definición de un enfoque no directivo.

Si aumenta la agitación de un participante, quizás con un componente verbal agresivo, y comienza a sentirse no contenido o inseguro, puede ser necesario que los terapeutas sean firmes para establecer una sensación de seguridad y promuevan un movimiento interno/vertical en lugar de una acción externa. Sin embargo, por lo general se espera que los terapeutas toleren este tipo de emociones intensas durante un tiempo para permitir que la experiencia del participante se desarrolle, a la vez que consideran cómo se relaciona eso con su proceso y su seguridad general.

La no dirección se considera una sensación general de permiso, tolerancia y receptividad, de modo que el centro del movimiento o acción terapéutica proviene del interior del participante y no de los terapeutas. Estos últimos deben ser curiosos, formular preguntas e incitar a la toma de conciencia de un proceso interno. Los participantes no son tanto "dirigidos" hacia su interior, sino más bien invitados a hacerlo, alentados mediante la gentil sugerencia de los terapeutas: "Ese podría ser un buen momento para..." Existe la sensación de que el terapeuta está dispuesto a renunciar a su propia agenda si surge un impulso diferente del interior del participante.

1.5.3 Discusión adicional sobre la inteligencia de sanación interior

La «inteligencia de sanación interior» es un concepto que se utiliza a lo largo de este manual para ayudar al participante a conectar con su capacidad innata de sanar y crecer. Las siguientes analogías pueden ser útiles para explicar este concepto:

- El cuerpo sabe cómo curarse a sí mismo. Si alguien acude a urgencias con una laceración, un médico puede eliminar los obstáculos que impiden la curación (por ejemplo, extraer cuerpos extraños, una infección, etc.) y ayudar a crear las condiciones favorables para la sanación (como coser los bordes de la herida), pero no dirige ni causa la curación resultante. El cuerpo inicia un proceso de curación extraordinariamente complejo y sofisticado, y siempre intenta espontáneamente avanzar hacia la sanación. La psique también exhibe una inteligencia y capacidad de sanación innatas.
- Las semillas quieren convertirse en plantas; es la forma natural.

- Un árbol siempre crece hacia el sol; es la inclinación natural del árbol.

1.6 Adherencia al enfoque terapéutico

La adherencia a los elementos esenciales del Manual de tratamiento se medirá mediante una revisión independiente de los videos de las sesiones, comparándolos con los criterios de adherencia. Las mediciones de adherencia de cada tipo de sesión se encuentran en el Manual de adherencia.

No se espera que los terapeutas tengan una adhesión completa o incluso casi completa en sus puntuaciones. Intentar lograr una adhesión muy alta solo por el hecho de intentarlo puede interferir con la eficacia de la terapia, distrayendo a los terapeutas o sofocando su intuición y creatividad. Sin embargo, se espera que los equipos terapéuticos alcancen índices al menos moderadamente altos para garantizar que la terapia en los diferentes centros sea coherente con los principios básicos del enfoque descrito en el Manual de tratamiento.

Los evaluadores de adherencia son capacitados para evaluar la adhesión al enfoque no directivo de la siguiente manera:

- Las calificaciones se basarán en una evaluación cualitativa de una sensación de fluidez o tolerancia.
- Deberá haber una sensación de ritmo en toda la sesión que es marcado por el participante, mientras los terapeutas proporcionan continuamente espacio para que surjan cosas.
- Los terapeutas deberán permitir el silencio y posponer intervenciones, mostrándose curiosos y calmados acerca de cualquier ansiedad expresada por el participante.
- Los terapeutas deberán observar si el participante está listo para explorar su ansiedad, sin suponer que saben de dónde proviene.
- Los terapeutas deberán confiar en que cualquier miedo, recuerdo, etc., que reaparezca lo hace para ser sanado, para comprenderse mejor, y que la psique/sanador interior del participante sabrá cuándo es el mejor momento para que eso ocurra. Este mismo proceso de entregar las funciones egocéntricas al yo/sanador interior puede ser el método de acción terapéutica tan difícil de lograr sin la ayuda del MDMA.

Los evaluadores de adherencia buscarán ese potencial para que el participante se abra, y a menudo se trata de una sensación de espacio, sin desinteresarse o volverse insensibles, irreflexivos, distraídos, disociados, cosas que el sistema de defensa a menudo proyecta en el terapeuta.

2.0 Bases del terapeuta

Los terapeutas recibirán capacitación específica en el método de terapia asistida con MDMA, el protocolo de estudio aprobado y la última versión del Folleto del investigador para participar como investigadores en los ensayos clínicos. La capacitación en el método terapéutico consiste en leer el Manual de tratamiento, completar un módulo de capacitación en línea y participar en un programa de capacitación presencial que incluye ver y discutir videos de las sesiones de investigación. La capacitación también puede incluir componentes adicionales, como la observación de una sesión, juegos de rol, la asistencia a capacitaciones complementarias impartidas por MAPS y la asistencia a capacitaciones externas aplicables, como la respiración holotrópica [22]. Además de esta capacitación específica, se requiere que los investigadores involucrados tengan formación, educación y experiencia adecuadas como terapeutas. Un elemento importante de esta formación es la experiencia en la terapia para el TEPT, que probablemente incluirá terapias ampliamente reconocidas, como la exposición prolongada (EP), el procesamiento cognitivo (CPT), la desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) y la psicoterapia psicodinámica. Además, existen otros enfoques menos reconocidos que ofrecen una valiosa experiencia para los investigadores del MDMA. Estos incluyen: sistemas familiares internos (IFS), diálogo de voces,

psicosíntesis, hakomi, terapia sensoriomotriz, respiración holotrópica, psicología junguiana, psicología budista y realidad virtual. Elementos de cada uno de estos enfoques psicoterapéuticos pueden ocurrir espontáneamente en la terapia asistida con MDMA.

2.1 Antecedentes esenciales del terapeuta

Los terapeutas deben tener una orientación centrada en el cliente y haber realizado suficiente trabajo interno para sentirse cómodos siguiendo y apoyando cualquiera que sea el curso que tome el proceso emocional del participante, en lugar de intentar imponerle un curso o resultado predeterminado. Este enfoque relativamente no directivo podría suponer una adaptación desafiante para algunos terapeutas con formación y experiencia en otros métodos. Es un desafío inherente y constante para cualquier terapeuta que emprenda este enfoque lograr un equilibrio hábil entre permitir que el proceso del participante siga su curso único y ofrecerle guía y dirección cuando sea apropiado. Sumado a este desafío, los terapeutas deberán mantener un alto nivel de presencia empática durante toda la sesión. Esta ayudará al participante a conectar con su proceso interno cuando sea necesario y también aumentará la capacidad del terapeuta para responder adecuadamente al comportamiento no verbal del participante, para dialogar con él cuando sea necesario y para ofrecer contacto físico reconfortante u otros métodos de apoyo cuando sean requeridos. Se requiere que al menos un terapeuta del equipo esté capacitado para enseñar un método de inoculación del estrés, como la respiración diafragmática, y que conozca bien un método para abordar las manifestaciones somáticas.

Competencia cultural:

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos ha publicado *National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services (CLAS) in Health and Health Care* (<https://www.thinkculturalhealth.hhs.gov>), enfatizando los desafíos y la importancia de brindar atención culturalmente apropiada a cada individuo. El hecho de que el MDMA sea fuertemente psicoactivo y tenga antecedentes de uso recreativo ilegal puede plantear desafíos adicionales para los terapeutas que tratan a individuos de una cultura diferente a la suya. Por esta razón, se insta encarecidamente a los terapeutas que utilicen este Manual a que se capaciten y reciban supervisión continua para fomentar la comprensión cultural y una comunicación eficaz y sensible con participantes de diferentes culturas. También es importante que el diseño de la investigación y los terapeutas investigadores sean conscientes y sensibles a las cuestiones relacionadas con la identidad de género, y que la investigación incluya a participantes con diversas identidades de género.

2.2 Habilidades especializadas del terapeuta

El programa de capacitación MAPS está diseñado para enseñar competencia al aplicar los elementos esenciales de este método de psicoterapia asistida con MDMA. Otras herramientas que cada terapeuta utilice para ayudar a los participantes a superar bloqueos emocionales, abordar manifestaciones somáticas del trauma e integrar la experiencia de MDMA se determinarán según sus habilidades preexistentes. Algunas de las capacitaciones terapéuticas que han demostrado ser útiles son las siguientes:

- La capacitación en respiración holotrópica es una excelente preparación para terapeutas, ya que proporciona experiencia trabajando con estados de consciencia no ordinarios (en este caso, inducidos por la respiración, la música, la mentalidad y el ambiente), así como entrenamiento en la cartografía de estados no ordinarios, el uso de la música para apoyar estados no ordinarios, y el uso ético y seguro del trabajo corporal focalizado y el contacto físico reconfortante [22]. A lo largo de este manual, el término «trabajo corporal focalizado» se refiere al contacto físico en la forma de proporcionar una resistencia contra la que el participante puede aplicarse. El término «contacto» se utilizará como un término más amplio, incluyendo tanto el «trabajo corporal focalizado» como el «contacto físico reconfortante».
- Los terapeutas pueden beneficiarse de la formación y la experiencia en terapia de sistemas familiares internos (IFS) o algún otro modelo (como el diálogo de voces o psicosíntesis) que reconozca y aborde la multiplicidad de la psique [3, 23-25]. La capacitación en estos métodos proporciona la comprensión de que la multiplicidad, en ausencia de un alto grado de disociación es un fenómeno normal. Este enfoque es aplicable, ya que la multiplicidad suele hacerse más

evidente durante la psicoterapia asistida con MDMA. Durante y después de las sesiones asistidas con MDMA, el participante puede tener una mayor conciencia de diferentes partes de su psique, y es esencial que los terapeutas no patologicen dichas experiencias.

- Los terapeutas también podrán aprovechar la formación o experiencia en psicoterapia sensoriomotriz u otras técnicas que reconozcan la influencia psicológica a nivel sensoriomotriz. Mediante “la conexión de síntomas psicológicos y estados fisiológicos” [26], se puede invitar al participante a trabajar con su cuerpo para procesar el trauma. Otras formas de capacitación o experiencia, como el uso consciente del contacto, las terapias somáticas y el trabajo corporal focalizado, pueden proporcionar importantes herramientas terapéuticas compatibles con este método de tratamiento y facilitar el movimiento energético y la liberación de tensiones corporales.
- La formación o experiencia en hakomi y otros enfoques basados en mindfulness que se concentran en la experiencia del momento presente son aplicables a este método de tratamiento. Quienes practican hakomi consideran a las personas como sistemas autoorganizados, estructurados psicológicamente en torno a recuerdos, creencias e imágenes centrales [27]. Al trabajar con el material central y cambiar las creencias bases, las personas pueden transformar su forma de ser en el mundo.

Aunque esta descripción de la experiencia de los terapeutas no pretende ser prescriptiva ni excluyente, es deseable poseer cierta experiencia en estos u otros métodos similares de tratamiento del trauma. Los enfoques estrictamente conductuales o cognitivo-conductuales, si bien aplicables hasta cierto punto, pueden resultar limitantes en el contexto de la psicoterapia facilitada con MDMA si no se equilibran con otros abordajes o si se emplean de forma excesivamente directiva.

3.0 Apoyar el proceso del participante

Antes de comenzar la terapia, es importante considerar cómo proporcionar la mentalidad y el ambiente necesarios para apoyar el proceso terapéutico del participante. Estas consideraciones incluyen: preparar el ambiente físico, evaluar la red de apoyo social del participante, preparar programas musicales y formar un equipo de coterapia que pueda trabajar en conjunto eficazmente. Durante todo el proceso terapéutico, los terapeutas deberán continuar creando y comunicando un ambiente de seguridad y apoyo.

3.1 Preparación del ambiente físico

Establecer un ambiente físico y una mentalidad seguros y terapéuticos para el participante requiere que los terapeutas asuman un papel activo en la creación de un ambiente que sea propicio para la experiencia terapéutica con MDMA y que permita al participante prestar plena atención a su experiencia interna.

El ambiente físico debe generalmente ser:

- Privado y libre de interrupciones.
- Tranquilo, con mínimos estímulos externos.
- Cómodo, con un futón o un mueble similar elevado que permita al participante reclinarse o sentarse con el soporte de almohadas. Debe haber cobijas y un buen control de la temperatura ambiente. Debe haber espacio para colocar dos sillas cómodas para los coterapeutas a cada lado del participante (véase la Sección 3.1.1, "Descripción adicional del tipo y ubicación del mobiliario").
- Estéticamente agradable, con flores frescas y obras de arte. Se deben evitar imágenes con connotaciones negativas o perturbadoras. En la medida de lo posible, el ambiente debe asemejarse más a una sala de estar cómoda que a una instalación médica. Sin embargo, el participante debe conocer todas las medidas y equipo de seguridad disponibles para responder

ante la poco probable posibilidad de una complicación médica.

- Bien amueblado, con instalaciones para dormir para el participante, una pareja seleccionada si así lo desea, y un asistente, en un área separada. Debe haber un espacio para comer y debe proporcionarse comida de buena calidad, de fácil digestión y adaptada a las preferencias dietéticas del participante. Se debe hablar con antelación con el participante sobre sus preferencias en cuanto a comida y tipos de bebidas hidratantes. Se recomienda un refrigerio, como fruta y/o galletas con queso, al final de la tarde. Incluso si no sienten hambre debido a los efectos del MDMA, es recomendable invitar a los participantes a tomar un refrigerio, ya que su estado de ánimo y nivel de energía al final del día pueden verse afectados por haber ayunado desde medianoche.
- Equipado con materiales de arte que puedan brindar una oportunidad para la expresión no verbal que facilite el desarrollo y la integración continuos de la experiencia al final del día.
- Que cuente con equipo de música, equipo de grabación de vídeo y el equipo médico requerido.
- Equipado con un área bajo llave para los materiales y registros del protocolo.
- Equipado con una caja fuerte aprobada por la DEA para almacenar el producto bajo investigación.

Mantener la seguridad física incluye proporcionar acceso a tratamiento a causa de posibles reacciones al medicamento durante o inmediatamente después de cada sesión de tratamiento. La mayoría de las reacciones pueden tratarse con cuidados de apoyo, pero algunas, como una complicación cardiovascular, podrían requerir de una intervención adicional. Aunque no ha habido ninguna emergencia que haya requerido intervención médica durante ninguna de las sesiones de investigación con MDMA, un participante tuvo un aumento de contracciones ventriculares prematuras luego de una sesión asistida con MDMA y requirió monitoreo durante la noche en el hospital como medida de precaución. La psicoterapia asistida con MDMA debe realizarse en un lugar donde el Soporte Vital Básico (BCLS, por sus siglas en inglés) esté disponible de inmediato y el Soporte Vital Avanzado (ACLS, por sus siglas en inglés) pueda realizarse con razonable rapidez en el poco probable caso de un problema médico agudo. La clínica o el consultorio deben tener un medio para evaluar inmediatamente la presión arterial y la frecuencia cardíaca durante la sesión asistida con MDMA.

Al proporcionar bebidas, los terapeutas deberán garantizar un consumo adecuado de líquidos, pero también asegurarse de que los participantes no consuman más de tres litros durante la sesión asistida con MDMA. Los terapeutas también podrán ofrecer bebidas con electrolitos (como Gatorade) o jugos en lugar de agua para reducir el riesgo de hiponatremia.

Durante las sesiones asistidas con MDMA, los terapeutas deben garantizar la seguridad física de los participantes pidiéndoles que se sienten en el borde del futón antes de levantarse y protegiéndolos de caídas cuando estén de pie o caminando.

3.1.1 Discusión adicional sobre el tipo y la ubicación del mobiliario

En los ensayos clínicos patrocinados por MAPS se han utilizado dos planes de asientos diferentes. Los terapeutas podrán utilizar cualquiera de ellas. Se explican algunas de las ventajas y desventajas de cada plan.

En un plan, el participante se colocará en un futón plano sin descansabrazos, con la cabeza contra la pared, donde podrá recostarse completamente, generalmente con una o dos almohadas debajo de la cabeza, o sentarse con la espalda apoyada en almohadas grandes contra la pared. Los terapeutas se colocarán en sillas a cada lado, cerca de la cabeza del participante, y ambos terapeutas podrán moverse al mismo lado si el participante lo prefiere.

Algunas ventajas de que el participante esté en un futón plano sin descansabrazos con la cabeza apoyada en

la pared:

- Fomenta una sensación de invitar al participante a pasar tiempo en su propio espacio y centrarse en su propio proceso en lugar de enfocarse en los terapeutas.
- Habilita un movimiento igualmente libre de ambos lados del cuerpo y permite a los terapeutas contener al participante de manera segura sin impedir un movimiento muy activo en caso de ocurrir, lo cual puede hacerse colocando almohadas adicionales al lado del participante, levantando las sábanas a cada lado del futón, proporcionando resistencia a cada lado del futón o proporcionando resistencia a cada lado para que el participante empuje mientras los terapeutas están bien ubicados para estabilizarse y mantener al participante seguro.
- No es necesario que un terapeuta esté más lejos de la cabeza del participante que el otro.
- El participante puede escoger mirar a un terapeuta o a ninguno, o puede hablar con ambos mirando al frente, con los ojos cerrados, o alternando a qué terapeuta ver.

Algunas desventajas de que el participante esté en un futón plano sin descansabrazos con la cabeza contra la pared:

- El participante no puede ver a ambos terapeutas al mismo tiempo.
- Si el participante está viendo hacia un terapeuta y habla en voz baja, puede resultar difícil que el otro terapeuta lo escuche.

En el otro plan, el participante se sentará en un sofá o futón con un lado contra la pared. Los terapeutas se sentarán ambos del mismo lado.

Algunas ventajas de que el participante esté en un sofá o futón con un lado contra la pared:

- El participante puede ver a ambos terapeutas al mismo tiempo.
- Si el participante habla en voz baja, puede ser más fácil para ambos terapeutas escucharlo que si estuvieran en lados opuestos.
- Cuando el participante esté sentado, podrá recargarse en el respaldo del sofá.
- Algunos participantes pueden encontrar el respaldo del sofá cómodo y reconfortante.
- El participante puede voltear para no ver a los terapeutas, como otra opción para concentrarse internamente.
- Si el sofá tiene brazos tapizados, el participante puede usar los brazos del sofá como una resistencia contra la cual empujar sin necesidad de empujar contra los terapeutas.

Algunas desventajas del plan de un sofá o futón con un lado contra la pared:

- El participante no puede mover ambos lados de su cuerpo igual de bien.
- Las opciones para contener movimientos vigorosos de forma segura son más limitadas y apoyarse en el respaldo del sofá puede permitir que el participante sea más fuerte que los terapeutas si ellos están ofreciendo resistencia, lo que podría causar lesiones a los mismos y dar al participante menos confianza en que los terapeutas podrán contenerlo de forma segura si tiene la necesidad de realizar un movimiento vigoroso o empujar.

- Un terapeuta está más lejos de la cabeza del participante, por lo que tanto los terapeutas como el participante pueden sentir que el terapeuta más lejano esté menos conectado íntimamente con el participante y con cualquier comunicación que ocurra.
- Si el participante decide voltear para no ver a los terapeutas, estos no podrán ver las expresiones faciales de este.

3.2 Preparación del apoyo social

Los terapeutas deberán indagar sobre la red social de apoyo del participante. Antes de cualquier sesión de tratamiento con MDMA, los terapeutas y el participante deberán considerar cómo los miembros de su red de apoyo podrían ayudar durante el tiempo entre las sesiones de terapia. Los terapeutas deberán explicar el valor potencial de compartir información sobre el tratamiento con personas selectas, así como los posibles inconvenientes de hacerlo y la importancia de tener discreción al elegir con quién hablar sobre sus experiencias personales más profundas.

Hay varios factores a considerar al momento de hablar de la experiencia con otras personas:

- Puede ser valioso compartir la experiencia con alguien comprensivo y dispuesto a escuchar, especialmente si se le ha informado con antelación que el proceso de sanación puede, en ocasiones, implicar un aumento de las emociones dolorosas que no representa un agravamiento del problema subyacente. Invitar a una pareja u otra persona de apoyo importante a reunirse con los terapeutas y el participante durante una o más sesiones introductorias o de integración puede ser útil en este sentido.
- Algunas personas pueden tener ideas preconcebidas respecto al uso de drogas como el MDMA debido a su uso ilegal como “éxtasis” y pueden no comprender que los “estados no ordinarios” pueden ser beneficiosos en un entorno terapéutico. Se debe aconsejar a quienes participen que consideren esta posibilidad antes de discutir sus experiencias, especialmente inmediatamente después de las sesiones experimentales, cuando pueden estar emocionalmente vulnerables y sentirse particularmente abiertos y ansiosos por hablar de su experiencia durante la sesión y sobre su trauma. En las circunstancias adecuadas, esto puede ser una parte importante del proceso de sanación. Sin embargo, debe advertirse a los participantes que deberán valorar cuidadosamente con quién desean compartir esa información sensible.
- Suele ser útil que el participante tenga un tiempo de tranquilidad a solas luego de la sesión asistida con MDMA para escribir en su diario o hacer introspección. Debe invitarse a los participantes a que lo tengan en cuenta para que no se involucren demasiado en la interacción social ni en recibir retroalimentación externa. Tomarse un tiempo a solas en esta etapa puede ser un valioso comienzo del proceso de integración y puede servir de modelo para fomentar el desarrollo continuo del proceso de sanación que se espera que ocurra durante los días, e incluso semanas, siguientes.

El participante puede optar por invitar a una persona importante (amigo, familiar o pareja) a pasar tiempo con él al final de al menos una sesión asistida con MDMA. Esta visita puede ser una experiencia fructífera que fortalece la relación de apoyo. Sin embargo, debe consultarse previamente con los terapeutas, basándose en el mismo criterio clínico que utilizarían para considerar el valor terapéutico de que una persona importante pase la noche con el participante.

3.3 Planificación del uso terapéutico de la música

La música será seleccionada para apoyar la experiencia emocional y minimizar la sugestión [16]. Durante las sesiones asistidas con MDMA, se proporcionará al participante un antifaz, auriculares y un programa musical preseleccionado. El participante podrá optar por prescindir del antifaz y/o los auriculares en cualquier

momento. Esta decisión no es poco común entre las personas con TEPT quienes, al menos en las primeras etapas de su participación en el estudio, pueden sentir inseguridad si no pueden mantener cierto nivel de vigilancia. El participante también tendrá la opción de solicitar períodos de silencio y los terapeutas podrán realizar ajustes al programa musical para adaptarse a la experiencia que se está desarrollando. Los terapeutas utilizarán la música para apoyar la experiencia sin resultar intrusiva.

La selección musical debe ser culturalmente apropiada para la población que participa en un estudio particular. Las selecciones individuales dentro de un programa musical deben variar en ritmo y volumen general, de modo que el programa incluya secciones relativamente tranquilas y apacibles, así como secciones relativamente activas y dramáticas. Los programas pueden ser una progresión musical que inicialmente sea relajante, y luego sucesivamente más activa, más emocionalmente evocadora y, posteriormente, más tranquila y meditativa. El orden del programa puede modificarse según sea necesario para adaptarse al ánimo general y al flujo de la sesión.

Es importante que al menos uno de los miembros del equipo terapéutico esté muy familiarizado con la música para que pueda usarse de manera eficaz para apoyar el proceso de cada persona. Puede ser útil tener listas de reproducción de varias horas preparadas, lo que proporciona un repertorio musical semi-estandarizado. La música instrumental suele ser preferible a la música con letras en un idioma que el participante comprenda, aunque no es una regla rígida. Debe haber música variada a la mano por si es necesario cambiar el programa pregrabado. Debe informarse a los participantes que pueden solicitar períodos de silencio o un cambio de música si alguna pieza musical los distrae o no se adapta a su proceso. Sin embargo, se les debe disuadir de dedicar atención continua a controlar la música. Una instrucción útil durante las sesiones de preparación o al inicio de la sesión experimental es:

Terapeuta: “Si desea un cambio de música, no hay problema, ya que a veces una canción puede distraer o no encajar con su proceso. Si desea un cambio de música, le pedimos que primero reflexione sobre si este deseo está motivado por el deseo de alejarse de una sensación o recuerdo incómodo que la música esté estimulando. Si es así, en lugar de cambiar la música, le invitamos a experimentar y explorar esas sensaciones o recuerdos incómodos, en lugar de intentar detenerlos quitando la música que los estimula. Si tras reflexionar, concluye que la música simplemente no es adecuada para su proceso, con gusto la cambiaremos o la apagaremos. No suponemos que si desea un cambio de música quiere decir necesariamente que esté intentando evitar algo, solo que puede serle útil hacer una pausa y ver si puede ser así. Respetamos su decisión, cualquiera que sea, así como su inteligencia sanadora interior para guiar el resto del proceso”.

Algunos participantes podrían querer traer su propia música para que el terapeuta la incorpore durante las sesiones asistidas con MDMA. En ciertas circunstancias esto puede ser apropiado; no obstante, es importante considerar los motivos de la petición, para asegurarse de que sirva para apoyar y profundizar el proceso, en lugar de intentar controlarlo o distraerse de sentimientos u otras experiencias que puedan surgir. Si bien es deseable cierto grado de flexibilidad para responder a este tipo de petición, en general, los terapeutas deben minimizar la participación de los participantes en la selección musical, ya que puede distraerlos de su proceso interno. Se alienta a los participantes a solicitar cualquier cosa que necesiten para sentirse seguros y apoyados en el entorno terapéutico. Sin embargo, esto debe equilibrarse con la motivación de permitir que los terapeutas se ocupen de los detalles físicos de la sesión y, en lo posible, confiar en que proporcionarán un entorno seguro y propicio. Este abordaje forma parte del fomento de una actitud de entrega, confianza y receptividad al desarrollo natural del proceso terapéutico, guiado por la inteligencia sanadora interna. Deberá invitarse a los participantes a observar cualquier tendencia que puedan tener a querer controlar la música u otros aspectos del entorno, y a considerar explorar esta tendencia como parte de su proceso interno en lugar de actuar externamente.

3.4 Apoyo a las manifestaciones somáticas del trauma

Los terapeutas deben estar preparados para ayudar a los participantes a abordar las manifestaciones somáticas de su trauma, haciéndose conscientes, expresando y liberando cualquier bloqueo, dolor o tensión corporal que pueda surgir. Este concepto debe introducirse durante las sesiones de integración y desarrollarse

posteriormente. Existen diversos métodos a utilizar. A continuación, se discuten algunos métodos para abordar las manifestaciones somáticas, como el contacto reconfortante, el trabajo corporal focalizado y las técnicas de respiración. Los terapeutas pueden emplear otras técnicas propias de su experiencia que sean compatibles con este abordaje terapéutico.

En la psicoterapia asistida con MDMA, el uso consciente del contacto puede ser un catalizador importante para la sanación, tanto durante las sesiones asistidas con MDMA como durante la terapia de seguimiento. El contacto debe utilizarse siempre con un alto nivel de atención y cuidado, con la preparación y comunicación adecuadas y con gran respeto por las necesidades y vulnerabilidades del participante. Cualquier contacto con connotaciones sexuales, o impulsado por las necesidades del terapeuta en lugar de las del participante, no tiene cabida en la terapia y puede resultar contraterapéutico o incluso abusivo. Del mismo modo, negar el contacto reconfortante cuando esté indicado puede resultar contraterapéutico y, especialmente en terapias que involucren estados de conciencia no ordinarios, puede incluso ser percibido por el participante como abuso por negligencia. Si el participante deseara tocar a uno de los terapeutas, este puede permitirlo y/o proporcionarlo, siempre que sea apropiado y no de carácter sexual. El contacto reconfortante producido cuando el participante reconecta profundamente con momentos de su vida en los que lo necesitó y no lo recibió puede proporcionar una importante experiencia correctiva. Otro tipo de contacto terapéutico es el trabajo corporal focalizado, generalmente proporcionando una resistencia contra la que el participante pueda aplicarse. Este enfoque busca intensificar y, por lo tanto, facilitar la liberación de bloqueos, tensiones o dolores corporales que surjan durante la terapia. Los terapeutas deberán contar con la formación y la experiencia pertinentes para garantizar que el trabajo corporal se realice de forma segura, sin riesgo para el participante ni para los terapeutas.

Pese a que es probable que la psicoterapia asistida con MDMA implique un trabajo corporal menos enfocado que la psicoterapia con LSD o la respiración holotrópica, las bases subyacentes a este enfoque son las desarrolladas por el Dr. Stanislov Grof en su investigación de psicoterapia con LSD:

“Cuando el efecto de la droga disminuye, es importante dialogar con el sujeto para obtener retroalimentación detallada sobre [su] estado emocional y psicosomático. Si en ese momento experimenta alguna incomodidad como depresión, ansiedad, agresión bloqueada, sentimientos de culpa, pensamiento circular, dolores de cabeza, náuseas, dolores musculares, calambres intestinales o dificultad para respirar, es el momento de sugerir una intervención activa. La posibilidad de que esto ocurra debió haberse discutido durante el periodo de preparación. El primer paso es determinar exactamente qué tipo de experiencia está involucrada (...) También es importante invitar al sujeto a analizar [su] cuerpo en busca de signos de dolor físico, tensión u otras formas de malestar que indiquen un bloqueo energético. En general, no hay malestar emocional ni una gestalt psicológica perturbadora e incompleta que no presente manifestaciones somáticas específicas. Estos síntomas psicosomáticos concomitantes se convierten entonces en el punto de partida para (...) la intervención”. ([16], p. 144).

Un principio importante de la psicoterapia asistida con MDMA es que el proceso de sanación se guía por mecanismos internos de la psique y el cuerpo del participante. Dado que la intervención con trabajo corporal focalizado puede transmitir al participante el mensaje tácito de que se requiere algo externo para la sanación, los terapeutas deberán tener cuidado de extraer sus señales acerca del contacto de la experiencia del participante, además de ayudarlo a evitar la idea errónea de que los terapeutas son la fuente, y no los facilitadores, de su experiencia terapéutica.

Otro principio importante de la psicoterapia asistida con MDMA es que la sanación suele ser el resultado de llevar la atención consciente hacia sentimientos, recuerdos o sensaciones corporales difíciles, y de permanecer presentes durante estas experiencias desafiantes en lugar de intentar evitarlas o escapar de ellas. Los terapeutas deberán dejar que la experiencia del participante se desarrolle, poniendo atención a no generar distracciones innecesarias. Deben evitar el uso del trabajo corporal focalizado de manera prematura en un intento por resolver emociones desafiantes o sus manifestaciones somáticas antes de permitir que los participantes las experimenten y procesen adecuadamente. Por lo tanto, los terapeutas deberán tener criterio con respecto a cuándo sería indicado el trabajo corporal focalizado para ayudar a avanzar el proceso terapéutico, así como cuándo sería preferible dejar que el proceso avance a su propio ritmo.

Durante la preparación de la sesión, los terapeutas deberán dejar en claro que no habrá ninguna agenda o expectativa de que el participante sea tocado en absoluto si este no lo desea, y en caso de que sí lo deseen, ya sea contacto reconfortante como tomarle de la mano, poner una mano en su hombro, un abrazo o trabajo corporal enfocado, los terapeutas están dispuestos a proporcionárselo. Si el participante estuviese abierto al contacto, resulta útil preguntar: "Si creemos que en algún momento podría ser útil tomarle la mano o ponerle una mano en el brazo, ¿prefiere que lo hagamos o que antes lo consultemos o esperemos hasta que lo pida?". En cualquier caso, debe enfatizarse que la decisión sobre el contacto es totalmente del participante y que él tiene el control. Debe pedírsele que utilice la palabra "*Alto*" (o una palabra alternativa comparable, si la prefiere el participante) si existiese algún contacto que el participante no desee. Debe indicársele que los terapeutas siempre obedecerán dicha orden a menos que el contacto sea necesario para protegerlo de un daño físico. Esta convención evitará la confusión entre las comunicaciones dirigidas a los terapeutas y las declaraciones que expresen la experiencia interna del participante.

3.5 Uso de la respiración

Elementos de la respiración holotrópica (sin la respiración vigorosa prolongada) u otras técnicas que utilizan la respiración pueden ser útiles en diferentes momentos del proceso terapéutico [22]. La respiración diafragmática debe emplearse para facilitar la relajación («inoculación del estrés») cerca del inicio de la sesión asistida con MDMA si la ansiedad surge al inicio de los efectos del MDMA. En las sesiones preparatorias, los terapeutas deberán explicar que algunas personas sienten ansiedad durante este periodo y otras no. En quienes sí la sienten, la ansiedad será transitoria y podrá aliviarse usando la respiración para liberar la tensión corporal y, en la medida de lo posible, relajándose durante la experiencia. Más adelante en la sesión asistida con MDMA, si surgiese ansiedad o alguna otra emoción intensa, en lugar de intentar relajarse suele ser mejor valerse de la respiración para sumergirse en la experiencia y permanecer lo más presente posible para experimentarla, procesarla y navegarla de manera plena.

La psicoterapia sensoriomotriz y somática u otras técnicas, según la formación y experiencia previas de los terapeutas, pueden utilizarse para "conectar los síntomas psicológicos con los estados fisiológicos" [26] e invitar al participante a trabajar con su cuerpo para procesar el trauma. Ayudar al participante a tomar conciencia de lo que su cuerpo desea hacer como reacción a los recuerdos traumáticos e invitarlo a permitir dicha acción puede ser el comienzo de la liberación de lo que antes era un proceso natural (movimiento) y la integración de las experiencias relacionadas que aún no se han procesado. Es importante ayudar al participante a hacerse amigo de su cuerpo en lugar de considerarlo una fuente de peligro e imprevisibilidad. Al describir las emociones como relacionadas con un movimiento fluido y al trauma como relacionado con el movimiento estático, los terapeutas ayudarán al participante a navegar y superar las consecuencias somáticas del trauma para que pueda volver a confiar en su cuerpo. Los terapeutas deberán preguntar sobre las sensaciones corporales del participante y fomentar la liberación de dolores, rigidez o energía en el cuerpo mediante el movimiento, de la forma que el participante considere apropiada.

3.6 Apoyo en las experiencias transpersonales

Es importante que los terapeutas estén preparados para la posibilidad de que, durante las sesiones experimentales, el participante tenga experiencias transpersonales [16] que trasciendan los conceptos occidentales convencionales de la conciencia y su relación con el cuerpo físico. Estas experiencias «transpersonales», comunes durante las sesiones terapéuticas asistidas con MDMA, van más allá de la memoria biográfica y podrían incluir sensaciones corporales inusuales, así como experiencias perinatales o espirituales. Puede haber percepciones que se sientan mucho más allá de la percepción habitual del yo, como sentimientos de unidad en los que el participante experimenta una mayor apertura y conexión con su propia humanidad y con el entorno que le rodea. Dichas experiencias pueden ser difíciles de interpretar y, en algunos casos, pueden cuestionar el propio sistema de creencias del terapeuta. No se requiere que los terapeutas comprendan o incluso que tengan una opinión sobre el estatus ontológico de estas experiencias, pero resulta importante que las acepten como aspectos reales y valiosos de la experiencia del participante y transmitan respeto y apertura hacia su perspectiva sobre ellas, sin descartar ni patologizar ninguna experiencia por su contenido inusual. De ser necesario, el terapeuta deberá ayudar al participante a integrar dichas sensaciones a su vida cotidiana. Estas podrían brindarle una perspectiva que trascienda la identificación con su trauma e

incluso su identidad habitual, brindándole la oportunidad de fomentar la conciencia de una capacidad innata para integrar sus experiencias traumáticas y seguir adelante con su vida.

3.7 Apoyo a la multiplicidad

En la psicoterapia asistida con MDMA, es importante que los terapeutas comprendan que las manifestaciones de la multiplicidad de la psique son un fenómeno normal, aunque pueden ser más pronunciadas en personas que han experimentado un trauma. Puede considerarse como «disociación», «regresión» o como la aparición de diferentes «partes», «yos» o «subpersonalidades». El participante puede hablar de su experiencia interna en términos de la conciencia de diferentes partes de la psique, y es esencial que los terapeutas no patologicen dichas experiencias.

El abordaje con cada una de estas categorías de experiencia resulta coherente con el enfoque general de Stan Grof respecto a los fenómenos que surgen durante las sesiones de respiración holotrópica o psicodélica, el cual consiste en considerar la posibilidad de trabajar con el material como parte del proceso de sanación en lugar de patologizarlo debido a su naturaleza inusual, su intensidad o los límites de la capacidad de los terapeutas para comprender plenamente su origen o importancia [16].

4.0 Realización de sesiones preparatorias

El curso de esta terapia consta de un período preparatorio con sesiones de selección e introducción, seguidas de sesiones experimentales intercaladas con sesiones de integración y evaluaciones de seguimiento. El período de selección y preparación es el momento para recopilar la historia del participante y comenzar a establecer una alianza terapéutica eficaz. Esto brinda una oportunidad importante para que los terapeutas respondan a las preguntas e inquietudes del participante, así como para prepararlo para las sesiones asistidas con MDMA al familiarizarlo con la logística de las sesiones y el enfoque terapéutico que se utilizará. Dicha preparación deberá realizarse con la intención de ayudar al participante a sentir seguridad y comodidad en el entorno terapéutico. Además, es una oportunidad para modelar actitudes que serán importantes durante las sesiones asistidas con MDMA como pueden ser un ritmo pausado, una curiosidad abierta sobre la experiencia del participante en el momento presente (incluida su experiencia somática) y el respeto de sus límites y de la sabiduría innata sobre su propio proceso de sanación. En la investigación clínica, deberán responderse numerosos cuestionarios y formularios, especialmente dentro del período de preparación. Los terapeutas deberán esforzarse por llenar los formularios necesarios, a la vez que prestarán atención y dedicarán tiempo a fomentar un ambiente terapéutico y profundizar la alianza terapéutica.

4.1 Prerrequisitos y contraindicaciones

Previo a la realización de las actividades de selección, se deberá proporcionar a quienes participen información escrita respecto al ensayo clínico en el que desean participar. Se les deberá proporcionar tiempo en abundancia para realizar preguntas y discutir el consentimiento informado con los terapeutas u otro personal cualificado del estudio antes de firmarlo. Si el protocolo requiriese la grabación en video de las sesiones de psicoterapia, los terapeutas, durante la entrevista de consentimiento, deberán explorar las opiniones de los participantes sobre ser grabados en video durante la entrevista. Los terapeutas aclararán que el consentimiento informado autoriza el uso de las grabaciones únicamente con fines de investigación o capacitación. También es recomendable explicar a cada participante que, si bien las grabaciones son importantes para la investigación y podría resultar útil que las revisaran durante el período de integración, el proceso terapéutico será el enfoque principal de cada sesión y tendrá prioridad por encima de las grabaciones. Si en algún momento las cámaras le impidiesen hablar sobre algún aspecto de su experiencia, podrá solicitar que se apaguen temporalmente y se respetará su petición. Los terapeutas deberán tener en cuenta que las grabaciones serán utilizadas para evaluar su adhesión al Manual de tratamiento y su competencia para aplicar la psicoterapia asistida con MDMA. Por lo tanto, deberán sugerir que se reanude la grabación cuando sea apropiado para el proceso terapéutico del participante. Los participantes podrán solicitar ver las grabaciones.

Los participantes deberán estar conscientes de que los ensayos clínicos de psicoterapia asistida con MDMA probablemente generen atención mediática. Algunos participantes en estudios anteriores han expresado su deseo de hablar con los medios para informar al público y a otras personas con TEPT. Los terapeutas deberán

respetar el deseo de los participantes de compartir sus experiencias, pero deberán enfatizar muchas advertencias al respecto y ofrecerles ayuda para considerar la decisión de manera cuidadosa si considerasen hablar con los medios. Es la decisión del participante si desea o no divulgar públicamente su participación o cualquier información sobre su experiencia en el ensayo clínico. Sin embargo, se les solicitará que se abstengan de hacerlo hasta que estén listas las evaluaciones de los resultados. Se recomienda a los participantes que informen a los terapeutas de su intención de divulgar su información personal antes de hacerlo y deben obtener el permiso por escrito de los terapeutas antes de publicar cualquier grabación de video que contenga audio o video de los terapeutas. También deberán estar preparados ante la posibilidad de que acudir a los medios de comunicación pueda ser emocionalmente difícil y tener efectos psicológicos no deseados.

4.2 Compromisos requeridos de los terapeutas y del participante

Dado que el MDMA puede generar profundos efectos emocionales y físicos, su uso requiere una evaluación y una preparación exhaustivas por parte del participante. Para fomentar una mentalidad terapéutica y contribuir a una alianza terapéutica colaborativa, los terapeutas y el participante discutirán los parámetros de cada sesión y llegarán a varios acuerdos específicos durante las sesiones de preparación:

- Los terapeutas se comprometerán a proporcionar un tiempo de preparación adecuado durante las sesiones sin drogas, a prestar especial atención a la mentalidad y al ambiente durante las sesiones asistidas con MDMA y a garantizar una terapia de seguimiento adecuada [15].
- El participante deberá comprometerse a asistir a todas las sesiones preparatorias, terapéuticas y de seguimiento, a responder los instrumentos de evaluación y a cumplir con las restricciones dietéticas y farmacológicas. La única excepción será si el participante ha notificado a los terapeutas su decisión de retirar su consentimiento y abandonar el estudio. Si el participante no retirase su consentimiento, pero abandona el tratamiento, se realizarán evaluaciones de seguimiento.
- Los terapeutas y el participante discutirán la posibilidad de contacto físico con el participante, ya sea contacto físico reconfortante o trabajo corporal focalizado. Deberán negociar una distancia física cómoda durante las sesiones experimentales y los terapeutas deben permanecer atentos a cualquier posible cambio en la comodidad del participante con respecto a su proximidad.
- El rol de los terapeutas se aclarará y reforzará mediante acuerdos sobre el comportamiento apropiado durante y después de la sesión de tratamiento. Se prohibirá explícitamente cualquier comportamiento sexual entre los terapeutas y el participante. Este acuerdo garantiza al participante que no se explotará su estado agudo de vulnerabilidad, a la vez que fomentará un ambiente seguro para ofrecerle consuelo físico durante la sesión.
- El participante deberá comprometerse a no autolesionarse, ni dañar a terceros ni a su propiedad. El participante se comprometerá a acatar la petición de los terapeutas de parar si, a juicio de estos, el participante presentase alguna conducta peligrosa.
- El participante aceptará permanecer en el área de tratamiento hasta la finalización de cada sesión (en muchos protocolos, esto incluye la sesión experimental, y el quedarse la noche y la visita de seguimiento a la mañana siguiente). Al finalizar la sesión, es responsabilidad del terapeuta evaluar la estabilidad emocional del participante y la disminución de los efectos del MDMA antes de permitirle retirarse.
- Al menos uno de los terapeutas estará presente en la sala en todo momento durante toda la sesión asistida con MDMA. Salvo breves periodos ocasionales en los que un terapeuta a la vez puede salir de la sala, ambos se comprometerán a permanecer en la sala con el participante durante toda la sesión asistida con MDMA, hasta que los efectos emocionales y físicos agudos de la MDMA hayan desaparecido. Esto se determinará mediante el examen de los signos

fisiológicos, determinando el grado de aflicción y el estado mental autorreportados para emitir un juicio clínico sobre la estabilidad del participante.

- Para que la sesión de terapia concluya efectivamente, los terapeutas y el participante deberán acordar que este último se encuentra en un estado seguro y estable. Si el protocolo del estudio lo requiriese, el participante deberá comprometerse a pasar la noche en el centro de tratamiento, junto con un asistente. El participante también deberá acordar aceptar el ser transportado a casa luego de la sesión de integración de seguimiento posterior a la sesión asistida con MDMA, ya sea por su pareja o amigo, o según lo organicen los terapeutas.
- Los terapeutas y el participante se comprometerán a mantener contacto telefónico diario hasta por una semana luego de cada sesión asistida con MDMA. Los terapeutas (o un terapeuta sustituto de ser necesario, pero no de forma habitual) estarán disponibles por teléfono las 24 horas del día durante este período y durante todo el periodo de inclusión en el estudio.
- Los terapeutas deben ser conscientes y aceptar el amplio compromiso de tiempo que puede requerirse más allá de la duración de las sesiones establecidas en el protocolo del estudio si el participante necesita apoyo adicional.

4.3 Establecer una alianza terapéutica

La fase de selección y preparación comienza con el consentimiento informado, seguido de la determinación de si el participante cumple con todos los criterios de inclusión y exclusión del estudio. Este período también permite el tiempo suficiente en sesiones de terapia no farmacológica para comenzar a establecer una alianza terapéutica segura y positiva, requisito indispensable para el tratamiento [28], que continuará desarrollándose a lo largo del estudio. El participante deberá tener la seguridad de que su bienestar será atendido con el máximo cuidado, lo que incluye garantizar su seguridad física y psicológica y apoyar su intención de obtener el máximo beneficio de las sesiones asistidas con MDMA. Los terapeutas aclararán que la participación en el estudio es voluntaria durante todo el estudio y que la seguridad y el bienestar del participante tiene prioridad por encima de los objetivos científicos del estudio. Considere el siguiente ejemplo:

Terapeuta: “Si en algún momento decide que necesita volver a tomar un antidepresivo o, por cualquier otro motivo, no desea continuar en el estudio, le pedimos que nos lo haga saber. Siempre puede cambiar de opinión. Lo más importante es su bienestar”.

Participante: “*Creo que después de experimentar cuatro o cinco factores estresantes en mi vida, como perder mi trabajo, normalmente diría que necesito tomar un antidepresivo. Pero gracias al estudio, estoy emocionado porque también veo la posibilidad de trabajar esto sin tomar nada. Creo que soy lo suficientemente consciente cognitivamente como para saber que, si realmente siento que me estoy yendo hacia abajo, puedo decirlo o pedirlo*”.

Durante las visitas iniciales, los terapeutas se presentarán, explicarán su interés en este trabajo y describirán su experiencia en el tratamiento del TEPT. Esta interacción sentará las bases para que los participantes desarrollen confianza en la experiencia de los terapeutas, su compromiso y su capacidad para apoyarlos durante todo el proceso. Greer y Tolbert señalan que la autorrevelación por parte del terapeuta crea un contexto de colaboración, intimidad y confianza [15]. Incluso puede brindar al participante una sensación de identificación compartida con los terapeutas, lo que puede aumentar la comodidad personal a medida que el participante entra en un estado agudo de vulnerabilidad. Considere el siguiente ejemplo:

Participante: “*Con todo el TEPT que debe haber en el mundo... tenía tanto miedo de admitir cómo me sentía. Sentía que era el único*”.

Terapeuta: “Ya no estás en esa posición”.

Participante: “*Nadie escuchó realmente cómo me sentía. Solo querían darme otra receta*”.

Terapeuta: “¿Hay algo más que emerja en ti, pensamientos, sentimientos, preocupaciones?”

Participante: *“Me he estado sintiendo nervioso, ansioso, y no he podido dormir bien. Sé que en parte se debe a que no he tomado el antidepresivo. Estoy agitado y de mal humor”.* (resollando)

Terapeuta: “Practiquemos la respiración abdominal. Este es un método para ayudarte a conectar con tus sentimientos. Parte del enfoque que usaremos en las sesiones es ayudarte a seguir estando presente ante cualquier sentimiento que surja. Es una paradoja que respirar hacia los sentimientos en lugar de alejarse de ellos pueda conducir a la sanación, navegándolos en lugar de evitarlos”.

Participante: *(Inhalación... exhalación).*

Terapeuta: “En cierto modo, el proceso comienza antes de que empecemos. Inicia con antelación, al fijar la intención de hacerlo. Y a medida que te acercas, estos sentimientos son naturales. No es fácil. De alguna manera, tu psique ya está aprovechando lo que decidiste hacer”.

Participante: *“Me ayuda a entender. Estoy dispuesto a intentarlo todo. ¡Rayos!, estuve en terapia cada semana durante un año entero y nunca abordé realmente mis síntomas”.*

4.4 Recopilación de información

En estas visitas iniciales de selección y preparación, el participante sin duda experimentará reacciones al proceso de selección e inscripción, las cuales podrán ser físicas y emocionalmente agotadoras, además de que pueden disparar síntomas de TEPT. Los terapeutas deben reconocer los considerables desafíos logísticos y emocionales que implica participar en un ensayo clínico y brindarle al participante la oportunidad de discutir sus reacciones. Además de preguntar sobre información histórica específica que necesitan, los terapeutas deberán realizar preguntas abiertas, brindar retroalimentación al participante sobre los resultados de sus pruebas psicológicas y evaluación médica, e invitarlo a compartir la información que considere personalmente significativa. Los participantes deberán describir sus traumas índice durante la evaluación con el evaluador independiente. No se les deberá presionar para que hablen en detalle respecto a su trauma durante las sesiones preparatorias con los terapeutas, pero no se les deberá disuadir de hacerlo si así lo desean.

Estas interacciones fortalecerán la relación y brindarán información adicional sobre la historia del participante, así como sobre sus desafíos y recursos actuales. Considere el siguiente ejemplo:

Terapeuta: “No tenemos todos los resultados de sus pruebas, pero hablamos con el médico y, hasta el momento, todos los resultados nos indican que cumple con los criterios para este tratamiento. Comencemos con cualquier idea o pregunta que pueda tener”.

Participante: *“La sesión con el Dr. W. (el evaluador independiente) fue buena. Veo que se está empezando a abrir la caja de Pandora. El proceso ya está empezando conmigo. Una parte de mí está muy emocionada y otra muy escéptica, como si pensara: ‘Oh, ¿es esto realmente en lo que necesito enfocarme?’.* Hubo una pregunta en la escala de TEPT donde el Dr. Wagner me preguntó si tenía sueños. Dije que no, y entonces caí en la cuenta. No sueño con mi padre haciendo lo que sea que hacía, pero sí con mi madre. A ella nunca le preocupó realmente lo que él hacía ni cómo abusaba de nosotros ni de ella. Le preocupaba si la lluvia radiactiva de Chernóbil había llegado a mi barra de chocolate Mars y si yo había sufrido una intoxicación nuclear. Se preocupa por cosas que están completamente fuera de control. Y no para de hablar en nuestras conversaciones, y somos ‘cercanas’. Pero me doy cuenta de que sí sueño con ella. Justo la otra noche soñé que hablábamos por teléfono... y ella empezó a decir, como siempre, ‘Estoy preocupada por esto, estoy preocupada de dónde vives’, sin ayudarme realmente, porque quiere ayudar, pero mi padre no la deja, aunque ella gana todo el dinero. Y, eh, el teléfono se desconecta de la pared y pienso que eso era muy interesante que... y que mi primer

instinto fue volver a conectarlo y llamarla. Y entonces empecé a pensar en eso, porque fue justo luego de la prueba”.

Terapeuta: “MMMmmm”.

Participante: “...Él no está en los sueños, pero ella sí. Y cómo ya no es esta madre amable y compasiva de antes. Cómo ha cambiado. Es realmente interesante. He intentado resolver mi ira hacia ella... así que es como un... así que es interesante que el proceso ya esté empezando a funcionar, aunque no haya ido a terapia”. (risas)

Terapeuta: “Bueno, eso es típico”.

Terapeuta: “Sí, la selección suele mover cosas en mucha gente. Y, como decías, la intención de hacer este trabajo también pone en movimiento tu psique desde el momento en que decides hacerlo. Creo que es una pregunta importante la que planteas... ‘¿Es este el momento de centrarme en esto o debo centrarme en la vida cotidiana?’ ¿Qué opinas al respecto ahora?”

Esta última pregunta demuestra que debe reducirse la velocidad para respetar y consultar con los "protectores" o la "inteligencia sanadora interna" del participante con respecto a las preocupaciones que pueda tener acerca de continuar con el proceso, en lugar de solamente tranquilizarlo. Esta consulta es un ejemplo del enfoque no directivo.

Participante: “Bueno, dudo, pero creo que esta es una oportunidad para que mi vida diaria mejore... o no. Al menos es una oportunidad que no se presenta todos los días. Soy orientadora escolar de profesión; no estoy en condiciones de serlo realmente. Así que, consciente o inconscientemente, no puedo buscar trabajo porque sé que hay cosas en las que necesito trabajar. Así que creo que este es el momento de hacerlo... aunque sea difícil”.

Los terapeutas guiarán estas entrevistas para recopilar información sobre los síntomas actuales del participante, el evento o eventos que causaron el TEPT, el tratamiento previo y su resultado, otros antecedentes psiquiátricos, así como antecedentes médicos, sociales y familiares. Este momento también brinda la oportunidad de que los terapeutas aborden cualquier inquietud que el participante pueda tener con respecto al tratamiento.

Terapeuta: “Nos gustaría hablar en más detalle de las sesiones y también oír de tu historia y el trauma en particular. Podemos hacerlo en el orden que prefieras. ¿Te apetece hablar más sobre ti y tu trauma ahora o te gustaría saber más sobre las sesiones?”

Los terapeutas y el participante también conversarán sobre las experiencias previas con MDMA del participante, su consumo de drogas psicodélicas u otros estados de conciencia anormales. Durante esta interacción, los terapeutas deberán recopilar suficiente información para comprender bien al participante, pero no será necesario completar un historial psicológico y médico completo y detallado, ya que esto lo han hecho evaluadores independientes y el médico examinador durante el proceso de selección.

4.5 Administración de mediciones relacionadas con el estudio

El diseño del estudio puede implicar la administración de ciertas mediciones durante las sesiones preparatorias, experimentales o de integración. Estas pueden incluir mediciones de seguridad, mediciones adicionales de TEPT u otros síntomas, y mediciones exploratorias que aborden los efectos subjetivos. Dichas mediciones no forman parte de la psicoterapia asistida con MDMA, sino que son un elemento de muchos estudios sobre este tema.

Los terapeutas recordarán a los participantes de las mediciones de autorreporte que deberán completar durante las sesiones preparatorias o al inicio o al final de las sesiones experimentales. El protocolo del estudio indicará los horarios generales para la administración de las mediciones relacionadas con el estudio. Estas mediciones

se administrarán en un momento en que no interfieran ni interrumpen los procesos terapéuticos. La administración de las mediciones podrá retrasarse para permitir la continuidad de la terapia. La seguridad de los participantes y la realización de la psicoterapia tendrán prioridad sobre el momento preciso de la aplicación de las mediciones. Sin embargo, los terapeutas harán todo lo posible para administrar las medidas lo más cerca posible de las horas programadas.

Las mediciones de seguridad, como la CSSRS, deben realizarse lo más cerca posible de las horas especificadas sin interrumpir el flujo del proceso terapéutico. Los terapeutas utilizarán su criterio clínico (y en las sesiones experimentales la observación de los efectos del fármaco) para decidir el momento adecuado para administrar las mediciones del autorreporte.

4.6 Sesiones preparatorias una vez finalizada la selección

En esta etapa, el participante ha pasado la evaluación y continúa el proceso de preparación para las sesiones asistidas con MDMA. Los terapeutas describirán los tipos de experiencias que puedan esperarse durante la sesión. Preguntarán sobre sus expectativas, motivaciones e inquietudes, y enfatizarán su compromiso de apoyar su capacidad innata para sanar las heridas del trauma. Los terapeutas pueden comparar el efecto del MDMA con una oportunidad de entrar en un espacio seguro donde será más fácil permanecer presente con su experiencia interior. Se deberá invitar al participante a cultivar una actitud de confianza respecto a la sabiduría y el ritmo del proceso de sanación interior catalizado por este enfoque.

Los terapeutas fomentarán una actitud de curiosidad y apertura hacia lo que sea que ocurra durante la experiencia facilitada por MDMA. Explicarán que, a menudo, las experiencias de sanación más profundas y efectivas siguen un curso muy diferente al que podría predecir la mente racional del participante o del terapeuta. Se invitará al participante a aceptar las emociones difíciles en lugar de reprimirlas, partiendo tanto como sea posible de la premisa de que cualquier cosa que surja en ese momento será una oportunidad para sanar gracias a la inteligencia sanadora interna. Sentir plenamente, explorar y expresar cualquier emoción, recuerdo, imagen o sensación corporal que surja podrá conducir a la resolución de patrones profundamente arraigados de miedo, impotencia, culpa y vergüenza.

Es importante discutir la posibilidad de que el participante sea asignado aleatoriamente a un placebo inactivo o a una dosis más baja de MDMA (dependiendo del protocolo) y prepararlo para una variedad de experiencias, sin debilitar innecesariamente el ensayo ciego al predecir la respuesta a diferentes dosis. Los participantes pueden experimentar mayor malestar en sesiones de dosis bajas, ya que podrían surgir recuerdos traumáticos, decepción, autocrítica y emociones sin el estado afectivo de apoyo asociado con las dosis terapéuticas de MDMA. Sin embargo, estas experiencias difíciles pueden ocurrir en ciertos momentos con cualquier dosis. Debe quedar claro que los terapeutas brindarán el mismo grado de apoyo y que trabajarán para ayudar a los participantes a obtener el máximo beneficio de la sesión, independientemente de la dosis que parezcan haber recibido.

Los terapeutas prepararán al participante para la posibilidad de que volver a visitar su trauma y experimentar sus síntomas de TEPT formen parte del proceso terapéutico en algún momento. Los terapeutas invitarán al participante a estar lo más abierto posible a explorar, expresar y comprender plenamente los síntomas de TEPT y las otras formas en que el trauma ha afectado su vida. Los terapeutas se comprometerán explícitamente a brindar apoyo, seguridad y orientación al participante para que pueda trabajar con cualquier emoción y recuerdo que pueda surgir. Es importante que los terapeutas estén personalmente preparados para mantener una presencia empática ante la angustia del participante. Bajo la influencia del MDMA, un participante podría estar especialmente sintonizado con la comunicación no verbal y con percibir la incomodidad del terapeuta. No reconocer y aceptar esto podría generar sentimientos de desconfianza y miedo.

Terapeuta: “Queremos enfatizar nuestro compromiso a estar disponibles para usted. Es un privilegio apoyarlo en este trabajo. Y si en algún momento siente que no lo estamos haciendo de una manera útil, o si decimos o hacemos algo que pueda hacerlo sentir que no lo hemos comprendido, lo invitamos a que nos lo haga saber. No lo tomaremos como algo personal. Lo que más nos ayuda es que sea honesto con nosotros y nos cuente cómo le va durante las sesiones y después de ellas, incluyendo cómo se siente respecto a nosotros”.

En raras ocasiones, puede haber una sesión experimental en la que las experiencias traumáticas del participante no surjan espontáneamente. Los terapeutas deberán solicitar un acuerdo previo para que, en ese caso, puedan preguntar sobre el trauma en algún momento de la sesión. Este acuerdo es aplicable solo a las sesiones en las que el participante habla regularmente con los terapeutas sobre sus experiencias actuales. Si un participante pasase gran parte de la sesión en un proceso no verbal profundo que parece estar manejando bien, pero del que no se siente inclinado a hablar en ese momento, los terapeutas no deberán interrumpir el proceso exigiendo una discusión sobre el contenido. Después de este tipo de sesión experimental, el participante generalmente describirá su experiencia al final del día o durante las sesiones de integración de seguimiento. Es probable que procesar el trauma resulte ser una parte importante de la experiencia.

Resulta fundamental que los terapeutas utilicen su criterio clínico y su consciencia personal para determinar cuándo actuar para facilitar el proceso del participante y cuándo observar en silencio su experiencia. Se invitará al participante a sentirse libre de solicitar apoyo a los terapeutas en momentos de intensa emoción o recuerdos dolorosos. Este apoyo puede consistir en contacto reconfortante o un abrazo, recibir consuelo o simplemente hablar de lo que está experimentando. Hay momentos en que este tipo de apoyo es sumamente útil. En otros, la observación silenciosa proporciona un apoyo óptimo, al transmitir confianza en la propia capacidad de sanación del participante.

Terapeuta: “Queremos reafirmar nuestro compromiso de estar presentes para usted. Haremos de este un lugar seguro para cualquier experiencia que surja. Si surgiesen situaciones difíciles, intente quedarse con ellas, experimentarlas plenamente y utilice su respiración para adentrarse en ellas tanto como pueda. Y pídanos cualquier cosa que necesite. Le invitaremos a alternar periodos de ir hacia adentro, usar antifaces, escuchar música si lo desea y luego hablar con nosotros cuando le apetezca”.

Terapeuta: “A veces, si hemos estado hablando durante un tiempo, podríamos sugerirle que lleve su atención a su interior o simplemente puede tener la sensación de que necesita hacer eso”.

Durante las sesiones de preparación, probablemente habrá oportunidades para adaptar los comentarios preparatorios al proceso particular de cada participante. Considere el siguiente ejemplo:

Participante (un veterano de guerra que lidiaba con ataques de ira desde que regresó de Irak): *“Siento como si hubiera un monstruo en mi pecho intentado salir y tengo mis manos alrededor de su cuello tratando de estrangularlo”.*

Terapeuta: “Umm, puede que a medida que avancemos en este proceso, descubra que es más una cuestión de conocer esa parte de usted y tener una relación diferente con ella en lugar de tener que estrangularla o deshacerse de ella”.

No se dijo más sobre esto ese día hasta que, durante una sesión asistida con MDMA luego de un largo período de enfoque interior, el participante volvió al tema.

Participante: *“¡Acabo de vivir una experiencia increíble! Había una fogata con tres figuras alrededor: un anciano sabio, un niño pequeño y un guerrero. No era un monstruo, después de todo, era mi parte guerrera. Todas estas son partes valiosas de mí y están sentadas alrededor de la fogata en una reunión”.*

Los terapeutas permitieron que esto surja de manera espontánea en lugar de indicarle al participante que regresara al tema, lo que probablemente genera un impacto más profundo.

4.7 Preparación justo antes de la sesión experimental asistida con MDMA

Durante las sesiones de preparación, y de nuevo al inicio de cada sesión experimental, el participante y los terapeutas abordarán cualquier temor o inquietud que pueda tener el participante. Los terapeutas colaborarán

con el participante para desarrollar estrategias que aumenten su sensación de seguridad. Considere el siguiente ejemplo:

Terapeuta: “¿Qué tiene en mente desde nuestra última sesión? ¿Tiene alguna pregunta o idea?”

Participante: *“He pasado por una gama de emociones: nervioso, ansioso y no dormí bien. Simplemente no me siento descansado, me arrastré fuera de la cama. Tengo mucho cansancio”.*

Terapeuta: “¿Tienes alguna idea de a qué se debe la ansiedad?”

Participante: *“Creo que se trata del estudio por venir. La verdad es que no se me ocurre nada más. Es lo inesperado. No se me dan bien las sorpresas. Quiero saber qué me espera de un día para otro”.*

Terapeuta: (Largo silencio)

Participante: (Llorando) *“Me da miedo”.*

Terapeuta: “¿Puedes contarnos más sobre lo que te asusta?”

Participante: *“Tengo miedo de que seré otra persona. ¿Y si me deshago de todo esto y él ya no me quiere? ¿Y si no soy la persona de la que se enamoró? Me aseguré que era una tontería. Pero llevo así tanto tiempo. ¿Quién soy? ¿Y si no soy realmente una persona? ¿Y si...? ¿Y si...? Puedo inventar mil justificaciones de por qué soy así”.*

Terapeuta: “Es una preocupación comprensible y nos alegra que nos la cuente. Incluso un cambio positivo puede ser aterrador ya que es desconocido. A menudo, cuando las personas sanan, puede haber un período en el que les es difícil acostumbrarse a los cambios y descubrir cómo integrarlos a la vida y a las relaciones. En realidad, lo que esperamos, basándonos en nuestra propia experiencia en nuestro trabajo de sanación, así como en el trabajo con muchas otras personas, es que, a medida que sana, será usted misma de forma más profunda y se reconectará consigo misma de una manera más profunda. Es cierto que puede haber períodos en los que sea difícil confiar en eso”.

Terapeuta: “Una cosa que ha dicho antes fue que quería escapar y esconderse. ¿Cree que hay alguna manera de que una parte de usted lo haya hecho?”

Participante: *“Creo que hubo mucho de mí que desapareció”.*

Terapeuta: “Así que el MDMA puede ayudarle a no tener que huir, sino a afrontar situaciones de las que ha sentido que debía alejarse. También puede haber momentos en que se acentúe la experiencia de querer esconderse o desaparecer. Confiamos en que no importa cómo surja eso, formará parte del proceso de sanación”.

Se le informa al participante que se encontrará en un estado agudo de vulnerabilidad y que probablemente experimente diversas emociones, pensamientos y sensaciones físicas. Los terapeutas explicarán el proceso para ayudarlo a aliviar emociones difíciles e intensas o pensamientos que lo afligjan y le recuerdan que se encuentra en un entorno seguro, bajo el cuidado de profesionales clínicos con experiencia.

A los participantes se les enseña la respiración diafragmática y otras técnicas para facilitar el proceso de relajación y de calmarse a uno mismo. También se les invita a emplear la respiración consciente como técnica para permanecer presentes ante las experiencias, especialmente las difíciles, de las que de otro modo intentarían distanciarse.

Es importante transmitir a los participantes que las experiencias catalizadas por la terapia asistida con MDMA probablemente continuarán desarrollándose y resolviéndose días o incluso semanas después de las sesiones. Luego de las sesiones de terapia, es posible que algunos síntomas parezcan empeorar antes de mejorar.

5.0 Cómo realizar sesiones de psicoterapia asistida con MDMA

El objetivo general de una sesión asistida con MDMA es reducir los síntomas del TEPT y mejorar el funcionamiento general, el bienestar y la calidad de vida del participante. Este objetivo se logra permitiendo que la experiencia de cada participante se desarrolle de manera espontánea, sin una agenda específica sobre su contenido o trayectoria. Si bien los síntomas del TEPT son el foco principal de las mediciones de resultados en esta investigación, y el procesamiento de las experiencias traumáticas y/o los pensamientos, sentimientos y comportamientos resultantes de ellas es una parte esencial de la psicoterapia, es muy probable que el alcance de las sesiones vaya más allá del procesamiento del trauma para incluir la exploración de otros aspectos psicológicos, interpersonales y espirituales de la vida. La responsabilidad de los terapeutas es principalmente acompañar y facilitar la experiencia, más que dirigirla. En ocasiones, esto se logra mejor mediante una presencia silenciosa y empática y escuchando. En otras ocasiones, los terapeutas brindarán un apoyo más activo, y ocasionalmente guía, si el participante experimenta bloqueos emocionales o somáticos que no se resuelven espontáneamente o tiene dificultades excesivas para procesar recuerdos relacionados con el trauma u otros recuerdos, pensamientos y sentimientos dolorosos. Los terapeutas trabajarán para apoyar las intenciones y objetivos terapéuticos del participante y para ayudarlo a procesar los recuerdos de eventos traumáticos para alcanzar una resolución emocional y nuevas perspectivas sobre el significado de estos eventos. También estarán presentes para ayudar a explorar y validar nuevas perspectivas sobre otras experiencias de vida, así como para acompañar a los participantes en la apreciación de experiencias alegres o afirmantes y en el disfrute de momentos de belleza, apertura del corazón y humor. Para ayudar a lograr estos diversos objetivos, los terapeutas actuarán como oyentes empáticos, guías confiables, facilitadores de la expresión emocional profunda y la catarsis, y promotores de la propia inteligencia sanadora interior del participante.

5.1 El rol del terapeuta durante las sesiones de psicoterapia asistida con MDMA

Para crear y mantener una alianza terapéutica segura y colaborativa con el participante, es crucial que los terapeutas mantengan la consciencia de sí mismos. Deberán estar empáticamente presentes durante el proceso de trauma del participante y, al mismo tiempo, mantener límites saludables y apropiados. De esta manera, invitarán al participante a mantenerse presente en su propia experiencia interna y crearán un entorno seguro que fomente la disposición a explorar percepciones nuevas e inesperadas que puedan surgir durante el proceso de sanación.

La fuerza de la experiencia terapéutica dependerá en gran medida del nivel de comodidad de los terapeutas respecto a las emociones intensas y su habilidad para estar empáticamente presentes y estar abiertos a una gama de experiencias emocionales. Como oyentes empáticos, los terapeutas prestarán atención al relato del participante sobre su experiencia interna, los significados que tiene para ellos y cualquier pensamiento o sentimiento ambivalente que pueda tener sobre dicha experiencia. Cuando sea necesario, los terapeutas ofrecerán la asistencia adecuada para que el participante afronte cualquier ambigüedad o dificultad aparente, a la vez que fomentarán la conciencia de que el participante sea la fuente de su propia sanación. Los terapeutas tendrán presente cualquier intención que el participante haya identificado para la sesión durante las sesiones introductorias, a la vez que permitirán que surja material psíquico adicional, quizás inesperado. También considerarán factores psicológicos individuales, como el estilo de apego, que puedan afectar la relación terapéutica (transferencia y contratransferencia) e influir en el grado y la naturaleza específica de la intervención terapéutica que será más adecuada para cada individuo [29].

Para mantener el delicado equilibrio entre centrarse en la experiencia interior y brindar un espacio seguro para explorarla de forma abierta, los terapeutas deberán respetar la inteligencia sanadora interna de la psique y el cuerpo del participante, entrelazando hábilmente períodos de interacción con períodos de observación silenciosa. En ocasiones, tras los períodos de silencio, será importante que los terapeutas indaguen sobre la

experiencia del participante para mantener un contacto de apoyo y determinar si puede ser beneficioso dar sugerencias, alientos, o una mayor indagación. En otras ocasiones, los terapeutas podrán invitar al participante a dejar de hablar y centrarse en su experiencia interior. Existen varias situaciones en las que este enfoque es especialmente apropiado: cuando el participante parece haberse estancado, tras periodos de conversación que parecieran representar una evitación defensiva, o durante la aparición de un problema emocionalmente cargado donde podría ayudar la oportunidad de una autoexploración más profunda durante el periodo de fuertes efectos del MDMA. Considere el siguiente ejemplo:

Participante: *“Cuando mi hermano se fue, simplemente no tuve contacto. Me sentí realmente abandonado. Él era como una roca para mí. Podía sentirme seguro. Era un muy buen hermano, y luego se fue a California. Y se fue”.*

Terapeuta: *“¿Crees que sería un buen momento para ir dentro de ti con estos sentimientos?”*

Participante: *“Sí”.*

Terapeuta: (Luego de un largo silencio) *“¿Cómo va todo ahí dentro?”*

Participante: *“Es una locura. Y no es para nada lo que esperaba... No sé si puedo verbalizarlo. Algunas cosas son muy oscuras y otras no. Me provoca un poco de ansiedad. Hay cosas que no tenía idea que tenía dentro. Estoy bien estando allí. No es nada realista. No intento conectarlo con nada. Es como si quisiera salir de mi piel. Alterno entre querer detenerme y querer quedarme. Pararé si se vuelve demasiado extraño”.*

Esta invitación no directiva condujo a material inesperado e importante que tal vez no habría surgido si la sugerencia hubiera sido más específica o directiva.

Terapeuta: *“Está bien no expresarlo con palabras en este momento. Simplemente, mantente presente en ello tanto como puedas”.*

Participante: *“Está bien”.*

Los participantes, naturalmente, desearán obtener el máximo beneficio de sus sesiones, por lo que a menudo será necesario recordarles la paradoja de que esto suele lograrse mejor entregándose al proceso en lugar de intentar dirigirlo. Se les deberá recordar que, en la psicoterapia asistida con MDMA, las perspectivas y sanación importantes suelen surgir a través de un proceso no lineal que puede cambiar y resolverse de formas inesperadas. Dicho proceso se verá reforzado por la confianza del participante en que la inteligencia sanadora interna, junto con la medicina, generará las experiencias necesarias para la sanación y el crecimiento, por lo que todo lo que surja se considerará parte del proceso de sanación. En este sentido, se invitará al participante a entregarse al proceso lo más plenamente posible y a no "adelantarse a la medicina" intentando dirigirla. El papel de los terapeutas suele ser seguir, en lugar de guiar al participante mientras explora percepciones y hace descubrimientos nuevos e inesperados. En otras ocasiones, podría ser útil que los terapeutas recuerden al participante que afrontar las experiencias dolorosas es, en realidad, un camino hacia la sanación.

Los terapeutas podrán brindar consuelo verbal cuando sea necesario, y contacto físico si se solicita, cuando el participante se enfrente a pensamientos, recuerdos o sentimientos perturbadores y potencialmente abrumadores. Sin embargo, se deberá tener cuidado de no interrumpir el proceso del participante innecesariamente ni de transmitir una falta de confianza en su propia capacidad de sanación interna. Los terapeutas deberán estar atentos a sus propias reacciones emocionales y abstenerse de intervenir en respuesta a sus propias necesidades. Su capacidad de estar presentes sin necesidad de intervenir, salvo quizás con un suave recordatorio de su presencia, puede transmitir un fuerte mensaje de apoyo compasivo y confianza en el proceso de sanación.

Terapeuta: *“Estamos aquí contigo. Usa tu respiración y quédate con ella tanto como puedas. Sabemos que es difícil, pero también sabemos por experiencia que es una parte importante de la sanación. Experimentar y expresar esto plenamente, navegándolo en lugar de alejándose de él, es la manera de sanarlo de verdad”.*

Con una combinación de escucha empática, preguntas y observaciones, los terapeutas facilitarán dos aspectos complementarios del procesamiento de estas experiencias desafiantes: enfrentar e incluso amplificar la experiencia para permitir el desarrollo espontáneo del proceso de sanación, por un lado y, por otro lado, aclarar, comprender y obtener nuevas perspectivas sobre la experiencia pasada y las emociones dolorosas.

Los terapeutas deberán procurar equilibrar sus responsabilidades como facilitadores y como observadores no invasivos. Conseguir y mantener este equilibrio podría resultar difícil en ocasiones, sobre todo al momento de decidir cuándo es conveniente permitir que el participante explore y confronte su experiencia interna sin interactuar y cuándo es más apropiado interactuar con él para facilitar un tipo de específico de experiencia. No existe una fórmula para lograr este equilibrio. El tiempo dedicado a la interacción puede variar considerablemente de una sesión a otra.

Mantener un equilibrio efectivo requerirá enfocarse en la comunicación verbal y no verbal del participante, así como comprender los detalles de su historial psicológico y la naturaleza de su proceso de sanación. Por ejemplo, si se sabe que alguien tiende a aislarse, los terapeutas tendrán un umbral más bajo para consultar con él y preguntarle sobre su experiencia. Por otro lado, si alguien tiende a defenderse de los sentimientos dolorosos hablando e intelectualizando, los terapeutas le invitarían más a volver a ponerse el antifaz y los auriculares y a llevar su atención “hacia adentro”. En muchas personas, tanto la evasión como la abstinencia pueden observarse en diferentes momentos. Mantener un equilibrio adecuado también requerirá una comprensión profunda de la naturaleza de los efectos del MDMA y la forma no lineal en que pueden conducir a la sanación.

5.2 Inicio de la psicoterapia asistida con MDMA

Al inicio de la sesión asistida con MDMA, los terapeutas revisarán el enfoque terapéutico y el rango de experiencias que pudiesen surgir durante la sesión, además de preguntarle al participante sobre cualquier inquietud o pregunta que pueda tener. Esta interacción invitará al participante a expresar sus sentimientos y brindar a los terapeutas la oportunidad de tranquilizarlo, recordarle el valor de un enfoque no directivo y reforzar su receptividad hacia el potencial curativo de la experiencia terapéutica. Considere el siguiente ejemplo:

Participante: *“Tengo este problema con lo desconocido. Simplemente no me sienta bien. No lo manejo bien. Cuando sé qué esperar, no me importa. No saber y tener preguntas sin respuesta, simplemente no lo manejo bien. Como la idea de tener ‘flashbacks’... y no sé, en el peor de los casos”.*

Terapeuta: *“Es muy natural sentir ansiedad por eso. Uno de los desafíos de este enfoque es estar dispuesto a analizarlo y trabajar con lo que surja. Las reacciones son comunes. Creo que es útil recordar que no surgirá nada que no esté ya presente. Lo que surja es algo que ya tiene, pero quizás no sea plenamente consciente de ello. Sé que puede ser aterrador. La paradoja es que, aunque este enfoque pueda despertar recuerdos o incluso ‘flashbacks’ temporalmente, le permite, en cierto modo, navegarlos, de modo que es más probable que se libere de ellos y haya menos probabilidades que se conviertan en un problema a largo plazo. Es posible que tenga más síntomas temporalmente, como ya comentamos”.*

Participante: *“Sí, claro. ¿Es una de esas cosas en las que no recuerdas lo que pasó? ¿Como estar sedado?”*

Terapeuta: *“Lo recordarás. Una de las cualidades del MDMA es que facilita afrontar los recuerdos sin ser abrumado por ellos y, de hecho, procesarlos y trabajar con ellos y con las emociones dolorosas de forma sanadora, en lugar de retraumatizar. En la vida cotidiana, los flashbacks y los recuerdos pueden surgir espontáneamente y abrumarle. Intentamos cambiar esto invitando a que cualquier cosa que surja sea en un ambiente seguro, donde la medicina le ayuda a abordarlo sin sentirse abrumado. La idea es abordar sus recuerdos con menos miedo y*

menos actitud defensiva”.

Participante: (Suspira) *“Si eso puede pasar...”*

Terapeuta: “Estamos aquí para ayudarle a permanecer con lo que está experimentando e invitarle a no juzgar si es lo correcto o lo incorrecto, sino a experimentarlo lo más plenamente posible”.

Participante: *“Ajá”*.

Terapeuta: “Pida apoyo de cualquier manera que necesite, si quiere que le tomemos la mano o le abracemos o si quieres hablar con nosotros. Es muy bueno pedir apoyo si siente que puede. Sé que tiende mucho a tratar de ser duro y resistir..”.

Participante: *“Mi actitud normal es aguantarme”*.

Terapeuta: “Hoy le invitamos y le animamos a soltar tanto de eso como pueda. Es un día entero para que tenga todo el apoyo que necesite, todo el apoyo que sea capaz de aceptar, y para permitirse sentir y trabajar con lo que surja en lugar de rechazarlo o aguantarlo”.

Los terapeutas deberán preguntar y abordar cualquier inquietud que tenga el participante sobre la próxima sesión.

Terapeuta: “Mencionó que le preocupa que pueda surgir aquel tema con su padre. Queremos recordarle que estamos aquí para apoyarle en lo que surja y creemos que cualquier cosa que surja es para sanar”.

Participante: *“Está bien. Me siento bien con eso”*.

Los terapeutas deberán referirle al participante los acuerdos que se hicieron durante las sesiones de integración respecto al contacto físico, permanecer durante toda la sesión, no dañarse a sí mismo, a los demás o a su propiedad y el permiso para que los terapeutas mencionen el trauma índice si no ha surgido.

Terapeuta: “No queremos dirigir esto tanto como seguir y apoyar la forma en que se desarrolle para usted. Por eso, confiamos en que su propio mecanismo de sanación interior le ayudará a sacar a la luz lo que sea necesario. Como ya comentamos, nos gustaría llegar a un acuerdo de que si en cierto momento no ha surgido el trauma de forma espontánea, lo mencionaremos de alguna manera para poder trabajar con él. Dejaremos que el propio desarrollo de su proceso tome lleve la batuta y, si es evidente que está pasando por un proceso profundo no verbal, no lo interrumpiremos para mencionar el trauma”.

Los terapeutas y el participante hablarán sobre sus reacciones pasadas a la ansiedad y discutirán un plan sobre cómo los terapeutas pueden ayudar si surge la ansiedad.

Participante: *“Me hago un ovillo y digo una y otra vez: ‘Para’. Por favor, no me toques porque tengo miedo de hacerte daño en este estado. Déjame descansar”*.

Los terapeutas invitarán al participante a dejar de lado las expectativas y permanecer abierto a todo lo que surja (“mente de principiante”), viendo cualquier experiencia como una oportunidad para sanar y desarrollar la confianza en su propia inteligencia curativa interna.

Terapeuta: “Le invitamos a abordar cualquier cosa que surja como parte de su proceso de sanación. Confiamos en que su inteligencia sanadora interior le traerá lo que necesita para sanar, y eso es mucho más confiable que cualquier cosa que usted o nosotros pudiéramos planear con anticipación con nuestra mente racional”.

Los terapeutas explicarán que se sabe que el MDMA aumenta los sentimientos de intimidad o cercanía con los demás y reduce el miedo al enfrentarse a material emocionalmente amenazante [8, 11, 15, 30-35]. Recordarán al participante que, en el contexto de la psicoterapia, una combinación de efectos farmacológicos facilita el proceso terapéutico, permitiéndole revivir el trauma sin sentirse abrumado por el terror o la vergüenza que pudo haberlo abrumado en el pasado. Estos efectos podrían incluir un mejor estado de ánimo, nuevas ideas sobre el significado de objetos, eventos o recuerdos, mayor acceso a pensamientos y recuerdos que causan aflicción, menor ansiedad, mayor empatía o cercanía con los demás, y menos juicios y culparse a uno mismo. [12, 33, 35-41]. Esta combinación de efectos farmacológicos debería ayudar al participante a superar el sopor emocional del TEPT y permitirle estar más abierto a experimentar toda la gama de emociones (por ejemplo, dolor, miedo, rabia, así como alegría, felicidad, amor, consuelo, etc.) sin la sensación subjetiva de agobio. Se espera que el MDMA facilite el procesamiento de sentimientos y recuerdos de forma útil, pero los terapeutas deben dejar claro que esto no significa que sea fácil y que están ahí para ofrecer apoyo en momentos difíciles.

El participante deberá comprender qué esperar sobre la aparición de los efectos. Los efectos subjetivos y fisiológicos del MDMA comenzarán entre 30 y 75 minutos después de la administración oral. Estos podrían incluir aumento de la sensibilidad y cambios perceptivos como distorsiones visuales, alteración de la luminosidad de la habitación o de los colores, cambios en la calidad o la ubicación aparente de los sonidos, alteración de la percepción del tiempo (especialmente el correr más despacio) y cambios en el significado o la importancia de las percepciones, los pensamientos y los recuerdos [34, 38, 39, 41, 42].

Al administrar MDMA, se lo debe ofrecer al participante en un tazón u otro recipiente pequeño para que lo tome y trague con agua. Esta presentación simboliza la naturaleza de la relación terapéutica, donde los terapeutas ofrecen al participante una herramienta y este conserva la capacidad de elegir si la utiliza o no.

Poco después de la administración de MDMA, se guiará al participante hacia un estado de relajación, el cual podría resultarle útil para concentrarse en la respiración abdominal. Aproximadamente 15 minutos luego de ingerir el MDMA, se le invitará a recostarse en el futón, utilizar antifaz y auriculares, si se siente cómodo, y relajarse con la música seleccionada para la sesión. El terapeuta le recordará suavemente al participante que esté abierto a lo que suceda, que confíe en su capacidad innata de sanación y que pida lo que necesite. A partir de este punto, la sesión asistida con MDMA constará de periodos de atención interior, durante los cuales el participante pone atención a su experiencia intrapsíquica sin hablar, alternando con periodos de interacción con los terapeutas. La proporción entre atención interior e interacción será aproximadamente en partes iguales, pero variará considerablemente de una sesión a otra. Durante los periodos de atención interior, los terapeutas mantendrán una clara presencia empática para apoyar el proceso.

En algunos casos, el participante podría experimentar ansiedad al inicio del consumo de MDMA. Considere el ejemplo siguiente:

Participante: *“Me siento muy raro. Siento los brazos y las piernas pesadas y con hormigueo”.*

Terapeuta: “Quiero recordarle que está en un lugar seguro y que estamos prestando mucha atención a cómo reacciona su cuerpo. Use su respiración. Lo que está experimentando es una reacción normal al inicio del efecto del MDMA. Al utilizar su respiración tal como practicamos, puede quedarse en la energía en su cuerpo”.

Participante: *(Comienza a respirar/la música es suave y melódica.)*

Terapeuta: (Luego de un largo silencio) “Es muy común sentir mucha energía en el cuerpo. Una cosa es respirar profundamente hacia ella y experimentarla, tal vez saborearla, y también, si su cuerpo quiere moverse, simplemente dejar que se exprese”.

Participante: *“Necesito dirección. Voy en todas direcciones. Necesito algo en qué concentrarme. Necesito algo en qué pensar... hay demasiados pensamientos”.*

Terapeuta: “Intente ver qué dirección le da el medicamento. En lugar de intentar controlar sus pensamientos, confíe en que la medicina desenredará esos nudos de alguna manera y tomará

dirección. Sé que tiene mucha energía en el cuerpo, así que no tiene que hacer que se relaje, simplemente deje que haga lo que necesite mientras sus pensamientos pasan”.

5.3 Periodo de efectos máximos del MDMA

Los efectos máximos suelen ocurrir entre 70 y 90 minutos después de la administración del fármaco [42-44] y persisten por entre una a tres horas [33, 39, 45]. Los terapeutas se comunicarán con el participante luego de 60 minutos si no ha hablado desde la administración del medicamento. Esta comunicación le recordará la presencia de los terapeutas y les da a estos una idea del estado interior del participante. Con base en esta información, los terapeutas lo invitarán a volver a llevar la atención a su interior o a compartir más sobre su experiencia interna.

Para contactar al participante pasados los 60 minutos, uno de los terapeutas podrá colocarle suavemente la mano en el hombro (si este ha dado permiso previo para tener contacto de esta manera) y pedírselo con suavidad. Considere el ejemplo siguiente:

Terapeuta: “Ha pasado una hora y simplemente queremos saber cómo está”.

Participante: “*No recuerdo mucho de mi infancia. Me cuesta imaginar que pueda curar esto si no recuerdo qué es. Solo quiero desenterrarlo*”.

Terapeuta: “Entonces lo que le invito a hacer ahora mismo, en la medida de lo posible, es quedarse con todo eso, incluyendo la frustración y la preocupación por no poder recordar. Permítase sentirlo todo. En la medida de lo posible, deje de preocuparse por cómo va a sanar. Respire profundamente y confíe en su propia inteligencia sanadora interior con la ayuda de la medicina”.

A medida que avance la sesión, es probable que el participante experimente un estado de ánimo positivo y una sensación de confianza, tanto sobre sí mismo como sobre los demás. En algunas sesiones, este cambio, a menudo acompañado de gratitud y reflexiones útiles sobre situaciones vitales actuales, ocurre relativamente temprano, antes de que surja el trauma. Estas experiencias parecieran proporcionar una plataforma desde la cual el participante podría abordar posteriormente el surgimiento de recuerdos traumáticos y emociones dolorosas con una mayor sensación de fortaleza y seguridad, acompañada con un cambio de conciencia hacia la empatía. Esta expansión de la conciencia permitiría al participante desarrollar un nuevo sentido de maestría sobre el trauma y las emociones dolorosas que lo acompañan.

Durante otras sesiones, los participantes podrían enfrentarse a recuerdos traumáticos relativamente temprano, antes de tener experiencias afirmativas. En este caso, es probable que estas experiencias se presenten más adelante en la sesión, o incluso en sesiones posteriores, y que contribuyan a una sensación de resolución y sanación, así como a un cambio de perspectiva sobre el mundo. Lo que Grof dijo del trabajo con LSD también aplica al MDMA: la medicina funciona, en cierta medida, como un "amplificador no específico" de los procesos mentales. Lo que suele experimentarse como difícil, puede llegar a sentirse intensamente triste, aterrador o enfurecedor. Lo que suele ser placentero o afirmativo, puede asociarse con una alegría intensa.

Una ventaja de este abordaje relativamente no directivo es que permite que el proceso de cada participante tome cualquiera de estos caminos, o cualquier otro, elegido por la inteligencia sanadora innata del mismo individuo.

Considérese el siguiente ejemplo de una experiencia afirmativa al principio de la sesión. En su primera sesión asistida con MDMA, esta participante en particular había comenzado con una puntuación de Unidades Subjetivas de Angustia (SUD) de 7/7. Refirió sentirse muy ansiosa ante lo desconocido, incluyendo el temor a sufrir flashbacks. Unos 45 minutos después de la administración de MDMA, comentó:

“*Tengo las piernas un poco pesadas y el pecho un poco caliente, lo cual no es malo, ya no estoy nerviosa. Me siento cálida y a gusto, no estoy estresada en absoluto*”. Al llegar a la hora, su SUD era cero (de hecho, lo reportó como "menos 15"). “*Los colores son brillantes, siento*

calor por dentro, tengo mucha energía... Mis pensamientos fluyen rápidamente. Necesito dirección. Cariño, estoy viendo obstáculos". Los terapeutas le sugirieron que volviera a centrarse en su interior. Luego de unos minutos, dijo: *"Acabo de oír: '¡Eres la mejor!'... Veo la conexión entre la desrealización y la violación".* Habló brevemente sobre la violación y se dio cuenta de la ira, el culparse a sí misma y la sensación de soledad, luego agregó: *"Ha habido desesperación bajo el entumecimiento. Ahora me siento protegida, por fin me siento amada y protegida. (Solloza) Es bueno tener a alguien que se preocupa".* En esta sesión, continuó hablando sobre la violación, dándose cuenta de cómo las experiencias de su infancia la habían vuelto vulnerable. Gran parte de la sesión apreció poder sentir realmente, por primera vez, cuánto amor y seguridad había en su matrimonio. En las sesiones de seguimiento, dijo: *"Ahora tengo un mapa del campo de batalla. Creo que la próxima vez podré procesar el trauma con mayor profundidad"*, y así lo hizo.

El intercambio anterior es un ejemplo de lo que se entiende por "no directivo". Los terapeutas sí le dieron cierta dirección cuando ella la solicitó, sugiriéndole que volviera a centrar su atención en su interior. Dicha dirección se presenta como una sugerencia, no como una instrucción, y no dirigió sus pensamientos, los cuales según ella "fluían rápidamente", sin ninguna dirección en particular, ni intentar intervenir para que fueran más lento. La riqueza y el valor de las experiencias que se desarrollaron evidencian el potencial terapéutico de este enfoque.

Considere el ejemplo siguiente de una experiencia de ser confrontado por recuerdos traumáticos relativamente temprano en la sesión:

Una participante, en su primera sesión asistida con MDMA, comenzó a llorar una hora después de la administración de MDMA y describió miedo, tristeza, visión borrosa y sensaciones corporales que sintió cuando fue apuñalada. Pasó a revivir espontáneamente el trauma con todo detalle como si estuviera viendo una película con el tiempo corriendo más lento. Dijo: *"Ahora parece más real que cuando ocurrió".* A veces era capaz de describírselo a los terapeutas, otras veces surgían fuertes flashbacks: *"Por favor, no me dejes morir, tengo cosas que cerrar, baja, baja"*, mientras levantaba sus manos como para protegerse. Esta experiencia continuó durante más de una hora, con los terapeutas escuchándola con empatía y contactándola periódicamente para recordarle su presencia. El resultado fue un profundo nivel de sanación que continuó desarrollándose a partir de esta oportunidad de procesar el trauma en un entorno seguro que le permitió estar más presente de lo que había estado durante el evento real.

Resulta común que los participantes establezcan conexiones espontáneas entre sus sentimientos sobre eventos traumáticos específicos y las experiencias de su infancia. A menudo, ellos descubren ideas de cómo las experiencias previas pueden haberlos hecho más vulnerables a traumas posteriores o haber afectado su respuesta a traumas posteriores. Considere el ejemplo siguiente:

Terapeuta: "Estaba comenzando a sentir el miedo".

Participante: *"Pasé del miedo a 'estoy realmente enojada conmigo misma por haber permitido que eso sucediera'"*.

Terapeuta: "¿Es más fácil sentir eso que el miedo?" Participante: *"Supongo que sí"*.

Terapeuta: "Ya que estaba experimentando eso y el miedo empezó a surgir, le invité a entrar en sí misma y sentir ese miedo. ¿Cuánto tiempo pasó antes de que se convirtiera en ira?"

Participante: *"No mucho tiempo"*.

Terapeuta: "¿Cree que su mente hace eso para distraerla de la sensación de miedo?"

Participante: *"Es posible. Después del primer '¿Qué demonios está pasando?', mi mente se conectó a 'esto no está pasando. Es demasiado absurdo para estar pasando'... desde pequeña..."*

nunca me sentí protegida, la verdad. Nunca recibí ningún apoyo. No era libre de ser yo misma... solo lo que la situación requería. Tuve que hacerlo entonces también, ser lo que la situación requería”.

(Largo silencio)

“Siento que gran parte de esta carga que llevo encima me lo he impuesto yo misma, ya sea por decepción en mí misma o por culparme a mí misma. No me malinterpreten, no creo que lo mereciera, ni lo buscara, ni que hiciera algo para provocarlo. No me siento así en absoluto. Es como un punto de partida, y encima tienes las dudas y desesperación, y antes de que te des cuenta, tienes un burrito de siete pisos. Puedo sentirlos todos. No sé cómo expresarlo ni articularlo, pero puedo sentirlos todos. No es el ‘puaj’ [de asco] que solía describir. Están apilados uno sobre el otro. Supongo que lo he hecho durante tanto tiempo que, cuando ocurrió la violación, fue la gota que colmó el vaso. Simplemente me fui. Mi mente me dijo, ya es suficiente, basta”.

Con este abordaje, se asume que los terapeutas no tienen forma de saber cuándo ni para quién será más útil centrarse en el trauma índice, y cuándo les resultará más útil establecer conexiones con otros eventos o períodos de su vida. Dicho enfoque relativamente no directivo deja esta decisión en manos de la inteligencia curativa innata del individuo.

La psicoterapia asistida con MDMA ayudará al participante a afrontar recuerdos traumáticos y a procesar los pensamientos y emociones asociados. Como se ilustró antes, a menudo se descubren ideas sobre patrones emocionales y conductuales arraigados, basados en respuestas tempranas de protección contra la ira, el duelo y la vergüenza subyacentes. Con mayor autoaceptación y menor autocrítica, el participante adquirirá claridad y confianza en sí mismo, un sentido de autoeficacia y una relación menos temerosa, más abierta y curiosa con los recuerdos, pensamientos y sentimientos que se vayan manifestando. Se espera que una sensación de calma interior en lugar de una excitación extrema al confrontar material relacionado con el trauma ayude al participante a examinar los recuerdos y pensamientos con mayor profundidad y objetividad, permitiendo al mismo tiempo que afloren emociones intensas. La sensación de seguridad puede funcionar en conjunto con el recuerdo facilitado para permitir una exploración más profunda de los eventos relacionados con el trauma y sus efectos en las relaciones y otros aspectos de la vida del participante. Este mecanismo concuerda con las observaciones de otros métodos terapéuticos que requieren el procesamiento del trauma, el cual, para ser eficaz, debe ir acompañado de cierto grado de conexión emocional o "activación del miedo", evitando al mismo tiempo la disociación o la emoción abrumadora [1]. Esta estrategia ha sido llamada trabajar en el «nivel óptimo de estimulación» o «ventana de tolerancia» [4, 46, 47]. Considere el ejemplo siguiente:

Participante: *“El miedo es la única emoción que realmente he conocido bien... miedo a esto, miedo a aquello. Eso es todo lo que recuerdo haber sentido hasta donde recuerdo. Un miedo desgarrador, que detiene el corazón”.*

Terapeuta: “Mmm”. (Largo silencio/música de piano suave)

Participante: *“He guardado todo esto dentro durante mucho tiempo. Son tan pesadas estas emociones... Es como si me hubieran educado así desde que tengo memoria. A los niños había que verlos, no oírlos. Desde entonces, intenté hacerme lo más insignificante posible. Luego de la violación, salí en los titulares. Conocía a todos en el hospital. Sentía vergüenza, como si tuviera una letra escarlata”.*

Terapeuta: “Creo que es importante que experimente estos sentimientos de miedo y vergüenza. Ha estado aferrándose a estas emociones durante mucho tiempo, y también a la creencia de que tiene que ser de cierta manera. El solo hecho de darse cuenta de esto es muy poderoso”.

Participante: *“Y todo se relaciona con cómo manejé mis relaciones adultas, porque siempre tuve miedo de ser yo misma, ya que nadie me querría tal como soy. Entonces llegó Tom y ya no tengo que ser de tal o cual manera. Ahora tengo a alguien en quien apoyarme, alguien que está ahí para mí y no me juzga. Es una sensación maravillosa”.*

A medida que el participante experimenta una mayor cercanía con los demás, con mayor confianza e intimidad, también podrá sentir empatía y perdón hacia sí mismo y los demás. Idealmente, esta progresión llevará al participante a sentirse valioso, pese a la vergüenza o la aflicción causadas por el evento o eventos traumáticos.

Participante: *“Sentí esa conexión entre Tom y yo. Hacía mucho tiempo que no la sentía, y eso me hace sentir mucho mejor, saber que sigue ahí. Ha sido muy estresante para mí ya no haberla sentido”.*

Estas percepciones también podrían ayudar al participante a desarrollar una mayor confianza en los terapeutas y facilitar la conversación sobre su experiencia interna. El participante también puede ser más propenso a seguir cualquier sugerencia destinada a mejorar la experiencia terapéutica o a ayudarlo a mantenerse conectado con un elemento particular de la experiencia, como un recuerdo, sentimiento o idea difícil.

Participante: *“Es horrible vivir. Ustedes son una bendición. Es tan bueno tener a alguien que me comprenda. Durante tanto tiempo he tenido que tomar esta pastilla, tomar aquella pastilla. La noche que me violaron, lo primero que pensé fue: ‘No me van a creer por la camiseta que llevaba puesta’. De verdad pensé que nadie me creería. Y aquí están. A lo largo de los años, todos me han dicho que tome esto y que tome aquello. Nadie se ha molestado en investigar los síntomas y ayudarme a descubrir la causa”.*

Esta clase de expresión verbal presenciada por los terapeutas suele desempeñar un papel importante en el proceso terapéutico. Al escuchar y conversar con el participante, los terapeutas también evaluarán si dicha interacción verbal es lo indicado o si podría ser un intento de defensa en un contexto emocional difícil o doloroso. Si bien el enfoque terapéutico general debe ser en gran medida no directivo, en ocasiones la orientación o la redirección podrían ser valiosas. Si el participante pareciera estar intelectualizando, es probable que la experiencia interna no se haya resuelto y necesite más tiempo para desarrollarse. Dicha situación a veces se conoce como que el participante "se adelanta a la experiencia emocional interna". En estos casos, será valioso que los terapeutas intervengan y guíen al participante de vuelta a su experiencia interna. En este caso, la guía debería ofrecerse como una posible opción, sin implicar que es lo esperado o que es el único camino correcto a seguir.

A veces la invitación busca ampliar la discusión verbal:

Terapeuta: “¿Quiere contarnos más sobre esto?”

O para dirigir la atención a la comunicación no verbal o indirecta:

Terapeuta: “Acabo de notar que su voz cambió. ¿Está sucediendo algo que usted observe?”

En otras ocasiones la invitación apunta a llevar la atención hacia adentro:

Terapeuta: “¿Estaría dispuesto a experimentar y no distraerse de esa manera durante unos minutos solo para ver qué puede descubrir?”

Terapeuta: “¿Tal vez este sería un buen momento para ponerse el antifaz y los auriculares y volver adentro para dejar que la medicina le ayude con esto?”

Algunos participantes se resisten a "volver adentro" pese a que se les invita a hacerlo. Se deberá respetar su decisión. Sin embargo, si se tratase de un patrón recurrente, se deberá explorar con curiosidad carente de prejuicios en algún momento, ya sea durante las sesiones experimentales o las sesiones de integración, como preparación para la siguiente sesión experimental.

Otros participantes podrían seguir la sugerencia de "ir hacia adentro", pero tienden a retomar el diálogo en cuestión de segundos o minutos. En este caso, podría ser útil que los terapeutas expresen la sugerencia en

términos de un período de tiempo, por ejemplo:

Terapeuta: “Tal vez este sería un buen momento para ponerse el antifaz y los auriculares y volver al interior **por un período de tiempo**, para ver qué le pueden mostrar la medicina y su inteligencia sanadora interna sobre todo esto”.

Dirigir la atención al cuerpo y/o a la respiración podría ser una forma útil de dirigir la atención de vuelta hacia la experiencia interior. Considere el ejemplo siguiente:

Terapeuta: “¿En qué parte de su cuerpo sientes eso?”

Terapeuta: “Puede ser útil ponerse en una posición realmente cómoda y permitir que su cuerpo se hunda en el colchón”.

Participante: “*Me siento tan mal. ¿Podría guiarme por alguna de las experiencias traumáticas para ayudar a enfocarme?*”

Terapeuta: “Por supuesto. Si siente que es el momento de hacerlo ahora, podemos ayudarlo, pero quizás sea mejor que primero vaya hacia adentro y, en la medida de lo posible, se relaje y entre en la forma que se desarrolla la experiencia. A veces, hablar puede ser un obstáculo para la experiencia. Podemos hablar más tarde”.

Esta respuesta se basó en la sensación del terapeuta de que el participante intentaba forzar la experiencia y buscaba una dirección externa a expensas de su conciencia interna.

Participante: “*Me siento realmente inquieto*”.

Terapeuta: “Simplemente intente dejarse llevar por esa energía por un rato”.

Terapeuta: “Creo que sería bueno recostarse, hundirse en el colchón y dejar que el cuerpo se sienta cómodo con ese movimiento, si lo necesita. Intente dejar que su respiración lo lleve dentro de la confusión y que la medicina actúe mientras respira y te lo lleva por la experiencia”.

Participante: “*Si no le importa, ¿podría recordarme que respire? Solo deme una pequeña señal para que respire*”.

Terapeuta: “¿Qué tal si le toco el hombro como recordatorio? Recuerde las palabras: ‘No se adelante a la medicina’. Deje que la medicina le lleve adonde necesita ir”.

En muchos casos, simplemente dirigir la atención al cuerpo, indagar sobre la experiencia física del momento presente e invitar al participante a permitir el movimiento o la expresión espontáneos será suficiente para un mayor descubrimiento y para la liberación de tensiones o bloqueos corporales. Si se requiere que se facilite más, el enfoque específico variará según la formación y la experiencia de los terapeutas, pero siempre deberá presentarse como una sugerencia o invitación a una mayor exploración, más que como una instrucción o requisito.

Si el participante se “resistiese” a una sugerencia, reconozca que probablemente esto no sea deliberado, ni siquiera consciente, y que suele ser mejor aceptar y seguir la dirección que él tome en lugar de cuestionar o interpretar aún más la resistencia de ese momento. Una excepción a este abordaje es cuando alguien parece evitar algo de manera recurrente. En tal situación, si el terapeuta decidiese abordar directamente la resistencia, deberá realizarlo con delicadeza, como una exploración colaborativa, respetando que la intención subyacente de una defensa es la autoprotección. Al igual que en otras terapias, el enfoque deberá ser procesar la resistencia en sí misma en lugar de intentar vencerla. Con un abordaje suave y mínimamente directivo, con el tiempo, será probable que el participante vuelva al tema espontáneamente más adelante en la sesión o en sesiones posteriores asistidas con MDMA o en las sesiones de integración de seguimiento.

Participante: *“Me acabo de dar cuenta de que cada vez que pensaba en aquella vez del punto de control, decidía ir al baño. Ahora estoy listo para hablar de ello”.*

En este punto, el participante podría tener ideas valiosas sobre la resistencia, así como sobre el problema subyacente. Esta es una situación en la que la intuición y el juicio del terapeuta tienen un margen de flexibilidad. Las ideas que se formulen espontáneamente probablemente sean más beneficiosas, aunque a veces la dirección del terapeuta también puede generar una valiosa oportunidad de sanación. Es importante por ello lograr un buen equilibrio: priorizar la autodirección en lugar de la dirección del terapeuta.

Los terapeutas deberán reconocer y poner atención tanto los procesos psicológicos subyacentes del participante como la experiencia generada por el medicamento. Esta responsabilidad implicará apoyar al participante en el procesamiento de los efectos negativos del trauma y, simultáneamente, apoyar los efectos suavizantes del MDMA. La presencia de los terapeutas y los efectos del medicamento pueden brindar una sensación de seguridad, ya que las barreras de percepción del participante se abren para permitir un mayor acceso a recuerdos, pensamientos y emociones con mayor claridad, compasión y sentido de conexión interpersonal. Considere el ejemplo siguiente:

Participante: *“A veces estoy tan desprendida de mi familia. A veces ni siquiera siento que soy la mamá de Aileen. Simplemente no hay... No lo sé”.*

Terapeuta: “Su desrealización tiene toda su atención”. Participante: *“Mi percepción está mal”.*

Terapeuta: “Este es un momento seguro para observar mejor su propia experiencia. Intente centrarse en ella en lugar de dejar que le dirija desde fuera o simplemente tener que resistir. Parece que hoy se está revelando que existen estas capas conectadas no solo con la violación, sino también con las experiencias previas. Primero, la capa superior es la despersonalización de cuando cayó el velo; luego, está el autojuicio; y debajo de eso, el miedo y la ira. Por fin es seguro volver a visitar eso”.

Participante: *(Respira suavemente).*

Una mayor sensibilidad respecto a problemas con las relaciones interpersonales y la intimidad podría permitir a los participantes considerar cómo sus síntomas han alterado o deteriorado sus relaciones con los demás. Con esta perspectiva, los participantes podrían ver sus relaciones interpersonales con mayor realismo, sin juzgarse a sí mismos ni a los demás con demasiada dureza. Considérese el siguiente ejemplo:

Participante (durante una llamada telefónica acordada con el esposo de la participante cerca del final de la sesión): *“¿Le dijo a Tom que lo amo?”.*

Terapeuta: “No. Lo siento, lo olvidé, pero puedo llamarlo de nuevo. ¿Es algo que está experimentando profundamente ahora?”.

Participante: *“Sí, en un nivel profundo, un sentimiento profundo por todo el amor y entendimiento de aquello por lo que estoy pasando y no saber cómo ayudar. Es mi alma gemela. No sé qué haría sin él. Ese amor tan profundo que siento ahora mismo, hacía tanto tiempo que no lo sentía”.*

Un mayor enfoque en las relaciones interpersonales puede beneficiar a los participantes que se han distanciado de los demás como forma de afrontar el trauma o los síntomas de TEPT. La confianza interpersonal también puede ayudar a quienes han experimentado falta de apoyo de sus seres queridos tras eventos traumáticos. Los terapeutas y el participante pueden intentar explorar explícitamente estas áreas durante una parte de la sesión asistida con MDMA.

Durante la sesión asistida con MDMA, el participante podría experimentar fuertes reacciones emocionales “negativas”, incluyendo sentimientos de pérdida de control. En caso de que los terapeutas observasen que la aflicción del participante interfiere con su capacidad para concentrarse en la experiencia interna, intervendrán

invitándolo a seguir presente en los niveles más profundos de emoción, incluyendo sentimientos de aflicción, y a confiar en que es seguro afrontar dicha experiencia. Le recordarán que en este entorno de apoyo no solo es seguro, sino también beneficioso, experimentar el miedo a perder el control y experimentar con soltar la necesidad de control, sin de hecho salirse de control o estar en peligro. Invitarán al participante a soltar el control y a experimentar y expresar plenamente sus sentimientos, incluyendo cualquier miedo a perder el control. La guía de los terapeutas podría consistir en:

- Presentar ejercicios de respiración previamente practicados (por ejemplo, “usa tu respiración para permanecer en tu experiencia, respira para entrar en ella”).
- Declaraciones verbales que aseguren al participante que se encuentra en un lugar seguro y que lo que está por venir es parte del proceso de sanación.
- Invitar al participante a hablar o expresar sus emociones (por ejemplo, llorar, gritar, u otros sonidos). "Deja que las lágrimas fluyan" o "Deja que esos sonidos salgan".
- Tomar la mano del participante o brindarle otro tipo de contacto reconfortante.

Durante períodos difíciles, uno o ambos terapeutas ofrecerán contacto de apoyo (si es cultural y personalmente aceptable para el participante) pidiendo permiso previo (por ejemplo, "¿quiere que le tome la mano?").

De esta manera, los terapeutas ayudarán al participante a quedarse en experiencias emocionales intensas como miedo, ansiedad, vergüenza, culpa, etc., en lugar de intentar suprimirlas o evitarlas. Los terapeutas le recordarán que esta es una progresión natural del proceso terapéutico, abrirse y navegar territorios internos que antes habían temido o no habían podido enfrentar plenamente.

Terapeuta: “Le invito a que permanezca tan presente como pueda en esa confusión (sensación de estancamiento, miedo, etc.), que la sienta tan plenamente como pueda y que la exprese de cualquier forma que pueda surgir”.

Considere el ejemplo siguiente de cómo ayudar a un participante con una experiencia difícil:

Participante: *(Respiraciones profundas) “Miedo”*.

Terapeuta: “Miedo. ¿En qué parte del cuerpo lo siente?”

Participante: *“En mi pecho. Me cuesta respirar, siento un miedo sofocante”*.

Terapeuta: “¿Hay alguna imagen o contenido asociado a eso?”

Participante: *“No, solo un miedo profundo. Solo esa sensación de que algo está mal. Simplemente está mal. No sé cómo explicarla. Es como un desaliento... ese miedo, terror abrumador y sofocante, un miedo fuera de control donde no puedes hacer nada”*. (llorando)

Terapeuta: “Yo entendería esto como algo que ha estado cargando consigo y ahora está surgiendo para ser expresado y sanado”.

Participante: *“Es raro. Mi cuerpo... sé que estoy seguro, pero mi mente simplemente no quiere saberlo. Es una extraña combinación, mi mente le dice una cosa a mi cuerpo y mi cuerpo dice ‘NO’, pero mi mente es solo, solo... es como si alguien me arrojara una manta mojada encima. Es así de sofocante. Sabes que no puedes recuperar el aliento... solo miedo”*.

Terapeuta: “Recuerde su respiración. Estamos aquí con usted”.

A menudo, la invitación a llevar la atención al interior y/o a tomar consciencia del propio cuerpo y utilizar la

respiración será suficiente para que el participante pueda permanecer dentro de una experiencia difícil y, finalmente, navegarla hasta encontrar nuevas perspectivas y una sensación de limpieza, apertura y relajación corporal. De no ser así, los terapeutas podrían ofrecer algún nivel de trabajo corporal enfocado como catalizador adicional del proceso.

Terapeuta: “Una opción para trabajar con esto sería que trabajemos con esa parte de su cuerpo. Es totalmente optativo, y si decide hacerlo lo haremos sin ninguna agenda, sin intentar hacer que suceda algo, solo para ver si hay algo que su cuerpo quiera hacer o si hay algo que liberar ahí. Siempre podrá decir ‘basta’ en cualquier momento”.

A menudo, los participantes tendrán imágenes vívidas que pueden representar algún aspecto de su proceso de sanación. Considérese los siguientes ejemplos:

- *“Sentí una profunda conexión con los sentimientos dolorosos de los traumas al verlos pasar en esferas, pero no me causó ansiedad. Sentí una profunda tristeza en el corazón, [llorando], pero también una profunda felicidad por estar sanándolos y dejándolos ir”.*
- *“Es como si cada vez que entro viera flores y cogiese una, y esa era la siguiente cosa en la que trabajar. Y hay cosas que son difíciles de soportar, pero cada vez que las navego me siento mucho mejor”.*
- *“Es como si me hubieran atado cuerdas y ahora se estuvieran aflojando”.*
- *“Soy una enorme pila de fertilizante que se vuelve compost y luego se convierte en tierra hermosa y rica. Es la época perfecta para que llueva. Soy un transformador, soy la tierra, yo soy. Las hojas, la lluvia, incluso la lluvia ácida, me golpean, y tengo un ecosistema poderoso, todo puede ser absorbido. Lo que estamos haciendo aquí es convertirnos en compost”.*
- *“Veo enormes puertas blancas con hermosos cristales blancos, enormes y pesadas, pero un maestro las diseñó para que puedan abrirse con una sola mano. Es solo sin miedo que las puertas son tan ligeras. ¡Qué interesante! Si me acerco a ellas con todos mis miedos, me debilita. Saco esos miedos de diferentes partes de mi cuerpo, los miro y digo: ‘Está bien, pero los dejo aquí’. El miedo me fue útil en su momento, pero no ahora para pasar por estas puertas”.*

5.4 Última parte de la sesión de psicoterapia asistida con MDMA

A medida que disminuyan los efectos del MDMA, los terapeutas podrán hablar con el participante más extensamente sobre lo experimentado durante la sesión. Los terapeutas preguntarán si el participante desea brindar información más detallada sobre su estado emocional y psicosomático [16]. No obstante, no deberán presionarlo para hacerlo en ese momento, se puede dejar para las sesiones de seguimiento.

Terapeuta: “No hay presión para hablar ahora, pero queremos darle la oportunidad de compartir más detalles si siente que eso está bien. A veces, algunas personas creen que es mejor guardar silencio sobre la experiencia hasta otro día, y a otras les resulta útil hablar de ello en ese mismo momento”.

Los terapeutas invitarán al participante a reflexionar y aceptar la validez de su experiencia, incluyendo cualquier nueva perspectiva. Si el participante expresase arrepentimiento o se juzgase a sí por lo ocurrido durante la sesión experimental, los terapeutas lo ayudarán a normalizar estos sentimientos y le brindarán tranquilidad. Considere el ejemplo siguiente:

Terapeuta: “Sabe, hoy ha enfrentado y hablado de muchas experiencias difíciles de maneras que antes no había podido. Es muy importante para su proceso de sanación que lo haya hecho; sin duda es algo positivo, y también es comprensible que haya algunas dudas o juicios al

respecto a medida que el efecto de la medicina desaparece. Eso es común en personas que hacen este trabajo. Parte de nuestro papel es ayudarlo a procesar estos pensamientos y sentimientos también, y respetar que hay partes de usted que quizás aún no confíen en la validez de la experiencia. Todo es parte del proceso. ¿Qué piensa de eso? ¿Fue una experiencia genuina o simplemente una experiencia con drogas que no fue realmente válida ni real?”

Participante: *“No, fue una experiencia real. Fue mi propia experiencia. La droga lo hizo posible, pero fue mi experiencia”.*

Si el participante indicase dolor físico, tensión, ansiedad u otros signos de aflicción, los terapeutas podrán utilizar el trabajo corporal enfocado (ver Sección 6.3 Trabajo corporal enfocado durante la integración).

Cuando la aflicción emocional de un participante persista hacia el final de la sesión y no logre procesar y navegar espontáneamente una situación difícil, los siguientes pasos podrían resultar útiles. En la mayoría de los casos, estos pasos deberán seguirse secuencialmente, pasando al siguiente paso solo de ser necesario:

1. Pregunte: “¿De qué es consciente en su cuerpo?”. Esta pregunta ayudará al participante a tomar consciencia del vínculo entre sus emociones de aflicción y cualquier manifestación somática. Hacer esta conexión y sugerir: “respire hacia esa zona y deje que tu experiencia se desarrolle”, podría ser la única intervención necesaria.
2. Invite al participante: “use la respiración para mantenerse lo más presente posible en esta experiencia. Vaya hacia adentro para que su inteligencia sanadora interior trabaje con esto”. Si el participante aún estuviese bajo los efectos del MDMA, añada: “La medicina le ayudará a lograrlo”.
3. Si el participante estuviese muy agitado (ansiedad, moverse en el tapete, abrir los ojos), podría resultar útil tomarle la mano o colocarle suavemente una mano en el brazo, el pecho, la espalda o en una zona donde sienta dolor, tensión u otros síntomas físicos. Este contacto reconfortante puede tranquilizar y ayudar a reenfocar la atención en la experiencia interior, pero solo deberá efectuarse con el permiso del participante.
4. Pregunte: “¿Hay algún contenido (imágenes, recuerdos o pensamientos específicos) que surja con estos sentimientos?” De ser así, los terapeutas podrán fomentar una mayor discusión. La oportunidad de poner la experiencia en palabras podría ser en sí misma terapéutica, especialmente en este entorno seguro. Este momento también podría ser una oportunidad para que los terapeutas ayuden al participante a explorar las conexiones entre los síntomas actuales y las experiencias traumáticas pasadas, así como una oportunidad para comenzar a poner estas experiencias en perspectiva en su vida actual.
5. Luego de este período de conversación, así como periódicamente a lo largo de la sesión, invite al participante a “volver a su interior”, a centrarse en su propia experiencia interior.
6. Si el participante continuase expresando o exhibiendo aflicción emocional, tensión somática o dolor, podría ser indicado un trabajo corporal de naturaleza más enfocada de acuerdo con la formación y experiencia de los terapeutas en dicha área.

5.5 Conclusión de la sesión de psicoterapia asistida con MDMA

Al finalizar la sesión asistida con MDMA, el participante podrá invitar a alguien cercano a la consulta para que se una al proceso de integración. Esta visita deberá discutirse y planificarse con suficiente antelación a las sesiones. Los terapeutas deberán reunirse con el participante y la persona allegada para evaluar la calidad de la relación y la capacidad de esta última para brindar el apoyo adecuado sin dar órdenes ni ser intrusivos. Si existiesen motivos para creer que una visita en este momento interferiría con el proceso de integración en lugar de favorecerlo, los terapeutas deberán desaconsejar el contacto con dicha persona hasta el día siguiente.

Si se invitase a alguien cercano, se deberá acordar que permanecerá en la sala de espera hasta que uno de los terapeutas lo reciba. Si, como ocurre a veces, pero no usualmente, se le ha pedido que viniese antes de que hayan desaparecido la mayoría de los efectos del MDMA, el participante deberá estar preparado para esperar hasta que los terapeutas y el participante decidan que es un buen momento para que ingrese a la sala de sesiones.

Se deberá invitar al participante a no tomar como algo personal si, debido a la naturaleza de la sesión, no se lo invitase a entrar hasta más tarde de lo previsto. Cuando llegue la visita, uno de los terapeutas (con permiso previo del participante) deberá reunirse brevemente con ella fuera de la sala de sesiones para explicar el estado actual del participante, preguntarle sobre cualquier inquietud o pregunta que pudiese tener y evaluar su capacidad para estar presente de manera empática en el estado mental actual del participante. Considere el ejemplo siguiente:

Terapeuta(fuera de la sala de sesiones con el marido de una participante que llegó cuatro horas después de la administración de MDMA): “Hola, gracias por venir. Ella está teniendo una sesión muy buena y poderosa. Le gustaría que usted volviera, pero primero quiere que lleguemos a un acuerdo. Ella comprenderá si decide no aceptar este acuerdo y no tendrá ningún problema con lo que usted decida. Quiere hablar más con usted sobre el abuso que sufrió, pero teme que pueda confrontar y lastimar a su abusador. Por eso no le ha hablado más del tema antes. Por lo tanto, quiere saber si está de acuerdo en que, sin importar lo que escuche, no actuará de esa manera. Entiendo perfectamente si honestamente no puede aceptarlo, y ella también. También entendemos si simplemente no está preparado para escuchar más sobre su abuso, porque estoy seguro de que será difícil. Queremos que sea muy honesto sobre lo que puede aceptar y lo que siente que está bien hacer”.

Persona cercana (luego de alguna reflexión): “Estoy de acuerdo. Sé que sería bueno que ambos dejáramos de evitar hablar de ello. He estado evitando mencionarlo porque no creía que ella quisiera hablar de ello”.

La participante y su persona cercana mantuvieron una conversación con una conexión hermosa respecto al abuso. Pudieron hablar y escucharse mutuamente con empatía y comprensión, además de procesar sus sentimientos al respecto de una manera muy sanadora.

Hacia el final de la sesión, los terapeutas conversaron con la participante y su persona cercana respecto a algunos de los efectos secundarios de la experiencia con MDMA y qué podría esperarse con el tiempo a medida que avance el proceso de sanación. Este momento puede ser óptimo para repasar los acuerdos respecto a cómo podrán apoyarse mutuamente durante este período.

El participante pasará la noche en el centro de tratamiento, acompañado por un asistente capacitado. Se le podrá ofrecer la opción de que su persona cercana también se quede. Tanto el participante como su asistente tendrán acceso a un medio para contactar a los terapeutas. Estos deberán estar disponibles por teléfono y también pueden regresar a la clínica si lo solicita el participante o el asistente.

Los terapeutas considerarán las medidas fisiológicas (presión arterial, pulso y temperatura), así como la aflicción y el estado mental autorreportados, para emitir un juicio clínico sobre la estabilidad del participante y la disminución de los efectos de la droga. Si el participante experimentase aflicción emocional residual, los terapeutas utilizarán su juicio clínico para evaluar la intensidad de la aflicción y determinar las intervenciones necesarias. En la mayoría de los casos, la intervención adecuada consistirá en permitirle al participante expresar sus sentimientos y ayudarlo a comprender la importancia de los mismos en el proceso general de curación. Los terapeutas solo se marcharán de la clínica cuando hayan concluido que el participante se encuentre emocional y médicamente estable y que la mayoría de los efectos del MDMA han pasado.

Se deberá informar al participante que, aunque los efectos agudos del MDMA hayan desaparecido, los efectos de la sesión asistida con MDMA inevitablemente continuarán manifestándose durante las horas y días posteriores a dicha sesión. A menudo, se invitará al participante a escribir sobre su experiencia o a crear obras de arte con los materiales proporcionados como una forma de continuar explorando y expresando su

experiencia. También se le invitará a prestar atención y anotar cualquier sueño que recuerde en los días posteriores a la sesión. Se le asegurará que los terapeutas continuarán brindándole apoyo y ayuda para abordar y resolver cualquier dificultad. Antes de retirarse, los terapeutas podrán repasar y ayudar al participante a practicar las técnicas de relajación y autocontrol enseñadas en las sesiones introductorias. Si las medidas anteriores no reducen lo suficiente la angustia del participante, los terapeutas deberán considerar la terapia corporal focalizada. Se podrá administrar un “medicamento de rescate” si una ansiedad significativa persiste y todas las demás intervenciones no han logrado reducirla a un nivel tolerable.

Si todos los medios para reducir la aflicción del participante han fallado y el participante permanece severamente ansioso, agitado, en peligro de autolesionarse o suicidarse y está psicológicamente inestable al final de un período de estabilización de dos horas, los terapeutas podrán decidir entre una de estas tres opciones:

1. Uno o ambos terapeutas podrán permanecer con el participante hasta que esté estable.
2. Los terapeutas podrán reunirse con el participante diariamente hasta que haya pasado el período de desestabilización.
3. El participante podrá ser hospitalizado hasta que se encuentre en una condición estable.

Los terapeutas solo utilizarán la opción de hospitalización en circunstancias extremas, intentando antes todas las demás opciones viables. Es probable que la hospitalización se indique solo en muy raras ocasiones y, por lo general, se utilizará solo si la persona presenta una desorganización clínica significativa, no puede cuidar de sí misma o representa un peligro potencial para sí misma o para los demás.

A menos que se requiera tratamiento o atención continua por parte de los terapeutas, el participante pasará el resto de la tarde y la noche en una cómoda habitación privada en la clínica o consultorio de los terapeutas. Un asistente permanecerá de guardia durante este tiempo y dispondrá de una habitación separada para descansar. El asistente podrá actuar como un oyente imparcial y empático, si se desea, pero principalmente servirá como un cuidador comprensivo y supervisará el estado mental y físico del participante. Los asistentes deberán tener la capacidad de estar presentes ante las emociones de los demás sin reaccionar emocionalmente. Se les indicará que respeten cualquier deseo del participante de tener un momento de tranquilidad a solas y que escuchen con compasión si el participante deseara hablar. Los asistentes no deberán interpretar las experiencias del participante ni actuar como terapeutas. Atenderán sus necesidades de comida o bebida y le ofrecerán compañía sentándose o caminando con él según lo que desee. El asistente se comunicará con los terapeutas si, en algún momento, el participante pareciera experimentar una aflicción excesiva. El participante podrá pasar tiempo en interiores o exteriores, siempre que el asistente esté cerca. Sin embargo, se le invitará a descansar, reflexionar e integrar la experiencia reciente en un ambiente tranquilo.

Aunque la psicoterapia asistida con MDMA suele mejorar o resolver el insomnio secundario al TEPT, es bastante común que los participantes tengan dificultad para dormir la noche siguiente a la sesión, en parte debido a los efectos residuales del MDMA, similares a los de las anfetaminas. Es razonable que el médico responsable recete un sedante/hipnótico, como zolpidem o benzodiazepina, si el participante lo deseara y no hay contraindicaciones. A la mañana siguiente de cada sesión asistida con MDMA se llevará a cabo una sesión de integración de seguimiento. El terapeuta principal, en consulta con el monitor médico, será responsable de descalificar a cualquier participante que haya tenido una respuesta fisiológica o emocional suficientemente adversa al MDMA durante la primera sesión asistida con MDMA como para que una sesión posterior asistida con MDMA presentara un riesgo inaceptable.

Si se presentase un pánico particularmente intenso u otra reacción psicológica problemática (por ejemplo, ideación suicida) durante o después de la primera sesión asistida con MDMA, los terapeutas decidirán si el participante tendrá o no a una segunda sesión asistida con MDMA según lo programado en el protocolo. Esta decisión solo deberá tomarse tras evaluar al participante durante las sesiones de seguimiento y posteriormente deberá explicarse y discutirse detalladamente con este. En muchos casos, si el participante estuviese dispuesto, sería beneficioso proceder a otra sesión asistida con MDMA como una oportunidad para procesar y resolver las causas subyacentes de la ansiedad, en lugar de reforzar la idea de que debe evitarse.

5.6 Sesiones posteriores de psicoterapia experimental asistida con MDMA

A menos que se presente una complicación médica o psicológica en la primera sesión, todos los participantes son elegibles para una o más sesiones adicionales asistidas con MDMA, de acuerdo con el protocolo del estudio. Se les pedirá a los participantes que compartan sus opiniones respecto a si desean o no someterse a una sesión adicional. Los terapeutas también expresarán su opinión sobre la continuación. Se respetará la decisión del participante sobre si continuar o no, a menos que los terapeutas tengan una razón imperiosa para excluirlo por motivos de seguridad.

Normalmente, al ofrecer más de una sesión asistida con MDMA, las sesiones se realizarán con varias semanas de diferencia. Todos los principios y procedimientos que se aplicaron en la primera sesión asistida con MDMA también se aplicarán a las sesiones posteriores, aunque las explicaciones y recordatorios al inicio de la sesión pueden abreviarse en las sesiones posteriores. Además, en la preparación de las sesiones posteriores, los terapeutas deberán indagar y explorar las intenciones que el participante pueda tener para la sesión posterior, basándose en sus experiencias de sesiones anteriores. De acuerdo con las intenciones reveladas, los terapeutas y el participante podrán acordar que los terapeutas le recordarán al participante un tema específico a explorar, le ayudarán a detectar si está evitando ciertos temas y podrán estar dispuestos a utilizar o abstenerse de usar trabajo corporal focalizado según lo acordado. Una vez reconocidas y discutidas las intenciones, se invitará al participante a “sostener las intenciones con suavidad”, es decir, a no ser demasiado estricto al intentar dirigir o controlar su experiencia.

Los terapeutas y los participantes deberán esforzarse por lograr un equilibrio entre aprovechar lo aprendido en la experiencia previa y aprovechar la oportunidad para desarrollarlo, manteniendo una “mentalidad de principiante” y permaneciendo abiertos al desarrollo natural de la experiencia. Considere el ejemplo siguiente:

Participante: *“Me sentí muy bien luego de la primera sesión y mi perspectiva cambió por completo. Supongo que, en general, sigue así”.*

Terapeuta: *“La última vez dijo que quería hablar más específicamente sobre el trauma. ¿Sigue sintiendo lo mismo?”*

Participante: *“Oh, sí. Creo que eso es lo que me tiene tan nervioso”.*

Terapeuta: *“En cuanto a la forma en que abordaremos el trauma... ¿Tiene alguna idea de cómo quiere que eso suceda?”*

Participante: *“Lo único que realmente puedo decirle es que no soy el tipo de persona que ‘se anda con rodeos’”.*

Terapeuta: (Risas)

Participante: *“La franqueza suele ser lo mejor. No se me ocurre una buena manera de abordarlo. O sea, no sé, lo que usted piense”.*

Terapeuta: *“Entiendo lo de ‘no andarse con rodeos’. Me gusta eso de usted. Creo que es útil encontrar un equilibrio entre dar la oportunidad de que la experiencia se desarrolle de forma natural, si es que así sucede, y guiarle con delicadeza en esa dirección, de acuerdo con su intención, de ser necesario. Así que, probablemente, como la última vez, esperaremos un momento y, si no ha hablado con nosotros luego de una hora, le hablaremos a usted”.*

Participante: *“Seguro”.*

Las sesiones asistidas con MDMA posteriores tienen el potencial de facilitar una experiencia emocional más profunda debido a varios factores:

- una alianza terapéutica ya establecida,
- familiaridad con la estructura y naturaleza de la sesión asistida con MDMA,
- experiencia con los efectos del MDMA y
- una mayor apertura a una mayor exploración.

El proceso durante la primera sesión asistida con MDMA y el trabajo terapéutico en las sesiones posteriores sin drogas podrán ayudar al participante a confiar más en el proceso de las sesiones posteriores. Al sentir una mayor confianza y familiaridad, es probable que el participante vaya todavía más lejos más allá de sus defensas.

6.0 Cómo realizar sesiones de integración de seguimiento

Los objetivos finales de la psicoterapia asistida con MDMA son eliminar los síntomas y lograr un mejor nivel de bienestar y funcionamiento. El proceso para lograr estos objetivos continúa mucho más allá de las propias sesiones asistidas con MDMA y se apoya en las sesiones de integración de seguimiento. La importancia de la integración se enfatiza durante las sesiones introductorias de terapia, cuando el participante y sus terapeutas discuten la probable trayectoria del proceso terapéutico. Los desafíos durante la etapa de integración consisten en facilitar el procesamiento emocional continuo y abordar cualquier dificultad que surja a medida que la experiencia de la sesión continúa desarrollándose, y al mismo tiempo ayudar al participante a aplicar los beneficios obtenidos en las sesiones asistidas con MDMA a la vida diaria. Estos beneficios probablemente incluirán valiosas nuevas ideas y perspectivas, una mayor amplitud emocional, mayor resiliencia y un desarrollo de las habilidades interpersonales. Los terapeutas ayudarán al participante a integrar todos los aspectos de la experiencia terapéutica en una nueva relación consigo mismo, con los demás y con su historia traumática. Esta fase del tratamiento uniría dichos elementos de forma cohesiva y armoniosa.

Dado que es difícil predecir el grado de dificultad que un participante tendrá con el proceso de integración, es importante estar atento a posibles problemas, como la vergüenza y la autocrítica por haber revelado secretos o cambios desafiantes en las relaciones y sistemas familiares a medida que el participante sana y cambia. Por otro lado, los terapeutas deberán estar abiertos a la posibilidad de una integración fácil que requiera una intervención mínima aparte de la escucha empática y el mostrar su aprecio por la sanación y el crecimiento del participante. Por lo tanto, los terapeutas deberán ser flexibles en sus respuestas a las necesidades particulares de cada participante.

6.1 El papel del terapeuta durante la integración de seguimiento

Durante las sesiones de integración de seguimiento, los terapeutas estarán presentes para responder a cualquier pregunta que el participante pueda realizar, así como para ofrecer apoyo y ánimo mientras el participante procesa sus respuestas emocionales y las nuevas percepciones resultantes de la sesión asistida con MDMA. Los terapeutas adoptarán una postura de apoyo y validación hacia la experiencia del participante. También lo ayudarán a explorar y desarrollar nuevas ideas sobre su trauma, nuevas perspectivas sobre la vida y las relaciones, cambios en su relación con sus propias emociones y el eliminar viejos patrones de pensamiento y reacciones que pueden haber dejado de ser útiles. Hablarán sobre el significado de los recuerdos, pensamientos, sentimientos y percepciones experimentadas durante las sesiones asistidas con MDMA y cómo este nuevo significado se manifestará en su vida diaria. Los terapeutas podrán ofrecer ideas o interpretaciones sobre la experiencia del participante, pero esto debe minimizarse. Debe invitarse a los participantes a ejercer su propio juicio respecto a si algún comentario de los terapeutas puede o no resonar con ellos y a aplicar su propio discernimiento sobre lo que puede serles aplicable y útil para comprender su experiencia.

Los terapeutas invitarán al participante a dedicar tiempo en su vida diaria a reflexionar sobre las sesiones

asistidas con MDMA para incorporar elementos valiosos de la experiencia no ordinaria a la conciencia ordinaria. Maneras de sugerir esto son:

- escuchando música de las sesiones,
- escuchando grabaciones de audio o vídeo de las sesiones asistidas con MDMA,
- practicando técnicas de respiración,
- dibujando,
- cantando,
- bailando,
- haciendo yoga,
- haciendo ejercicio,
- pasando tiempo en la naturaleza, y
- pintando o con otras formas de expresión creativa.

El uso de actividades creativas para recordar y retener recuerdos, pensamientos, sentimientos o ideas de las sesiones de MDMA puede proporcionar al participante un nuevo conjunto de habilidades de afrontamiento con las que reestructurar las cogniciones ansiogénicas y las reacciones a los disparadores ambientales relacionados con el trauma. Los terapeutas fomentarán las actividades que permitan que esa reestructuración surja a partir del proceso de pensamiento, procesamiento emocional continuo y autoexploración continua del participante. De esta manera, la claridad de pensamiento y la capacidad de procesar de forma segura y eficaz las emociones difíciles que se catalizan en las sesiones asistidas con MDMA podrán servir como modelos de experiencias correctivas a las que se puede tener acceso en la vida diaria.

6.2 Sesiones de integración de seguimiento

El proceso de integración comienza con una sesión de seguimiento inicial de 90 minutos programada para la mañana siguiente luego de la primera sesión experimental. Esta sesión brindará la oportunidad de conversar sobre la experiencia del participante durante la sesión experimental y procesar cualquier pensamiento o sentimiento que haya surgido desde entonces, incluyendo reacciones difíciles como la ansiedad o la autocrítica. Tras la sesión inicial, se programarán varias sesiones de integración adicionales antes de la siguiente sesión asistida con MDMA o antes de iniciar el seguimiento a largo plazo. También se programará una semana de breve contacto telefónico diario para evaluar el bienestar general del participante y la posible necesidad de contacto con un terapeuta antes de la siguiente visita programada.

Durante las sesiones de integración de seguimiento, se deberá invitar a los participantes, sin obligarlos, a profundizar en algunos detalles de su experiencia durante la sesión experimental, a centrar su atención en cualquier revelación o cambio emocional que se haya producido y a considerar cómo integrar estos cambios a su vida diaria. Cada sesión de integración de seguimiento debe comenzar con una invitación al participante para que hable sobre lo que tenga en mente. El objetivo será asegurar que la experiencia del participante, y no la agenda de los terapeutas, dirija la sesión. Tras dedicar tiempo suficiente a esta discusión y exploración abierta, los terapeutas deberán considerar la posibilidad de dirigir la sesión hacia otras áreas potencialmente útiles. Los terapeutas facilitarán un diálogo activo e intentarán que los participantes describan en detalle sus experiencias para que estos puedan:

- evaluar qué tan bien toleraron la sesión asistida con MDMA y analizar el contenido de la misma, así como su respuesta emocional, intelectual y física. El procesamiento incluirá analizar los efectos de los síntomas del TEPT y buscar maneras de integrar las nuevas ideas y perspectivas

obtenidas en la sesión asistida con MDMA;

- asegurarse de que el participante comprenda que la experiencia catalizada por la sesión asistida con MDMA probablemente continuará desarrollándose y resolviéndose días o incluso semanas después de la sesión de tratamiento. Este desarrollo suele ocurrir en “oleadas” de recuerdos, percepciones y/o emociones, algunas de las cuales pueden ser muy positivas y placenteras, mientras que otras pueden ser difíciles y desafiantes. Es importante que el participante esté preparado para esto y dedique tiempo en su vida diaria a prestarle atención;
- procesar cualquier aflicción emocional o dilema cognitivo que pudiese surgir;
- trabajar con problemas de relaciones y desarrollar herramientas para tener conexiones saludables;
- introducir trabajo corporal focalizado en la terapia en caso de que el participante esté experimentando una aflicción emocional o somática que no pueda superar de manera espontánea o con terapia basada en la conversación;
- validar todas las experiencias y percepciones afirmantes que ocurrieran durante la sesión experimental y ayudar a los participantes a aprender a reconectarse con estas experiencias y a seguir beneficiándose de ellas;
- invitar al participante a mantenerse conectado a su red de apoyo, pero también a estar preparado para la posibilidad de que otras personas no comprendan la profundidad de su experiencia y perspectivas. Por ello, es recomendable ser selectivo al elegir con quién compartir este material tan delicado;
- determinar posibles contraindicaciones para la siguiente sesión de tratamiento asistido con MDMA, y
- discutir y reforzar actividades como llevar un diario u otra forma de expresión creativa, meditación, yoga u otras prácticas que, de manera regular en la vida diaria, le darán tiempo a la calidad de atención que conduce a la sanación continua y a la conciencia de uno mismo.

Los terapeutas le recordarán al participante que tiene dos opciones para lidiar con los pensamientos, recuerdos o sentimientos perturbadores que persistan luego de la sesión asistida con MDMA. Una opción es reservar tiempo para experimentarlos lo más plenamente posible, sintiéndose libre de llamar a los terapeutas para obtener apoyo si es necesario. Un fundamento importante de este método es la perspectiva de que las oleadas de experiencias difíciles pueden repetirse durante un tiempo como parte del proceso de sanación. Una segunda opción es aplicar técnicas de relajación y para centrarse, como la respiración diafragmática. Esta opción puede elegirse si una situación dada no permite la primera alternativa.

En ocasiones, un medicamento como la benzodiacepina puede ser útil, pero siempre debe emplearse con moderación, como una herramienta para ayudar a controlar temporalmente las emociones dolorosas y así poder atender las responsabilidades diarias o para permitir que haya descanso y relajación suficientes para equilibrar el procesamiento emocional en curso. La información sobre la utilidad del trabajo corporal focalizado y los ejercicios de respiración pueden reforzarse en sesiones de integración de seguimiento como preparación para la siguiente sesión asistida con MDMA y como herramientas para que el participante las utilice en casa. Considere el ejemplo siguiente:

Participante: *“Básicamente, más que la confianza que tengo en los demás, afecta a la confianza que tengo en mí mismo, la capacidad de conocer mis fortalezas internas... y sé que están ahí. Es solo que cuando te sacude profundamente, no puedes evitar dudar y cuestionar. Siento que me está bombardeando desde diferentes direcciones y no sé qué camino tomar ni qué hacer”.*

Terapeuta: *“En cierto modo, es una conmoción profunda. En cierto modo, es lo que pidió”.*

Participante: (risas) *“Eso es lo que conseguí. No estaba en el folleto”.*

Terapeuta: *“No usamos esos términos exactamente, pero creo que sacudirte hasta lo profundo implicará soltar las viejas formas de tener que mantener esa falsa sensación de control”.*

Participante: (suspiros) *“¿La desrealización desaparece alguna vez?”*

Terapeuta: *“Sí”.*

Participante: *“Estoy intentando entrenar mi cerebro para disfrutarlo. Tengo todas estas herramientas. Solo necesito recordar usarlas”.*

El fortalecimiento de la confianza interpersonal ayudará al participante a desarrollar aún más su red social. Una mayor comprensión de la gama completa de pensamientos y sentimientos sobre el trauma le brindará confianza para confrontar emociones, lo que reducirá la probabilidad de sufrir insensibilidad emocional. Gracias a las nuevas perspectivas obtenidas en la sesión asistida con MDMA, el participante podrá confrontar situaciones que le generen ansiedad con mayor confianza y podrá sentirse más cómodo al solicitar ayuda a su red de apoyo.

Los terapeutas podrán utilizar una variación de los siguientes comentarios, siempre con el espíritu de ofrecer algo para que el participante considere y con respeto al hecho de que lo que se le ofrece puede o no aplicar para un individuo en particular:

- “A veces, uno de los desafíos de este tipo de terapia es que la experiencia con MDMA puede provocar cambios significativos en el punto de vista o el sistema de creencias de la persona. A veces puede ser difícil reconciliar estos cambios de pensamiento con las antiguas creencias, con las actitudes de otras personas o con la sociedad en general. ¿Ha notado esto?”*
- “Dado que la experiencia con MDMA es bastante única, puede ser difícil de explicar a otras personas. Puede ser doloroso si una experiencia tan importante es malinterpretada o juzgada por otras personas en su vida. Puede ser importante tener criterio sobre cómo y cuándo hablar de su experiencia”.*
- “Con la ayuda del MDMA, las personas suelen obtener perspectivas valiosas y experiencias emocionales correctivas que ayudan a disminuir el miedo y los pensamientos críticos. Al día siguiente, a veces, los juicios de la mente pueden reactivarse y empezar a dudar de la veracidad de estas experiencias o, en ocasiones, las personas pueden tener reacciones emocionales al día siguiente que no surgieron durante la sesión asistida con MDMA. Esta situación a veces puede ser confusa o perturbadora, pero no significa que algo haya salido mal ni que esté perdiendo lo que logró. Es un aspecto común de este tipo de trabajo y de cómo se desarrolla el proceso. Es muy útil reconocerlo y hablar de ello si tiene experiencias similares. Es parte de la sanación y estamos aquí para ayudarle a procesarlo”.*
- “Es muy común que la experiencia con MDMA continúe durante días después de la sesión. A menudo se desarrolla de forma fácil y tranquilizadora, pero a veces puede ser más difícil. En ocasiones, trabajar con experiencias traumáticas en cualquier terapia, incluida la terapia asistida con MDMA, puede alterar las cosas y hacer que los síntomas empeoren temporalmente. Estos sentimientos pueden presentarse en oleadas de emociones o recuerdos. Cuando eso sucede, forma parte del proceso de sanación y estamos aquí para ayudar a superar cualquier cosa que surja luego de las sesiones asistidas con MDMA. Es importante que nos informe (y a su otro terapeuta) si tiene alguna dificultad como esta”.*
- “A veces, las personas tienen percepciones profundas y una sensación de consuelo y paz que rara vez o nunca antes habían experimentado. Es natural querer aferrarse a eso. A veces, nos dicen que cuando regresan algunas de las experiencias dolorosas del pasado, se sienten como un fracaso o que significa que realmente no se han sanado. Es útil anticipar que los sentimientos*

dolorosos inevitablemente volverán a aparecer y que algunos de los viejos patrones de pensamiento, sentimiento y reacción seguramente se reconstituirán, incluso después de haberlos superado con tanta claridad. Eso es una parte natural del proceso y lo que sucedió en la experiencia con MDMA probablemente ayudará a reconocer y salir de esos patrones antes, incluso cuando te atrapen. A menudo nos dicen que poder recordar la experiencia puede cambiar su relación con estas emociones dolorosas”.

- “Puede ser útil escribir sobre su experiencia con MDMA y sus pensamientos y sentimientos de la sesión. Es mejor escribirlo para usted mismo, sin pensar en hacerlo para nadie más, pero si quiere compartirlo con nosotros, podría ser útil. También le puede ser útil escuchar las grabaciones de la sesión junto con esto”.
- “Puede ser útil escribir sus sueños y traerlos para conversar con nosotros. Para algunas personas, el MDMA hace que los sueños sean más vívidos y significativos”.
- “Hay algunos libros que podemos recomendar que hablan de algunas de las experiencias de las que ha estado hablando”.
- “Si surgen muchos sentimientos o imágenes luego de la sesión asistida con MDMA, es bueno dejar que se desarrollen y explorarlos cuando tenga tiempo y energía para hacerlo, pero también puede ser importante dejarlos de lado cuando tenga otras obligaciones o necesite un descanso. Puede ser útil escribir una o dos frases sobre lo que está dejando de lado y aceptar que lo abordará más adelante, ya sea durante la terapia o por su cuenta, cuando tenga tiempo y energía. Baños calientes, paseos por la naturaleza, ejercicio físico, trabajar en el jardín, limpiar la casa, comer alimentos nutritivos o jugar con una mascota son actividades que pueden ayudarle a estar aterrizado en el presente”.
- “Si quedan tensiones en el cuerpo, el yoga o un masaje pueden ser de ayuda”.
- “Esta no es una situación de ‘sin dolor no hay ganancia’. A veces, superar oleadas de sentimientos y recuerdos dolorosos forma parte del proceso de desarrollo, pero conectar con experiencias fáciles, afirmantes y placenteras también forma parte de la sanación y es al menos tan importante como estar dispuesto a sentir las experiencias dolorosas”.
- “A veces, durante las sesiones asistidas con MDMA, se producen cambios muy rápidos y las personas sienten que algo difícil se ha resuelto por completo. Es bueno estar abierto a esa posibilidad, pero a menudo, se trata más bien de que las personas sienten que han superado algún gran obstáculo y que han dado pasos importantes en su camino de sanación y crecimiento, lo que las colocará en una mejor posición para seguir trabajando en ello y continuar sanando y creciendo”.

Este tipo de conversación detallada suele ser útil durante la sesión inicial de integración de seguimiento. Por otro lado, en este punto, los participantes pueden sentir que prefieran dejar que su experiencia interior se desarrolle sin intentar expresarla con palabras. En este caso, los terapeutas deberán validar esa decisión, pero también deberán solicitar suficiente información para que sean conscientes del estado emocional del participante y de cualquier sentimiento o patrón de pensamiento difícil que deba abordarse antes de que se marche del consultorio.

Los terapeutas reconocen que las sesiones asistidas con MDMA y las sesiones de integración de seguimiento sirven como punto de partida para fortalecer el repertorio emocional y conductual del participante en respuesta a cualquier disparador del trauma y síntomas de TEPT que pudiesen persistir. Durante los días entre las sesiones asistidas con MDMA y las sesiones de integración de seguimiento, se invitará al participante a ser consciente de cualquier cambio en sus percepciones, pensamientos, sentimientos, interacciones y otras experiencias.

Algunos de los desafíos durante el período de integración se deben a que los síntomas pueden aumentar

temporalmente como parte del proceso de sanación. Es importante anticipar y preparar al participante para esta posibilidad. Puede ser útil involucrar a una persona cercana para estar preparados para apoyar al participante si surge este desafío. Normalizar, explorar y procesar estas reacciones suele ser suficiente para que se resuelvan, y como resultado, pueden surgir nuevas perspectivas, sanación y crecimiento. Considere los siguientes testimonios de participantes sobre experiencias que reflejan una integración incompleta:

- *“La ira es como un volcán. Me da miedo ser destructivo. Siento tanta tristeza, soledad, náuseas”.*
- *“Desde que me di cuenta de lo cerrado que estaba, no quiero volver a ser así nunca más, por lo que me resulta difícil en situaciones de negocios o con mi padre saber cuándo no decir todo lo que siento”.*
- *“Después de todos estos años de no hablar de ello, ¿era realmente seguro revelar que sentí placer físico además de horror cuando abusaron de mí?”*
- *“Ahora que se me pasó el efecto de la medicina, a veces me siento culpable por decir lo que dije sobre la falta de disponibilidad emocional de mis padres. Sé que no era cuestión de culpar, pero aún hay esa voz que me juzga y me dice que no hablemos de esto”.*

Los pensamientos suicidas son comunes en personas con TEPT y pueden aumentar temporalmente después de las sesiones asistidas con MDMA. En este caso, se requiere una comunicación estrecha, lo que puede implicar apoyo telefónico más prolongado o visitas adicionales. La Escala de Clasificación de la Gravedad del Suicidio de Columbia (CSSRS) [48] deberá utilizarse durante el tratamiento (según el protocolo del estudio y conforme a lo exigido por la FDA) para monitorear la ideación suicida.

Al enfrentar material emocionalmente amenazante, además de tomarse el tiempo necesario para reflexionar sobre este y sentir y expresar plenamente las emociones asociadas, se deberá invitar al participante a recordar y reconectar con aspectos valiosos de su experiencia durante las sesiones asistidas con MDMA, como pueden ser: nuevas perspectivas, sentimientos de cercanía con los demás y la capacidad de procesar emociones dolorosas sin sentirse abrumado. El participante podrá entonces preguntarse: "¿Cómo puedo aprovechar al máximo mis nuevos conocimientos en esta situación?".

6.3 Trabajo corporal enfocado durante la integración

El contenido de las sesiones asistidas con MDMA y las sesiones de integración indicará a los terapeutas la probabilidad de que el trabajo corporal focalizado ayude a trabajar con la tensión física, el dolor o las emociones intensas con manifestaciones somáticas, como la agitación o el retraso psicomotor. Un ejemplo común es cuando los participantes experimentan mayor enojo tras revivir experiencias traumáticas durante una sesión asistida con MDMA y les cuesta contenerlo por miedo a actuar de forma destructiva. El trabajo corporal focalizado catalizará el proceso de sanación al proporcionar una forma segura de expresar emociones e impulsos intensos para liberar tensiones que puedan estar contribuyendo a las quejas somáticas y bloqueando el flujo de energía en el cuerpo. El trabajo corporal focalizado solo se realizará con el permiso del participante y se interrumpirá inmediatamente si este lo solicita. Si bien el trabajo corporal focalizado puede ser una parte importante de las sesiones de integración posteriores para algunos participantes, no debe utilizarse de forma prematura si las emociones desafiantes o sus manifestaciones somáticas se experimentan, procesan y expresan adecuadamente de forma espontánea. El trabajo corporal focalizado será más apropiado en situaciones donde los síntomas emocionales o somáticos no se resuelven porque su experiencia y expresión total parecieran estar bloqueadas. Considere el ejemplo siguiente de trabajo corporal focalizado en una sesión de integración de seguimiento:

Terapeuta: “¿Cómo está hoy?”

Participante: *“Mucho mejor hoy que ayer. Pero esta mañana sentí lo mismo que ayer en la mañana. Cuando abrí los ojos de golpe, cuando sonó la alarma, el miedo me golpeó en el*

estómago. Ya sabe, eso de 'No quiero levantarme de la cama. No quiero hacer nada este día'. Fue como si tuviera un caso grave de 'no quiero'. Simplemente no sentía la fuerza para levantarme y enfrentar otro día. Quiero decir, en el momento en que abrí los ojos, sentí pavor, un nudo en el estómago, ansiedad. Fue automático. Anoche dormí muy bien, unas nueve horas. No tuve ninguna pesadilla. Fue como encender un interruptor, abrí los ojos y ahí vino. Simplemente lo sentí, me revolvió el estómago, ese tipo de miedo. Ya sabe, náuseas como si quisieras vomitar. Ese ha sido prácticamente el tema de hoy. No he tenido otros arrebatos emocionales. No lloré nada hoy, no me he sentido enojado, solo ese pavor, ese nudo en el estómago”.

Terapeuta: “Así que es como ayer, pero a un nivel más bajo”.

Participante: “*Mucho más bajo. Creo que también se debe en gran parte a mi mentalidad. Me sentí mucho mejor luego de irme de aquí anoche, al darme cuenta de que, si vuelve a pasar, lo superaré. Probablemente vuelva a pasar, pero ya me siento más preparado. Hoy no fue abrumador para nada”.*

Terapeuta: “MMMmmm”.

Participante: “*El miedo y el temor estuvieron ahí por tanto tiempo. Te acostumbras tanto que ya no sabes ni qué es, sobre todo luego de que la ansiedad desapareciera. Se siente como una herida completamente nueva. No es la misma. Fue horrible”.*

Terapeuta: “¿Le gustaría explorar o trabajar un poco con eso hoy? ¿A ver qué descubre? ¿Le gustaría hacer un trabajo corporal enfocado en ese nudo en el estómago?”

Participante: “*Sí. Es hora de probar algo de eso también”.*

Terapeuta: “Podría ser una buena manera de trabajar con eso, ya que sabe dónde está en su cuerpo”.

Participante: “*Puedo imaginarme esta bola de croquet hecha de metal. Eso es lo que tengo en mente y así es como se siente, como una bola de croquet de metal ahí metida y es fría”.*

Terapeuta: “Eso es de lo que hablaba en sus sesiones: una sensación de metal frío en el estómago”.

En este punto, si el participante está de acuerdo, se lo trasladará al futón o a un tapete en el suelo, con el participante recostado y los terapeutas sentados a cada lado.

Terapeuta: “Quizás use solo la respiración y respire hacia esa sensación en el estómago. Le invito a permanecer presente con cualquier cosa que surja. Si su cuerpo necesita expresarlo de alguna manera, sacúdase, muévase o indique si necesita alguna resistencia de nuestra parte”. (Mientras se realizaba el trabajo corporal enfocado, el participante respiraba y experimentaba un sollozo profundo).

Participante: “*Gracias. Siento una mayor ligereza. Me pregunto qué fue eso. Quiero saber qué fue. Solo esta opresión, esta bola. No sé qué fue. O sea, era como miedo y rabia, todo a la vez... empezó a subir y volvió a bajar, y ahora se ha ido. Lo mismo esa sensación extraña en el estómago, y ahora se ha ido”.*

Terapeuta: “Puede ser lo que ya lo procesó en sus sesiones y esto es lo que queda en su cuerpo, esas emociones”.

Participante: “*Esto es genial. Es genial que ya no esté”.*

Los terapeutas deberán ejercer su criterio respecto a cuándo se indicará el trabajo corporal focalizado para ayudar a facilitar el proceso terapéutico y cuándo será preferible permitir que el proceso avance a su propio ritmo.

6.4 Integración continua

Los terapeutas le recordarán a los participantes que su experiencia continuará desarrollándose durante las próximas horas, días e incluso semanas. Los terapeutas deberán reiterar su compromiso de apoyar al participante durante este proceso y revisar el procedimiento para contactarlos en cualquier momento en caso de que el participante o su red de apoyo designada necesite hablar con ellos sobre cualquier dificultad o inquietud.

A medida que el programa de tratamiento se acerque a su fin, los participantes podrán responder de forma distinta a su conclusión, desde ansiedad por dejar el estudio y a los terapeutas, hasta alivio por completar el tratamiento de psicoterapia. Los terapeutas podrán utilizar las calificaciones de Bienestar General, las puntuaciones de la CSSRS y el juicio clínico para adaptarse a las diferentes respuestas a la sesión final de integración de seguimiento. Los terapeutas y los participantes discutirán los problemas e inquietudes actuales que estos últimos puedan tener sobre el final de las sesiones de integración de seguimiento y la interrupción de las reuniones con los terapeutas. Discutirán sobre la red de apoyo social existente del participante. De ser necesario, podrán revisar cualquier procedimiento que haya ayudado al participante a afrontar la aflicción durante el estudio, como la expresión escrita, las artes visuales o el movimiento, el uso de la respiración u otros métodos de reducción del estrés. Los terapeutas podrán recordarle a los participantes que continúen practicando las actividades y manteniendo las relaciones que los hayan apoyado y fortalecido. Se invitará a los participantes que estén viendo a un terapeuta fuera del estudio a conversar sobre el fin del estudio con dicho terapeuta y, si a su juicio lo amerita, los terapeutas del estudio podrían proporcionar a los participantes que no estén actualmente en terapia una referencia para contactar a un terapeuta luego de la sesión de integración final. Además, los terapeutas podrán recomendar terapias experimentales como la respiración holotrópica, la terapia de sistemas familiares internos o el procesamiento somático como métodos que puedan facilitar el desarrollo continuo del proceso que fue catalizado por la psicoterapia asistida con MDMA. Los terapeutas también compartirán sus perspectivas sobre cualquier cambio, logro o meta alcanzada que hayan observado a lo largo del estudio.

A medida que avance la integración, los participantes podrán adquirir nuevas perspectivas sobre su propia situación. Considere los siguientes testimonios de participantes sobre experiencias que reflejan una integración más profunda:

- *“Ahora respeto mis emociones (en lugar de temerles). Lo más reconfortante es saber que puedo manejar sentimientos difíciles sin sentirme abrumado. Me doy cuenta de que sentir miedo e ira no es tan grave como pensaba”.*
- *“No creo que hubiese sobrevivido un año más. Es como la noche y el día para mí comparado con otros métodos de terapia. Sin MDMA, ni siquiera sabría adónde ir. Quizás una de las cosas que hace la droga es que te permite relajarte y dejar de interferir, pues la mente protege mucho la herida”.*
- *“He sentido como si hubiera crecido. Me siento más sabio, más maduro emocionalmente”.*
- *“Ahora tengo un mapa del campo de batalla”.*
- *“Pude vislumbrar más de lo que soy capaz de llegar a ser... Tengo la motivación de seguir practicando esta apertura hasta que se desarrolle más”.*
- *“Anoche, tuve la clara sensación de que llegué adonde necesitaba llegar. Encontré lo que me faltaba. Conseguí lo que necesitaba. No siento que tenga que repetirlo. Creo que todavía hay otros asuntos en mi vida que puedo abordar con métodos menos intensos”.*

- *“Siento que estoy caminando por un lugar al que he necesitado ir durante mucho tiempo y simplemente no sabía cómo llegar. Siento que me conozco mejor que nunca. Ahora sé que soy una persona normal. He pasado por cosas malas, pero... son cosas que me sucedieron, no lo que soy... Este soy yo, la medicina ayuda, pero esto está dentro de mí”.*

6.5 Reunión en el seguimiento a largo plazo

Muchos estudios financiados por patrocinadores incluyen una visita de seguimiento a largo plazo que se realiza al menos 12 meses después de la última sesión experimental. El momento exacto de la visita de seguimiento a largo plazo podrá variar según la asignación de la condición (véase el protocolo del estudio). Si bien la mayor parte de la visita de seguimiento a largo plazo implicará un diagnóstico del evaluador independiente, los terapeutas también se reunirán con el participante para completar un cuestionario exploratorio, hablar respecto a cualquier cambio en su vida o síntomas de TEPT a lo largo del tiempo, y procesar cualquier sentimiento que el participante y los terapeutas tengan sobre el fin del estudio.

La calidad de la relación en la visita de seguimiento a largo plazo puede depender en parte de los niveles de síntomas presentes en la última sesión de integración de seguimiento y de cualquier evento intermedio entre dicha sesión y la visita de seguimiento a largo plazo. El fin del estudio, tras meses de trabajo profundo, suele ser percibida por los participantes y los terapeutas como una experiencia “agridulce”.

Más allá de evaluar el bienestar general del participante y la posible ideación y conducta suicida, la visita de seguimiento a largo plazo será menos estructurada que las sesiones preparatorias o las sesiones de integración de seguimiento. La conversación será guiada principalmente por el participante y cualquier observación o inquietud sobre su estado actual, así como por cualquier logro o dificultad que haya surgido a partir de su participación en el estudio. Los terapeutas podrán reafirmar sus logros, revisar y discutir la utilidad de las técnicas y procedimientos presentados durante la psicoterapia asistida con MDMA, o preguntar acerca de cualquier nueva perspectiva o técnica que el participante haya aprendido o descubierto para mejorar su bienestar psicológico y discutirla.

7.0 Autocuidado del terapeuta

Los terapeutas deben realizar algún tipo de actividad de autocuidado regularmente para evitar la traumatización indirecta derivada de la interacción con el trauma de los participantes. Es importante que los terapeutas continúen realizando su propio trabajo interno y dediquen tiempo a intercambiar información periódicamente con el coterapeuta. Este trabajo interno deberá incluir la oportunidad de procesar sus propias respuestas emocionales al trabajar con los participantes, así como la supervisión de pares y el diálogo sobre la aplicación óptima del método terapéutico en situaciones específicas. También resulta una oportunidad para desarrollar y mantener sus habilidades como equipo terapéutico mediante la revisión de sus interacciones durante las sesiones de estudio.

Estos son algunos métodos simples de autocuidado a tener en cuenta:

- Escuche al cuerpo. Preste atención a lo que dice. Es la mejor guía para mantenerse sano. Use el cuerpo para guiar su propio proceso: ¿está conteniendo la respiración? ¿Tiene el cuerpo tenso o entumecido? ¿Tiene frío o calor?
- Utilice la respiración diafragmática o la respiración simple, que expande las costillas de adelante hacia atrás y de lado a lado. Haga un "inventario corporal" y dirija el aliento a las zonas del cuerpo que sienta tensas o entumecidas.
- Dese tiempo suficiente antes de empezar una sesión para ordenar sus pensamientos, aterrizar y cambiar de rol. Tómese el tiempo necesario para sentir “quietud interior”.
- Ponga atención a sus expectativas y sea realista acerca de sus objetivos.
- Sepa quiénes son las personas que tienen la capacidad de brindarle apoyo si lo necesita.

- Tome tiempo después de cada sesión para salir de su rol. Sacudir los brazos y el cuerpo es una buena manera de liberar la energía estancada.
- Después de una sesión, coma bien y haga algo placentero que lo aterrice.
- Al bañarse en la ducha o la tina, reflexione sobre las cualidades arquetípicas del agua para disolver y limpiar en muchos niveles.
- Considere tener su propio proceso de psicoterapia continua y/o supervisión con otro terapeuta.

8.0 Bibliografía

1. Foa, E.B., et al., *Effective Treatments for PTSD, Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. Second ed. 2009, New York, NY: Guilford Press.
2. Montgomery, S. and P. Bech, *ECNP consensus meeting, March 5-6, 1999, Nice. Post traumatic stress disorder: guidelines for investigating efficacy of pharmacological intervention. ECNP and ECST*. Eur Neuropsychopharmacol, 2000. **10**(4): p. 297-303.
3. Schwartz, R.C., *Introduction to the Internal Family Systems Model*. 2001, Oak Park, IL: Trailheads Publications.
4. Ogden, P., K. Minton, and C. Pain, *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy (norton series on interpersonal neurobiology)*. 2006: WW Norton & Company.
5. Levine, P.A. and G. Mate, *In an Unspoken Voice: How the Body Releases Trauma and Restores Goodness*. 2010, Berkeley CA: North Atlantic Books.
6. Rothbaum, B.O., et al., *Virtual reality exposure therapy for Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder*. J Clin Psychiatry, 2001. **62**(8): p. 617-22.
7. Rothbaum, B.O., A.S. Rizzo, and J. Difede, *Virtual reality exposure therapy for combat-related posttraumatic stress disorder*. Ann N Y Acad Sci, 2010. **1208**: p. 126-32.
8. Metzner, R. and S. Adamson, *Using MDMA in healing, psychotherapy and spiritual practice, in Ecstasy, A Complete Guide: A Comprehensive Look at the Risks and Benefits of MDMA.*, J. Holland, Editor. 2001, Inner Traditions: Rochester VT. p. 182-207.
9. Gamma, A., et al., *3,4-Methylenedioxymethamphetamine (MDMA) modulates cortical and limbic brain activity as measured by [¹⁸F]mefenorex-PET in healthy humans*. Neuropsychopharmacology, 2000. **23**(4): p. 388-95.
10. Carhart-Harris, R.L., et al., *The Effects of Acutely Administered 3,4-Methylenedioxymethamphetamine on Spontaneous Brain Function in Healthy Volunteers Measured with Arterial Spin Labeling and Blood Oxygen Level-Dependent Resting State Functional Connectivity*. Biol Psychiatry, 2015. **78**(8): p. 554-62.
11. Bedi, G., et al., *Effects of MDMA on sociability and neural response to social threat and social reward*. Psychopharmacology (Berl), 2009. **207**(1): p. 73-83.
12. Hysek, C.M., G. Domes, and M.E. Liechti, *MDMA enhances "mind reading" of positive emotions and impairs "mind reading" of negative emotions*. Psychopharmacology (Berl), 2012. **222**(2): p. 293-302.
13. Davis, M. and C. Shi, *The extended amygdala: are the central nucleus of the amygdala and the bed nucleus of the stria terminalis differentially involved in fear versus anxiety?* Ann N Y Acad Sci, 1999. **877**: p. 281-91.
14. Rasmusson, A.M. and D.S. Charney, *Animal models of relevance to PTSD*. Ann N Y Acad Sci, 1997. **821**: p. 332-51.
15. Greer, G.R. and R. Tolbert, *A method of conducting therapeutic sessions with MDMA*. J Psychoactive Drugs, 1998. **30**(4): p. 371-379.
16. Grof, S., *LSD Psychotherapy: 4th Edition*. 2001, Ben Lomond, CA: Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies.
17. Stolaroff, M., *The Secret Chief Revealed: Conversations with a pioneer of the underground therapy movement*. 2004, Sarasota FL: Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies.
18. Adamson, S., *Through the gateway of the heart: Accounts of experiences with MDMA and other empathogenic substances*. 1985, San Francisco CA: Four Trees Publications.
19. Grob, C.S. and R.E. Poland, *MDMA*, in *Substance abuse: A comprehensive textbook (4th Edition)*, Lowinson J. H., et al., Editors. 2005, Williams and Wilkins: Philadelphia, PA. p. 274-286.
20. Grinspoon, L. and R. Doblin, *Psychedelics as catalysts in insight-oriented psychotherapy*. Social Research, 2001. **68**: p. 677-695.

21. Grof, S., *Personal communication during Transpersonal Training session (Paraphrased by Mithoefer, M)*. 1992.
22. Grof, S., C. Grof, and J. Kornfield, *Holotropic Breathwork: A new approach to self- exploration and therapy*. 2010: SUNY Press.
23. Assigioli, R., *Psychosynthesis*. 1973, New York: Viking Press.
24. Schwartz, R.C., *Internal Family Systems Therapy*. 1997, New York: Guilford Press.
25. Stone, H. and S. Stone, *Embracing ourselves: The voice dialogue manual*. 1998, Novato, CA: New World Library, Nataraj.
26. van der Kolk, B.A., *The psychobiology of posttraumatic stress disorder*. J Clin Psychiatry, 1997. **58 Suppl 9**: p. 16-24.
27. Kurtz, R., *Body-Centered Psychotherapy*. 1990, Mendocino, CA.: LifeRhythm.
28. Johnson, M., W. Richards, and R. Griffiths, *Human hallucinogen research: guidelines for safety*. J Psychopharmacol, 2008. **22(6)**: p. 603-20.
29. Widmer, S., *Listening into the heart of things: The awakening of love: On MDMA and LSD: The undesired psychotherapy*. . 1998, Gerolfingen, Switzerland: Basic Editions.
30. Grinspoon, L. and J.B. Bakalar, *Can drugs be used to enhance the psychotherapeutic process?* Am J Psychother, 1986. **40(3)**: p. 393-404.
31. Nichols, D.E., *Differences between the mechanism of action of MDMA, MBDB, and the classic hallucinogens. Identification of a new therapeutic class: entactogens*. J Psychoactive Drugs, 1986. **18(4)**: p. 305-13.
32. Liester, M.B., et al., *Phenomenology and sequelae of 3,4-methylenedioxymethamphetamine use*. J Nerv Ment Dis, 1992. **180(6)**: p. 345-52; discussion 353-4.
33. Vollenweider, F.X., et al., *Psychological and cardiovascular effects and short-term sequelae of MDMA ("ecstasy") in MDMA-naive healthy volunteers*. Neuropsychopharmacology, 1998. **19(4)**: p. 241-51.
34. Frye, C.G., et al., *MDMA decreases the effects of simulated social rejection*. Pharmacol Biochem Behav, 2014. **117**: p. 1-6.
35. Baggett, M.J., et al., *Effects of 3,4-methylenedioxymethamphetamine on socioemotional feelings, authenticity, and autobiographical disclosure in healthy volunteers in a controlled setting*. J Psychopharmacol, 2016.
36. Bedi, G., D. Hyman, and H. de Wit, *Is ecstasy an "empathogen"? Effects of +/-3,4-methylenedioxymethamphetamine on prosocial feelings and identification of emotional states in others*. Biol Psychiatry, 2010. **68(12)**: p. 1134-40.
37. Dumont, G.J., et al., *Increased oxytocin concentrations and prosocial feelings in humans after ecstasy (3,4-methylenedioxymethamphetamine) administration*. Soc Neurosci, 2009. **4(4)**: p. 359-66.
38. Farre, M., et al., *Pharmacological interaction between 3,4-methylenedioxymethamphetamine (ecstasy) and paroxetine: pharmacological effects and pharmacokinetics*. J Pharmacol Exp Ther, 2007. **323(3)**: p. 954-62.
39. Harris, D.S., et al., *Subjective and hormonal effects of 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA) in humans*. Psychopharmacology (Berl), 2002. **162(4)**: p. 396-405.
40. Kamboj, S.K., et al., *Recreational 3,4-methylenedioxy-N-methylamphetamine (MDMA) or 'ecstasy' and self-focused compassion: Preliminary steps in the development of a therapeutic psychopharmacology of contemplative practices*. J Psychopharmacol, 2015. **29(9)**: p. 961-70.
41. van Wel, J.H., et al., *Effects of Acute MDMA Intoxication on Mood and Impulsivity: Role of the 5-HT(2) and 5-HT(1) Receptors*. PLoS One, 2012. **7(7)**: p. e40187.
42. Kolbrich, E.A., et al., *Physiological and subjective responses to controlled oral 3,4-methylenedioxymethamphetamine administration*. J Clin Psychopharmacol, 2008. **28(4)**: p. 432-40.

43. Cami, J., et al., *Human pharmacology of 3,4-methylenedioxymethamphetamine ("ecstasy"): psychomotor performance and subjective effects*. J Clin Psychopharmacol, 2000. **20**(4): p. 455-66.
44. Mas, M., et al., *Cardiovascular and neuroendocrine effects and pharmacokinetics of 3, 4-methylenedioxymethamphetamine in humans*. J Pharmacol Exp Ther, 1999. **290**(1): p. 136-45.
45. Liechti, M.E., A. Gamma, and F.X. Vollenweider, *Gender differences in the subjective effects of MDMA*. Psychopharmacology (Berl), 2001. **154**(2): p. 161-8.
46. Siegel, D.J., *The Developing Mind*. 1999, New York: Guilford Press.
47. Wilbarger, P. and J. Wilbarger, *Sensory defensiveness and related social/emotional and neurological problems*. 1997, Van Nuys, CA.: Avanti Education Program.
48. Posner, K., et al., *Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants*. Am J Psychiatry, 2007. **164**(7): p. 1035-43.
49. Benedek, D.M., et al. *Guideline watch (March 2009): Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*. Psychiatry Online, 2009.
50. Ursano, R.J., et al., *Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*. Am J Psychiatry, 2004. **161**(11 Suppl): p. 3-31.

9.0 Apéndice A: Comparación de enfoques terapéuticos para el tratamiento del TEPT

En noviembre de 2004, la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA) publicó la Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento del TEPT [49, 50]. Las tres intervenciones psicoterapéuticas recomendadas para el TEPT establecidas son:

1. terapias cognitivas y conductuales,
2. desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) y
3. psicoterapia psicodinámica

Aunque la APA avala las terapias mencionadas anteriormente en sus Guías de Práctica, cabe destacar que también sugiere la necesidad de investigar técnicas de tratamiento más efectivas, con su declaración de que “hay una escasez de estudios basados en evidencia de alta calidad sobre intervenciones para pacientes con TEPT resistentes al tratamiento (...)” [49].

Las recomendaciones de práctica de la APA establecen que los objetivos del tratamiento del TEPT “incluyen reducir la gravedad de... los síntomas... (mediante) la mejora del funcionamiento adaptativo y la restauración de la sensación psicológica de seguridad y confianza, limitando la generalización del peligro experimentado como resultado de las situaciones traumáticas y protegiendo contra las recaídas”. Continúa agregando que “...entre los factores que pueden necesitar abordarse en pacientes que no responden al tratamiento se incluyen problemas en la alianza terapéutica; la presencia de dificultades psicosociales o ambientales; el efecto de experiencias de vida anteriores, como el abuso infantil o la exposición a traumas previos (...)” [49].

Pese a las diferencias significativas entre estos diversos tipos de terapia, incluida la terapia asistida con MDMA, todos comparten importantes fundamentos teóricos. Además, se producen experiencias terapéuticas muy similares con cualquiera de estos abordajes, lo cual no es sorprendente, ya que cada uno a su manera estimula el acceso a una inteligencia universal de sanación interna. Por ejemplo, el enfoque no directivo de la terapia asistida con MDMA a menudo conduce a que ocurra espontáneamente muchos de los tipos de experiencias que se generan de forma más directa y se consideran terapéuticamente importantes en estos otros abordajes. Como se mencionó anteriormente en este manual, la función del terapeuta es, en primer lugar, preparar a los participantes para esta posibilidad fomentando una actitud abierta y sin control hacia las experiencias que surjan, y luego apoyar el desarrollo y la posterior integración de dichas experiencias. El MDMA puede actuar como un importante catalizador para este proceso.

La Tabla 1 (ver Sección 11.1 Comparación de enfoques terapéuticos para el TEPT) compara los principales enfoques terapéuticos para el tratamiento del TEPT analizados en la guía de la APA y en la guía de práctica clínica de la Sociedad Internacional para Estudios del Estrés Traumático [1], donde se discute el método de psicoterapia asistida con MDMA.

9.1 Comparación entre la terapia de sistemas familiares internos (IFS) y la psicoterapia asistida con MDMA

Elementos de la terapia IFS –el reconocimiento y la desvinculación de las partes, un mayor acceso a la «autoenergía», el reconocimiento y respeto a los protectores, y la observación y liberación de traumas pasados–, a menudo ocurren en la psicoterapia asistida con MDMA, con poca o ninguna dirección por parte de los terapeutas. Una forma de describir los efectos del MDMA es que facilita el acceso a un alto nivel de autoenergía y, por lo tanto, brinda coraje para afrontar experiencias dolorosas y proporciona claridad y compasión por las partes propias y las cargas que han soportado.

9.2 Comparación del procesamiento somático y la psicoterapia asistida con MDMA

Tanto la psicoterapia sensoriomotriz como la psicoterapia asistida con MDMA buscan concientizar respecto a las experiencias somáticas y pueden utilizarse para “conectar síntomas psicológicos y estados fisiológicos” [26]. En ambos métodos, se invita al participante a trabajar con su cuerpo para procesar el trauma. Ayudar al participante a tomar conciencia de lo que su cuerpo desea hacer en reacción a los recuerdos traumáticos y a seguir esa acción puede ser el comienzo de la liberación de lo que antes era un proceso natural (movimiento) e integrar las experiencias no procesadas. En ambos métodos, los terapeutas preguntarán acerca de las sensaciones corporales del participante y lo invitarán a liberar dolores, tensión o energía en el cuerpo mediante el movimiento, de la manera que le resulte más apropiada. El objetivo será ayudar al participante a comenzar a ser amigo de su cuerpo en lugar de considerarlo una fuente de peligro e imprevisibilidad.

10.0 Apéndice B: Lista de lecturas sugeridas

Angeles Arrien, Ph.D.

The Four-Fold Way: Walking the Paths of the Warrior, Teacher, Healer, and Visionary

Stanislav Grof, M.D.

Psychology of the Future

The Adventure of Self Discovery

Judith Herman, M.D.

Trauma and Recovery

Richard Schwartz, Ph.D.

Introduction to Internal Family Systems Therapy

Pema Chodron

The Places that Scare You: A Guide to Fearlessness in Difficult Times When Things Fall Apart: Heart Advice for Difficult Times

Pat Ogdon, Kekuni Minton, Claire Pain, and Daniel Siegel

Trauma and the Body

Peter Levine and Ann Fredrick

Waking the Tiger: Healing Trauma

Peter Levine and Gabor Mate

In an Unspoken Voice: How the Body Releases Trauma and Restores Goodness

Jalal al-Din Rumi

“The Guest House” (a poem that can be found online or in *The Essential Rumi* translated by Coleman Barks, Harper Collins 1995)

11.0 Apéndice C: Comparación de métodos terapéuticos para el tratamiento del TEPT

11.1 Comparación de enfoques terapéuticos para el TEPT

Tabla 1: Comparación de enfoques terapéuticos para el TEPT

Elemento terapéutico	Terapia cognitivo-conductual	EMDR	Psicoterapia psicodinámica	Psicoterapia asistida con MDMA
<p>Exposición prolongada (ya sea exposición in vivo o revivir el trauma en terapia)</p>	<p>Para la exposición in vivo, se desarrolla una lista jerárquica de situaciones y se asignan tareas específicas que impliquen la exposición a dichas situaciones.</p> <p>Para la exposición imaginaria, se pedirá al paciente que describa el trauma en detalle en tiempo presente. Este proceso se realizará repetidamente durante varias visitas.</p>	<p>Se utiliza una imagen objetivo relacionada con el trauma como punto de partida, con un enfoque no directivo para lo que sigue. Se invitará al paciente a "dejar que pase lo que pase". Las conversaciones con el terapeuta son intermitentes.</p>	<p>Se discuten los eventos traumáticos, pero no se incluye el enfoque específico de la exposición prolongada. (En la práctica, la psicoterapia psicodinámica y la terapia cognitivo-conductual a menudo se combinan).</p>	<p>Enfoque no directivo de la forma en que surge y se procesa el trauma con el estímulo de permanecer presente en lugar de evadir los recuerdos y emociones difíciles. Las conversaciones con los terapeutas son intermitentes.</p> <p>(Nota: Se acuerda antes de la sesión que si el trauma no surge espontáneamente, el terapeuta lo mencionará, pero hasta ahora el trauma siempre ha surgido de manera espontánea. En efecto, la exposición prolongada ocurre espontáneamente).</p>
<p>Reestructuración cognitiva</p>	<p>Se identifican los "pensamientos y creencias negativos/distorsiones cognitivas". Se cuestionan utilizando el método socrático, modificándolos hasta llegar a una respuesta racional</p>	<p>La reestructuración cognitiva a menudo ocurre espontáneamente y puede ser catalizada por el terapeuta añadiendo "entrelazado cognitivo" si es necesario.</p>	<p>Enfoque en el "significado del trauma para el individuo en términos de conflictos psicológicos previos y experiencias y relaciones de desarrollo..." [1]</p>	<p>La reestructuración cognitiva a menudo ocurre espontáneamente, con una mínima intervención del terapeuta al respecto. Se pueden utilizar elementos de los enfoques cognitivo-conductuales y psicodinámicos en las sesiones de integración de seguimiento, pero siempre en respuesta a la forma en que la experiencia continúa desarrollándose para el participante, en lugar de según una estructura predeterminada.</p>

Tabla 1: Comparación de enfoques terapéuticos para el TEPT

Elemento terapéutico	Terapia cognitivo-conductual	EMDR	Psicoterapia psicodinámica	Psicoterapia asistida con MDMA
Capacitación en manejo de la ansiedad (AMT), incluida la capacitación sobre inoculación del estrés (SIT)	Las técnicas de relajación a menudo se enseñan al comienzo del tratamiento, como ejercicios de respiración, relajación muscular profunda y/o imágenes.	El protocolo EMDR incluye establecer un método de relajación eficaz desde el principio, a menudo visualización guiada.	No es un elemento específico de la terapia psicodinámica, pero clínicamente a menudo se combina.	A los participantes se les enseña relajación, generalmente utilizando la respiración diafragmática.
Mayor conciencia de las experiencias positivas, incluida la seguridad presente	Puede ser parte de una reestructuración cognitiva o puede ocurrir espontáneamente luego de una exposición prolongada.	A menudo ocurre de forma espontánea, con mayor frecuencia hacia el final de la sesión.	Puede ocurrir como resultado del análisis de relaciones y experiencias presentes y pasadas. Suele ocurrir más adelante en la terapia.	Suele ocurrir de forma espontánea, a menudo al principio de la primera sesión asistida con MDMA. Puede proporcionar una sensación de seguridad y bienestar que facilita un procesamiento más profundo de las experiencias dolorosas más adelante en la sesión o en una sesión posterior.
Despeje de la tensión corporal y otros síntomas somáticos	El terapeuta dirige la atención al cuerpo.	El terapeuta dirige la atención al cuerpo.	Generalmente no se considera como parte de la psicoterapia psicodinámica.	Se menciona en las sesiones preparatorias y se trata como un componente terapéutico importante que puede abordarse de forma inadecuada en las terapias basadas en la conversación habituales. La psicoterapia asistida con MDMA tiende a concientizar este componente somático y permite su liberación, a menudo de forma espontánea y, en ocasiones, cuando el terapeuta dirige la atención hacia los síntomas corporales (como se hace en los ejemplos de exposición imaginaria de la Dra. Foa o mediante el trabajo corporal focalizado).

Tabla 1: Comparación de enfoques terapéuticos para el TEPT

Elemento terapéutico	Terapia cognitivo-conductual	EMDR	Psicoterapia psicodinámica	Psicoterapia asistida con MDMA
<p>Problemas de transferencia y contratransferencia</p>	<p>No es una parte central, pero los terapeutas deben ser conscientes de ellos.</p>	<p>No es una parte central, pero los terapeutas deben ser conscientes de ellos.</p>	<p>La interpretación de la transferencia puede ser una parte importante de la intervención.</p>	<p>No es una parte central, pero los terapeutas deben ser conscientes de ellos y de que pueden intensificarse en estados no ordinarios, como el inducido por el MDMA. Deben abordarse abiertamente e indagar al respecto si parece existir una dinámica tácita significativa. Los terapeutas se autorrevelan y son colaborativos. La transferencia se abordará temprano en lugar de dejar que se desarrolle, como puede ocurrir en la terapia psicodinámica.</p>
<p>Dificultades con la alianza terapéutica, un posible obstáculo para el éxito del tratamiento</p>	<p>Se dedica tiempo y atención al desarrollo de la alianza, con algunas limitaciones en los protocolos terapéuticos de duración limitada [1]. (La Dra. Foa recomienda nueve sesiones con la posibilidad de tres más y menciona que “existe un punto donde empieza a haber resultados cada vez menores” en pacientes que no han respondido a ese tratamiento”).</p>	<p>Se dedica tiempo y atención al desarrollo de la alianza.</p>	<p>Se dedica tiempo y atención al desarrollo de la alianza.</p>	<p>Se dedica tiempo y atención al desarrollo de la alianza. Tanto la mentalidad como el ambiente del modelo de tratamiento y los efectos del MDMA promueven la confianza y, por lo tanto, el desarrollo de una alianza terapéutica en un tiempo relativamente corto.</p>

Tabla 1: Comparación de enfoques terapéuticos para el TEPT

Elemento terapéutico	Terapia cognitivo-conductual	EMDR	Psicoterapia psicodinámica	Psicoterapia asistida con MDMA
<p>“El efecto de experiencias de vida anteriores, como el abuso infantil o la exposición a traumas previos...” [1] como factores que complican la situación y pueden causar resistencia al tratamiento.</p>	<p>Puede abordarse mediante la reestructuración cognitiva.</p>	<p>Puede surgir espontáneamente en EMDR.</p>	<p>Discutir esto puede ser una parte central de la psicoterapia psicodinámica.</p>	<p>La experiencia temprana de abuso o falta de apoyo suele surgir espontáneamente en las sesiones asistidas con MDMA, generalmente con una comprensión de las conexiones entre esta experiencia temprana y el TEPT. Esta comprensión, así como la conexión y el procesamiento emocional concomitantes, suelen ocurrir con poca o nula intervención de los terapeutas.</p>

11.2 Un artículo que analiza los elementos que comparten la psicoterapia asistida con MDMA y otros métodos

[Este artículo apareció originalmente en la edición de primavera de 2013 del Boletín MAPS.]

Psicoterapia asistida con MDMA: ¿En qué es diferente de otras psicoterapias? Por el Dr. Michael Mithoefer

“Ten una gran historia o no tengas ninguna, pero no tengas una historia pequeña”.

Estas palabras de Stan Grof resonaron profundamente en mí cuando las escuché por primera vez hace más de 20 años. Siempre están presentes cuando pienso en lo que sabemos y lo que estamos descubriendo sobre la sanación psicológica; incluso el término «sanación psicológica» implica una pequeña historia que separa la psicología de la fisiología, la espiritualidad y otros posibles niveles de sanación. En la investigación, necesitamos formular y probar hipótesis, las cuales son necesariamente pequeñas historias o solo pequeñas partes de una historia más grande. Por muy elegantes y esclarecedoras que sean nuestras hipótesis, existe el peligro de que se conviertan en trampas conceptuales que limiten nuestra capacidad de observar y responder a lo inesperado. Una comprensión integral de la psique humana sigue siendo difícil de alcanzar y, sin duda, está mucho más allá de cualquiera de nuestras limitadas hipótesis.

Para mí, investigar el MDMA de forma rigurosa y científica siempre implica una tensión entre el esfuerzo por comprender y el no necesitar comprender. El reto constante consiste en equilibrar mi intención de no apegarme a ninguna historia —ser abierto y receptivo a descubrimientos inesperados cuando nos sentamos con personas en sesiones de psicoterapia asistida con MDMA— con la ineludible y potencialmente fructífera propensión de mi mente racional a integrar nuevos descubrimientos a nuestra comprensión, en constante evolución, de métodos y mecanismos terapéuticos. Sin perder de vista esa tensión imperiosa, inherente en cierta medida a cualquier psicoterapia, quiero analizar algunas similitudes y diferencias entre la psicoterapia asistida con MDMA y otros enfoques de la psicoterapia para el trastorno de estrés postraumático (TEPT).

Nadie sabe cómo funciona realmente ningún tratamiento psiquiátrico, de psicoterapia o de psicofarmacología, incluso cuando comprendemos los elementos esenciales de muchos de sus efectos fisiológicos. La psicoterapia asistida con MDMA es especialmente compleja en este sentido, ya que combina psicoterapia y psicofarmacología. Existen numerosos artículos que describen los efectos de la MDMA en el cerebro y el resto del cuerpo, y algunos especulan sobre los mecanismos de sus efectos terapéuticos, pero no existen estudios publicados diseñados para poner a prueba hipótesis sobre los mecanismos farmacológicos y psicoterapéuticos de la psicoterapia asistida con MDMA. Los estudios patrocinados por MAPS hasta la fecha están diseñados para medir la seguridad y la eficacia, pero no para determinar el mecanismo de acción. Si la financiación nos lo permite, esperamos investigar posibles mecanismos incorporando neuroimagen y otras mediciones fisiológicas a futuros protocolos. Además, otros investigadores están comenzando a realizar análisis cualitativos de las grabaciones de nuestras sesiones para intentar comprender mejor el proceso psicoterapéutico involucrado. Mientras tanto, nuestras observaciones sobre posibles mecanismos terapéuticos son especulativas, basadas en observaciones clínicas durante sesiones de investigación de MDMA y limitadas en precisión por la complejidad del proceso.

La psicoterapia tiene efectos en muchos niveles: emocional, cognitivo, físico, energético y espiritual. El curso de la terapia está determinado por la propia inteligencia sanadora interna del individuo, que interactúa con la facilitación de los terapeutas en el contexto de la relación terapéutica. En la psicoterapia asistida con MDMA, los efectos farmacológicos directos de esta se producen en conjunto con este complejo proceso psicoterapéutico, con la esperanza de actuar como catalizador de su potencial sanador. Además, esta interacción es bidireccional: los efectos neurofisiológicos influyen en la psicoterapia y la psicoterapia en sí misma modifica el cerebro. En esta etapa, ninguna discusión sobre los elementos terapéuticos involucrados puede abarcar más que una parte del panorama. Podemos aprender de este reduccionismo, pero debemos tener cuidado de no confundir el mapa con el territorio. Nos esforzamos por hacer ciencia rigurosa sin perder de vista la notable riqueza del proceso a medida que lo observamos y participamos en él.

Mi esposa Annie y yo hemos tenido la oportunidad de actuar como coterapeutas en psicoterapia asistida con MDMA para el TEPT en nuestro primer estudio patrocinado por MAPS, realizado en 2008, y en nuestro estudio en curso con veteranos, bomberos y policías que sufren de TEPT crónico. También hemos aprendido de muchos otros leyendo y compartiendo observaciones e ideas con otros investigadores: José Carlos Bouso, Marcela O'Alora, Peter Oehen y Verena Widmer, quienes han realizado o están realizando estudios similares, y con George Greer, Reque Tolbert, Stanislav Grof, Ralph Metzner, Torsten Passie y otros que tenían experiencia en psicoterapia asistida con MDMA antes de que se convirtiera en un compuesto programado. Las comparaciones que establezco a continuación se basan en estas oportunidades de aprender sobre la psicoterapia asistida con MDMA en contraste con mi formación y experiencia clínica utilizando otros métodos a lo largo de los años.

A primera vista, la psicoterapia asistida con MDMA es muy diferente de cualquier tratamiento convencional: los participantes se tumban en un futón, a veces con antifaz y auriculares, escuchando música con terapeutas hombres y mujeres sentados a cada lado durante al menos ocho horas (no es exactamente el enfoque que me enseñaron en la residencia de psiquiatría, aunque es muy similar al que aprendimos en el Entrenamiento transpersonal de Grof). Pese a estas dramáticas diferencias, un análisis más detallado de la psicoterapia asistida con MDMA permite a la mayoría de terapeutas reconocer que incluye elementos familiares que desempeñan un papel importante en los efectos beneficiosos de otros modelos terapéuticos. Esto no es sorprendente, ya que cada enfoque, en el contexto de una relación terapéutica, estimula el acceso a la capacidad innata y universal de sanación del individuo. Muchos de los elementos terapéuticos que los terapeutas obtienen directamente en los métodos más consolidados se manifiestan espontáneamente en el enfoque menos directivo que utilizamos en la terapia asistida con MDMA.

Elemento 1: Establecer un ambiente y una mentalidad terapéuticos de apoyo, seguros y propicios para la sanación

Estos son elementos esenciales de cualquier tratamiento seguro y eficaz para el TEPT. Al inicio de todas las terapias establecidas y en las sesiones introductorias previas a la terapia asistida con MDMA, los terapeutas desempeñan un papel activo en el establecimiento de una alianza terapéutica. Para proceder de forma segura, los terapeutas deben evaluar y posiblemente ampliar los sistemas de apoyo del paciente y sus propios recursos para la gestión emocional y el autocuidado. Las personas con TEPT suelen tener dificultades para confiar, por lo que los terapeutas de trauma de todo tipo saben que la alianza terapéutica y los recursos del paciente pueden ponerse a prueba durante los desafíos emocionales del procesamiento del trauma. La psicoterapia asistida con MDMA no es inmune a estos desafíos, pero sí ofrece una ventaja potencial. Los efectos del MDMA parecen aumentar la probabilidad de que los participantes puedan mantener suficiente confianza en los terapeutas y una perspectiva lo suficientemente amplia sobre su propia experiencia interior como para procesar sus miedos sin retirarse emocional o físicamente de la alianza terapéutica.

(Las secciones en cursiva son citas de participantes del estudio)

“Sigo recibiendo el mensaje de la medicina: ‘Confía en mí’. Cuando intento pensar, no funciona, pero cuando dejo que vengan las olas de miedo y ansiedad, siento como si la medicina entrara, las tomara, las sacara, y luego se disiparan”.

“Sin el estudio no creo que hubiera podido profundizar tanto, tenía mucho miedo del miedo”.

“Tal vez una de las cosas que hace la droga es permitir que tu mente se relaje y se quite del camino, pues la mente protege mucho la herida”.

Elemento 2: Entrenamiento para el manejo de la ansiedad (AMT)/inoculación del estrés (IE)

Cualquier psicoterapia que implique revisar y procesar el trauma probablemente aumente temporalmente la ansiedad y otras emociones intensas, por lo que los participantes deberán contar con herramientas para gestionar la exacerbación de los síntomas según sea necesario a lo largo de la terapia. La terapia cognitivo-conductual

(TCC), incluyendo la exposición prolongada (EP) y otras, suelen incluir la enseñanza de un método de relajación desde el principio. La desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR, por sus siglas en inglés) también lo requiere, a menudo mediante visualizaciones guiadas. Durante las sesiones introductorias de psicoterapia asistida con MDMA, enseñamos respiración diafragmática consciente o reforzamos cualquier otro método que el participante haya encontrado eficaz. Es importante no subestimar el grado en que los participantes en psicoterapia asistida con MDMA para el TEPT puedan necesitar y beneficiarse del apoyo continuo durante el período de integración en los días y semanas posteriores a las sesiones asistidas con MDMA. El MDMA cataliza un proceso más profundo durante las sesiones asistidas con MDMA, por lo que a menudo requiere una mayor atención a los desafíos de integrar estas experiencias profundas en la conciencia y la vida cotidianas.

Ahora que se me ha pasado el efecto de la medicina, a veces me siento culpable por decir lo que dije sobre la falta de disponibilidad emocional de mis padres. Sé que no era cuestión de culpar, pero aún hay esa voz que me juzga y me dice que no hablemos de esto.

“Tuve una visión de lo que soy capaz de llegar a ser... Estoy motivado a seguir practicando la apertura hasta que se desarrolle más”.

Elemento 3: Terapia de exposición

Revisar experiencias traumáticas durante la terapia es un pilar de la exposición prolongada, el procesamiento cognitivo y otros tipos de terapia cognitivo conductual para el TEPT. En estos modelos, la "exposición imaginaria" se logra pidiendo al participante que lea o recite repetidamente un relato de su experiencia traumática. Asimismo, la EMDR comienza con un "objetivo", generalmente una imagen, asociado con un evento traumático que conlleva una carga emocional y cogniciones negativas asociadas.

En la psicoterapia asistida con MDMA, acordamos con los participantes que los terapeutas podrán abordar el trauma inicial en cualquier momento de cada sesión si no surge espontáneamente. Sin embargo, en casi 100 sesiones de investigación sobre MDMA realizadas hasta la fecha, nunca hemos tenido que hacerlo. El trauma siempre surge, y creemos que es preferible permitir que surja espontáneamente en cualquier momento y de la forma que sea para cada individuo. Esto se ajusta al principio de que la táctica óptima es que los terapeutas y el participante aborden cada sesión con una actitud mayormente no directiva, o con una mentalidad de principiante, para que la propia inteligencia sanadora del individuo determine el rumbo de la sesión. En algún momento de la sesión, esto resultará en una forma de terapia de exposición en la que el MDMA actuará como catalizador al proporcionar conexión emocional, mayor claridad sobre los recuerdos traumáticos y una sensación de confianza en que las experiencias dolorosas pueden revisarse y procesarse sin resultar abrumadoras. En muchos casos, esta exposición imaginaria ocurre al principio de la sesión, pero a veces surge solo después de que las experiencias afirmativas hayan proporcionado mayor fuerza interior para afrontar los recuerdos traumáticos. Estas experiencias afirmativas son elementos importantes de la terapia e invitamos a los participantes a aceptarlas como tales, en lugar de suponer, como hacen algunos, que enfrentar el dolor es el único uso productivo del tiempo.

“Nunca antes había sentido la conexión amorosa que sentí hoy. No estoy seguro de poder alcanzarla de nuevo sin MDMA, pero tengo esperanzas de que sea posible. Quizás sea como tener un mapa aéreo, así que ahora sé que hay un sendero”.

“La medicina me acaba de traer una carpeta. Estoy sentado en un escritorio grande, en una silla cómoda, y la medicina se va y luego se materializa de nuevo en forma física, trayéndome la siguiente cosa: es una carpeta con mi historial de servicio. Dice que necesito revisarla y hablar con usted de ella desde el principio para que pueda archivarla adecuadamente”.

“Es como si cada vez que voy hacia adentro viera flores y cogiese una, y esa era la siguiente cosa en la que trabajar. Y hay cosas que son difíciles de aceptar, pero cada vez que las navego me siento mucho mejor”.

“Me doy cuenta de que no estoy intentando abrirme paso a través de nada. Debe ser una apertura suave. Con la medicina, nada se sintió forzado. Sé que tendré que sentir los

sentimientos y aún tengo miedo de que el dolor sea abrumador, y sé que los sentimientos son impredecibles y las corrientes pueden ser turbulentas, pero ayer, cuando metí el pie en el agua, fue una sensación maravillosa. Recuerdo cada detalle; es una imagen limpia”.

“No fue una experiencia fácil, pero valió muchísimo la pena. Fue una experiencia muy espiritual, muy expansiva. Ahora siento una sensación de calma y estabilidad”.

Elemento 4: Reestructuración cognitiva

La terapia cognitivo-conductual enseña a las personas a reconocer pensamientos y creencias negativas, y distorsiones cognitivas, a cuestionarlos mediante el método socrático y a modificarlos con una respuesta racional. En EMDR, el enfoque es en gran medida no directivo y la reestructuración cognitiva suele ocurrir espontáneamente, a veces catalizada por el terapeuta, que añade un "entrelazado cognitivo", si es necesario. En la terapia psicodinámica, con la ayuda de las interpretaciones del terapeuta, los clientes llegan a comprender el significado de las experiencias traumáticas y las reacciones y creencias asociadas, basándose en su historia de desarrollo, y relaciones y conflictos psicológicos previos.

En la psicoterapia asistida con MDMA, la reestructuración cognitiva puede resultar del diálogo con los terapeutas, utilizando elementos de la TCC, la terapia psicodinámica y otros métodos, según la formación y la experiencia de cada terapeuta, tal como se contempla en nuestro Manual de tratamiento de investigación [disponible en maps.org]. Además, los efectos del MDMA pueden generar profundas reflexiones sobre las distorsiones cognitivas con poca o ninguna intervención por parte de los terapeutas. Nuestro enfoque, en gran medida no directivo, a menudo resulta en una reestructuración cognitiva espontánea, fruto de las cualidades generadas por el MDMA: mayor claridad mental, confianza y la valentía de analizarse honestamente.

“Siento que estoy caminando por un lugar al que necesitaba ir hace mucho tiempo y simplemente no sabía cómo llegar. Siento que me conozco mejor que nunca. Ahora sé que soy una persona normal. He pasado por cosas malas, pero... son cosas que me sucedieron, no quién soy... Este soy yo, la medicina ayuda, pero esto está dentro de mí”.

Elemento 5: Transferencia y contratransferencia

Estos términos refieren respectivamente a los sentimientos surgidos en el cliente hacia los terapeutas y viceversa, ya que están influenciados inconscientemente por experiencias previas, especialmente las experiencias infantiles con los padres. La consciencia de estos sentimientos es importante en cualquier psicoterapia y se aborda específicamente en la psicoterapia psicodinámica, cuyo objetivo es hacer consciente lo inconsciente a medida que se vuelve tolerable durante el curso de la terapia. En la psicoterapia asistida con MDMA, abordamos la transferencia y la contratransferencia en las sesiones introductorias, preparándonos para el hecho de que estos sentimientos pueden verse considerablemente intensificados por el MDMA y el contexto de las sesiones de un día completo. Los presentamos como fenómenos normales que brindan la oportunidad de descubrir y procesar material previamente inconsciente en el momento presente.

Sabemos que los participantes que toman MDMA pueden ser extremadamente sensibles a las expresiones verbales y no verbales de los terapeutas, y fomentamos la honestidad y la franqueza sobre cualquier sentimiento que surja. Nuestra intención explícita es ser francos con cualquier pregunta que los participantes puedan tener sobre nosotros y de no tomarlo como algo personal, si se enojasen o disgustasen como reacción a alguna cosa que digamos o hagamos. El MDMA puede volver consciente lo inconsciente rápidamente, a la vez que aumenta la capacidad del participante para reconocer y discutir problemas de transferencia, y para tolerar y beneficiarse de este ritmo más rápido de cambio. A su vez, se reta a los terapeutas a ser conscientes de sus propias reacciones y a interactuar honesta y empáticamente con el participante en todo momento. Afortunadamente, si los terapeutas son honestos sobre sus propias limitaciones y puntos ciegos, es probable que el participante que toma MDMA sea empático con ellos.

“Bien, ya estoy listo para hablar con usted, Michael. ¿Se has dado cuenta de que siempre que

he hablado con usted he intentado impresionarte con lo inteligente que soy? Eso es lo que hice con mi padre, porque era inteligente y no estaba presente mucho tiempo. Ahora estoy listo para tener una conversación seria con usted”.

Elemento 6: Trabajar con la multiplicidad de la psique

La psique humana no es unitaria; todos tenemos diferentes partes. Este fenómeno es ampliamente reconocido, pero en psiquiatría la terminología y las teorías al respecto distan mucho de estar unificadas. No obstante, creo que «disociación», «partes», «subpersonalidades», «yoes» y «complejos» se refieren al mismo fenómeno o a fenómenos superpuestos. Cuando las manifestaciones de multiplicidad se encuentran en el extremo del espectro, se denominan trastorno de identidad disociativo (anteriormente trastorno de personalidad múltiple). En el próximo DSM-5, se incluirá un nuevo «subtipo disociativo» de TEPT, lo que implica el reconocimiento de que las personas con TEPT suelen presentar mayores niveles de disociación o fusión con sus partes.

Varios modelos de psicoterapia reconocen la multiplicidad como un fenómeno normal (aunque problemático en los extremos del espectro) y ofrecen métodos específicos para trabajar con ella en terapia. Estos modelos incluyen la psicósintesis, el diálogo de voces y la terapia sistémica familiar interna (TFI). En nuestra experiencia, el MDMA en un entorno terapéutico suele generar conciencia de diferentes "partes" de la psique y, al mismo tiempo, genera más "autoenergía" para permitir la exploración de las partes con mayor compasión y claridad («partes» y «autoenergía» son términos de TFI; otros modelos describirán el mismo fenómeno de forma algo diferente). Hemos estado realizando un pequeño estudio piloto interno dentro de nuestro estudio actual con veteranos, bomberos y policías con TEPT, para registrar la frecuencia con la que surge la conciencia de las partes. Nuestro análisis preliminar revela que los participantes del estudio han expresado espontáneamente la conciencia de diferentes partes de sí mismos en el 81 % de las sesiones asistidas con MDMA, y una mayor comprensión y aceptación de estas partes ha sido a menudo un elemento importante en el proceso terapéutico.

“Me doy cuenta de que una parte de mí no es un monstruo, es un guerrero, una parte valiosa de mí, y él también necesita sanar”. (parafraseado)

Elemento 7: Manifestaciones somáticas del trauma

La TCC, la EMDR y la terapia psicodinámica pueden enfocar la atención en las experiencias somáticas, pero no incluyen el trabajo directo con el cuerpo a través del movimiento o el contacto físico. Sin embargo, existen varios métodos innovadores y efectivos que enfatizan las conexiones entre los síntomas psicológicos y los estados fisiológicos. Estos métodos (psicoterapia sensoriomotriz, experiencia somática, respiración holotrópica, hakomi y otros) utilizan la atención enfocada, la respiración, el movimiento y/o el contacto para fomentar la expresión y liberación de las sensaciones que surgen en el cuerpo durante la terapia del trauma. La psicoterapia asistida con MDMA a menudo incluye centrar la atención en las sensaciones corporales y utilizar la respiración y el movimiento para facilitar la consciencia, la expresión y la liberación de tensiones o dolores corporales. Nuestro enfoque también puede incluir el contacto nutritivo o el trabajo corporal enfocado, siempre con la debida atención y el permiso del participante. Trabajar con estas sensaciones corporales condujo a la liberación de gran parte de la ira y la tristeza.

“La ira se siente como un volcán, tengo miedo de ser destructivo, siento tanta tristeza, soledad, náuseas”.

Los factores que conducen a la curación en la psicoterapia asistida con MDMA no son más misteriosos que los de cualquier otro método terapéutico. Algunos factores se reconocen y pueden refinarse y difundirse, otros están a punto de ser descubiertos, y muchos permanecen ocultos en las complejidades y misterios de una historia mucho más amplia sobre los verdaderos mecanismos del crecimiento y la sanación humana. Dado que lo imaginario es el lenguaje del inconsciente, las imágenes pueden ser las que mejor describen lo que ocurre. Como lo expresó recientemente un veterano de la guerra de Irak que participó en nuestro estudio:

“Se siente casi como si el sanador interior o el MDMA fuera como una trabajadora doméstica realizando una limpieza profunda. Es como si pensaras que ya estabas limpiando antes, pero cuando llegabas a cosas con las que realmente no querías lidiar, simplemente las guardabas en el clóset. Si vas a limpiar la casa, no puedes saltarte las cosas del clóset”.

*Translated by Dante Reimondi,
Reviewed by Ricardo Robina,
With the assistance of Proz Pro Bono Program*