



**Universidad de Belgrano
Facultad de Humanidades
Licenciatura en Psicología**

**“Terapia de aceptación y compromiso asistida con psilocibina:
dejando atrás los abordajes sindrómicos en psicoterapia”**

Trabajo Final de Carrera

Alumna: Camila Rubin

Matrícula:

ID: 172209

Tutor/a: Delfina Lahitou Herlyn

Índice

Resumen	3
Introducción	4
• Presentación de la temática.....	4
• Problema y Pregunta de Investigación:.....	5
• Relevancia de la temática.....	6
Objetivos	7
• Objetivo General.....	7
• Objetivos Específicos.....	7
Alcances y Límites	7
Antecedentes	8
Estado del Arte	11
• Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).....	13
• Terapia asistida con psilocibina.....	19
Desarrollo Metodológico	23
• Procedimiento.....	23
• Índice comentado.....	24
Capítulo 1: Limitaciones de los modelos tradicionales para abordar el sufrimiento humano...	24
• El posicionamiento sobre el sufrimiento humano.....	24
• Normalidad saludable vs Normalidad destructiva.....	26
• Algunas consideraciones sobre el comportamiento del lenguaje y la cognición desde la teoría del marco relacional (RFT) en relación con abordajes psicoterapéuticos.....	27
Capítulo 2: Integración de terapia asistida con psilocibina y terapia de aceptación y compromiso	29
• Neurobiología del afrontamiento: ISRS vs Psilocibina.....	29
• ¿Por qué usar ACT como marco teórico para la terapia asistida con psilocibina?.....	31
• El modelo de flexibilidad psicológica como rúbrica organizativa para los procesos de cambio en la terapia asistida con psicodélicos.....	34
Conclusión:	36
Bibliografía	37

Resumen

El presente trabajo final de carrera tiene por objetivo analizar los principios teóricos e intervenciones prácticas de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, por sus siglas en inglés) asistida con psilocibina considerando los procesos de neuroplasticidad y flexibilidad psicológica que funcionan como componentes fundamentales del proceso de cambio neuropsicológico.

En primer lugar, se explorará la conceptualización del sufrimiento humano desde la terapia de aceptación y compromiso buscando visibilizar la pertinencia de la perspectiva de ACT con respecto al funcionamiento de la conducta humana en comparación con modelos psicoterapéuticos más tradicionales como el psicoanálisis o la terapia cognitivo conductual de segunda ola. Concomitantemente se relacionará esta perspectiva con la correlación neurobiológica de la conducta de evitación experiencial desarrollada por el conductismo clásico y retomada por ACT en relación con los efectos tanto de psicofármacos tradicionales como el uso psicoterapéutico de la psilocibina.

Consiguientemente se buscará explicar el proceso de cambio conductual y neuroplástico, comenzando por la terapia de aceptación y compromiso, sus bases filosóficas en el contextualismo funcional y sus bases científicas en la Teoría de los Marcos Relacionales (RFT, por sus siglas en inglés) además de explorar el Modelo de Flexibilidad Psicológica de ACT (el Hexaflex) y sus seis procesos (Aceptación, Defusión, Contacto con el Momento Presente, Self como Contexto, Valores y Acción Comprometida). Por otro lado se indagará el proceso de neuroplasticidad efectuado por la terapia con psilocibina y los elementos principales compartidos con ACT para el potencial de cambio.

Finalmente se hará una exploración bibliográfica acerca de los dilemas y desafíos que se presentan social y culturalmente en la sociedad contemporánea desde ACT como problemática central en la búsqueda de una vida que valga la pena ser vivida. Se buscará recolectar perspectivas y estrategias que asistan a las personas a experimentar una existencia con propósito en la presencia de estos dilemas y desafíos.

Palabras claves: Terapia de aceptación y compromiso (ACT), Psilocibina, Neuroplasticidad, Flexibilidad psicológica.

INTRODUCCIÓN

Presentación de la temática

La psicopatología tradicionalmente se ha entendido como el conjunto de fenómenos de orden biológico o sociológico que afectan negativamente a la mente de un ser humano. También se refiere a la rama de la psiquiatría o la psicología que se enfoca en el estudio, evaluación y tratamiento de estas afectaciones. La mayoría de los acercamientos a la psicopatología son sindrómicos y definen al sufrimiento humano como “comportamiento anormal” que debe ser considerado como una anomalía estadística causada por un proceso conductual o intrapsíquico y por ende los tratamientos psicológicos derivados de esta conceptualización apuntarán a eliminar o reducir el malestar psicológico. La terapia de aceptación y compromiso propone un abordaje que no intente solucionar el sufrimiento, sino construir una vida valiosa en su presencia. Basado en los principios del comportamiento postulados por B.F. Skinner en 1953 y respaldado por la teoría del marco relacional; además de sus bases filosóficas en el contextualismo funcional propone la noción de flexibilidad psicológica, con el fin de terminar con abordajes que fomentan la evitación experiencial y profundizan la sintomatología que se pretende eliminar.

Al mismo tiempo existe un correlato neurobiológico en la psicopatología que se suele abordar desde la psiquiatría con el uso de psicofármacos como por ejemplo inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS). Si bien su uso es útil para el fin que se proponen las terapias asistidas con psicodélicos, particularmente con psilocibina, pueden aliviar algunos de los retos a los que se enfrenta la medicina psiquiátrica convencional. (Lowe, Toyang, Steele, Valentine, Grant, Ali, Ngwa, Gordon, 2021) y potenciar la flexibilidad psicológica.

La conexión fundamental entre la terapia de aceptación y compromiso (ACT) y la terapia asistida con psilocibina se muestra altamente prometedora en términos del cambio potencial que podría darse en el abordaje de los trastornos mentales ya que la conceptualización que se implementa al respecto de estos es inherentemente más pertinente al funcionamiento de nuestra mente. Esta posibilidad se basa en el entrenamiento de la flexibilidad psicológica propuesta por ACT, potenciada por la neuroplasticidad resultante de la influencia psicoplastógena (Lowe, Toyang, Steele, Valentine, Grant, Ali, Ngwa, Gordon, 2021).

El objetivo fundamental que comparten y en el que convergen estos abordajes terapéuticos es en el de lograr un comportamiento orientado a la construcción de conductas prosociales o basadas en valores incluso en la presencia de sintomatología considerada patológica en la sociedad actual en vez de intentar eliminarla.

Problema y Pregunta de Investigación:

El corolario lógico que se deduce de la suposición de que el sufrimiento humano es un resultado de un comportamiento anormal o de un proceso psicológico desadaptado es que por ende existe una normalidad que se define por ser una “normalidad sana” que sería el estado psicológico natural de un ser humano de no ser por la influencia de estos procesos conductuales o mentales (Hayes, Barnes-Holmes y Holmes, 2001, p 214). Prácticamente todas las psicoterapias se ocupan de una manera u otra del sufrimiento psicológico y de sus efectos sobre la vida. Esto involucra adoptar una cierta posición sobre el lugar que ocupa en la experiencia humana – ciertas premisas o supuestos adoptados a priori sobre el sufrimiento psicológico y cómo se lo abordará. Cada psicoterapia tiene su propia perspectiva sobre la psicopatología y cómo ésta llega a nombrarse como tal. (Maero, 2022, p). La mayoría de los modelos actuales como la terapia psicodinámica o la cognitiva conductual tradicional se basan en una conceptualización sindrómica de la psicopatología, derivando en tratamientos en tratamientos cuyo objetivo se basa en la idea de eliminar, controlar o modificar el síntoma.

Por su lado y considerando constructos como la evitación experiencial y la noción de flexibilidad psicológica, ACT se aborda una dimensión crucial para lo que es un tratamiento en salud mental no sindrómico o, dicho de otra manera, busca lograr un cambio conductual que no intente resolver la sintomatología catalogada como patológica basada en las seis dimensiones de aceptación, defusión, contacto con el momento presente, yo observador, valores y acción comprometida.

Al mismo tiempo la aplicación terapéutica de la psilocibina, presente en hongos alucinógenos, emerge como un enfoque altamente eficaz y prometedor para fomentar neurofisiológicamente con el fin de permitir que nuevas conductas emerjan . Su eficacia podría radicar en su distinto mecanismo de acción en comparación con los antidepresivos convencionales y otros psicofármacos, y en su relativa subjetividad, ya que la psilocibina actúa específicamente a áreas cerebrales como la corteza prefrontal y la modificación de la red neuronal por defecto, conocida como la "default mode network". Estas cortezas y redes desempeñan un papel crucial en los procesos de aprendizaje prosociales y en la regulación de conductas relacionadas con el miedo, representadas por la función dendrítica atrofiada en los trastornos del ánimo. Esta focalización diferenciada de la psilocibina respecto a los psicofármacos tradicionales propicia una mayor capacidad neuroplástica, lo que se traduce en una mayor flexibilidad psicológica, y por ende, en una mayor capacidad de resiliencia y adaptabilidad conductual frente los desafíos emocionales en un lapso de tiempo menor. Las consideraciones expuestas previamente dan pie a las siguientes preguntas:

- ¿De qué manera la integración de la terapia asistida con psilocibina y la terapia de aceptación y compromiso abordan problemáticas irresueltas en los abordajes tradicionales en salud mental?
- ¿Cómo funciona el proceso de cambio propuesto por la integración de terapias asistidas con psilocibina y la terapia de aceptación y compromiso y hacia dónde apunta ese cambio?
- ¿Cómo se podría integrar la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) con el uso terapéutico de la psilocibina para optimizar los resultados en el tratamiento de trastornos del ánimo?

Relevancia de la temática

Nada “externo” garantiza la liberación del sufrimiento. Incluso cuando los seres humanos poseemos todas las cosas que solemos utilizar para medir el éxito externo -buena apariencia, padres cariñosos, hijos estupendos, seguridad económica, un cónyuge cariñoso-, puede que no sea considerado suficiente. Las personas pueden estar bien alimentadas, tener vivienda, estar físicamente bien y seguir sintiéndose desgraciados. Los seres humanos pueden disfrutar de formas de emoción y entretenimiento que generalmente está fuera del alcance de todos, excepto de una fracción de la población: televisores de alta definición, coches deportivos, viajes exóticos al Caribe... y aún así sufrir un dolor psicológico insoportable. (Hayes, Strosahl & Wilson, 2012, p. 3).

El sufrimiento que atravesamos los seres humanos está completamente mediado por el comportamiento de nuestro lenguaje y cognición y considerar esta dimensión es crucial para desarrollar modelos psicoterapéuticos que propongan intervenciones efectivas (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001). Al edificar su modelo en RFT (la teoría de marcos relacionales), ACT integra en sus intervenciones estas consideraciones. Se ha comprobado que la mejora de la flexibilidad psicológica reduce los síntomas y mejora la calidad de vida de los consultantes con diversos trastornos psicológicos (Forman, Herbert, Moitra, Yeomans y Geller, 2007; Ruiz, 2010), y habiendo identificado una considerable concordancia en mecanismos de cambio propuestos entre la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la la terapia con psilocibina, hipotetizamos que una integración entre ambas resultaría en una experiencia profundamente transformadora en lo que concierne al tratamiento psicológico y psicofarmacológico en salud mental (Sloshower, et al., 2020).

Creemos que la ciencia contextual conductual, ofrece un paradigma útil para entender y estudiar la transformadora experiencia psicodélica, incluyendo un lenguaje y términos más precisos desde el punto de vista conductual, que se ajustan mejor a los aspectos de la experiencia psicodélica y ésta, al mismo tiempo juega un papel fundamental en la transformación que ACT intenta lograr con respecto a la flexibilidad psicológica ya que las estructuras cerebrales que resultan modificadas como resultado del uso de la psilocibina son concordantemente las estructuras precisas que fomentan la flexibilidad psicológica que propone entrenar ACT para lograr que la conducta de los consultantes esté ligada a sus valores (Luoma, Sabucedo, Eriksson, Gates, & Pilecki, 2019)

Objetivos

Objetivo General:

- Explorar la integración de la terapia asistida con psilocibina y la terapia de aceptación y compromiso (ACT) como un enfoque innovador en el tratamiento del sufrimiento humano, con el fin de mejorar la comprensión y eficacia de las intervenciones terapéuticas en salud mental.

Objetivos Específicos:

- Analizar críticamente las limitaciones de los enfoques tradicionales en salud mental, como la terapia psicodinámica y cognitivo-conductual, en el abordaje del sufrimiento humano, destacando la necesidad de nuevas perspectivas terapéuticas.
- Investigar el proceso de cambio propuesto por la integración de la terapia asistida con psilocibina y la terapia de aceptación y compromiso, explicando desde la perspectiva de ACT como pueden utilizarse estos resultados en pos de ayudar a consultantes a vivir una vida en base a sus valores.

Alcances y Límites

En la presente tesina se explora la integración de la terapia asistida con psilocibina y la terapia de aceptación y compromiso (ACT) como un enfoque innovador en el tratamiento del sufrimiento humano, con el fin de mejorar la comprensión y eficacia de las intervenciones terapéuticas en salud mental. Se tomarán principalmente los aportes de Steve Hayes y Robin Carhart-Harris además de autores colaboradores o de co-autoría siempre con una perspectiva científica y con citados de trabajos con respaldo empírico.

Si bien no se ahondará en trastornos específicos dado que el abordaje psicopatológico de ACT no es sindrómico y las terapias con psilocibina no apuntan a un trastorno específico, se usarán como ejemplos síntomas compartidos entre el trastorno de ansiedad social, ansiedad generalizada, depresión mayor, trastorno por estrés postraumático y trastorno obsesivo compulsivo descritos por el DSM-5. Este trabajo no incluirá sintomatología de trastornos psicóticos como pueden ser la esquizofrenia o el trastorno esquizoafectivo así como tampoco se ahondará en un rango etéreo. Considerando esto, se tratará el sufrimiento humano como vector de análisis principal y se hará hincapié en la construcción de una vida valiosa en vez de la eliminación de sintomatología como premisa principal de ACT.

Asimismo, si bien se hablará de terapias con psicodélicos, se hablará específicamente de la psilocibina de los hongos *psilocibe cubensis* y no de otras sustancias alucinógenas psicoplastógenas como pueden ser el LSD, la mescalina, DMT (dimetiltriptamina), o la ketamina que también se usan actualmente en tratamientos de salud mental.

Como es objetivo de esta tesina hacer una comparación entre ACT como modelo psicoterapéutico de preferencia y otras terapias tradicionales, es menester aclarar que esas terapias tradicionales serán principalmente la terapia psicodinámica y la terapia cognitiva conductual de segunda ola ya que son las consideradas como modelos principales en Argentina. No se ahondará sobre otros modelos psicoterapéuticos como la terapia sistémica o la humanístico-existencial así como tampoco se ahondará en modelos como la terapia dialéctico conductual ya que si bien es una terapia de tercera ola no sindrómico de alta efectividad, excede los objetivos de la tesina.

Antecedentes

A lo largo de la historia, los conceptos en psicopatología han evolucionado de diferentes formas. Algunos etnopsico patólogos creen que la naturaleza humana ha sido la misma en todas partes y en todos los períodos históricos, y que todas las culturas han desarrollado un concepto de lo anormal. Sin embargo, en el contexto de la cultura occidental, la psicopatología ha seguido un camino similar a otras disciplinas relacionadas con el comportamiento humano. A lo largo del tiempo, se han desarrollado diferentes concepciones sobre la conducta anormal. El concepto de “mágico” en la historia de la psicopatología atribuía trastornos mentales a fuerzas sobrenaturales o posesiones demoníacas, buscando soluciones a través de rituales religiosos o exorcismos. Por otro lado, otra perspectiva organicista postulaba que los trastornos mentales tenían su origen en desequilibrios físicos o daños en el cerebro, promoviendo tratamientos basados en intervenciones médicas y farmacológicas. Por último, el concepto psicogénico consideraba que los trastornos mentales surgían de conflictos emocionales, psíquicos o cognitivos, abogando por terapias centradas en la exploración y resolución de los problemas subyacentes y la eliminación del síntoma al igual que en el modelo médico cuando se trata de patologías físicas. Estas concepciones han coexistido en diferentes épocas históricas, aunque la última es el concepto que predomina hoy (Jarne & Talarn, 2015)

La psicoterapia fue competencia de la medicina y aunque esta ya estaba incorporada a la medicina a principios de siglo y Freud fue quién proporcionó, no sin polémica en su entorno, una explicación aceptable para la profesión médica. La admisión a los institutos psicoanalíticos y la práctica del psicoanálisis se limitaba principalmente a los médicos, lo que definía aún más la psicoterapia como una práctica médica. De esta forma, la psicoterapia adoptaba modelos de investigación que la medicina utilizaba para demostrar los efectos de los medicamentos, conceptualizando así la psicoterapia como un tratamiento médico. Asimismo, se comenzó a identificar tratamientos particulares que fueran efectivos para tratar trastornos particulares, (Wampold & Imel, 2015) con un conjunto de síntomas particulares.

Aunque las concepciones acerca de la psicopatología fueron evolucionando de acuerdo al paradigma de cada época, la historia de las terapias basadas en la evidencia se remonta a siglos atrás. La práctica basada en la evidencia (PBE) en medicina cobró gran protagonismo en la década de 1990 y fue en esta época cuando empezó a reconocerse el valor de la evidencia para el tratamiento en medicina. El concepto de medicina basada en la evidencia, hace hincapié en el uso de pruebas basadas en la investigación en lugar de basarse únicamente en la opinión personal. Con el tiempo, este paradigma comenzó a ser adoptado en el campo de la psicoterapia para tratar trastornos mentales. Las terapias basadas en la evidencia han evolucionado y se han convertido en una parte integral de la práctica psiquiátrica, centrándose en proporcionar tratamientos eficaces y rentables para una amplia gama de afecciones psiquiátricas (Cook, Schwartz & Kaslow, 2017).

A lo largo de la historia de la psicoterapia, hemos visto como por ejemplo la terapia cognitiva conductual aplica la reestructuración cognitiva para modificar pensamientos indeseables y cómo el psicoanálisis con la asociación libre y las intervenciones del analista busca la cura mediante la palabra. Sin embargo, en medicina, el enfoque sindrómico se ha revelado especialmente débil cuando un único síndrome parece tener una serie de procesos diversos, o alternativamente cuando diferentes formas del mismo síndrome comparten procesos similares (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2002). A pesar de ello, el número de síndromes psiquiátricos sigue aumentando a un ritmo alarmante (Follette, Houts y Hayes, 1992). Steven Hayes, el creador de la terapia de aceptación y compromiso, argumenta que esta botanización es simplemente un medio de catalogar la topografía del comportamiento, sin tener en cuenta su función.

La terapia de aceptación y compromiso ha sido desarrollada durante las últimas tres décadas utilizando una estrategia de desarrollo del conocimiento que se edifica y extiende sobre la tradición del análisis de la conducta (Hayes, Strosahl y Wilson, 2012) propuesto por Skinner en 1953.

La historia de la terapia psicodélica tiene sus raíces en el uso ancestral que diversas culturas aborígenes alrededor del mundo han hecho de plantas y hongos, principalmente por sus propiedades que alteran la conciencia. Estos recursos han sido empleados con múltiples propósitos, desde su consumo como alimentos hasta su utilización en prácticas religiosas y rituales espirituales con fines medicinales. Junto con opioides y estimulantes, estos extractos representan probablemente los primeros psicofármacos conocidos por la humanidad. (Escotado, 1999).

A medida que los seres humanos evolucionaron y desarrollaron un cerebro y una conciencia más complejos, adquirieron conocimiento sobre las propiedades específicas de las plantas, lo que llevó a que el propósito de su consumo se dirigiera hacia otros objetivos, como los aspectos espirituales o religiosos. Incluso en la actualidad, el uso de sustancias psicoactivas en rituales persiste con el fin de inducir a los participantes a estados alterados de conciencia, a los cuales se solía referir como "puertas" o "conexiones" con deidades (Guerra-Doce, 2015 como se citó en Bekinschtein 2019).

Es plausible asociar que estas experiencias hayan ejercido influencia en las sociedades antiguas, especialmente en las culturas de América, y puedan haber contribuido al surgimiento de lo que ahora conocemos como "religión" en sus múltiples formas. (Bekinschtein, P. et. al; 2019).

La psilocibina es un alcaloide vegetal que se deriva de precursores de la triptamina y se encuentra en diversas especies de hongos. Durante siglos, los pueblos indígenas de América Central y del Sur han utilizado la psilocibina en ceremonias para inducir experiencias espirituales. Estas sociedades han empleado la psilocibina y otros psicodélicos clásicos agonistas 5-HT_{2A} en sus rituales desde hace mucho tiempo. Las culturas indígenas de Mesoamérica, como los mayas y los aztecas, utilizaron estas sustancias en ceremonias religiosas y rituales sagrados para alcanzar estados de trance y "comunicarse con lo divino". Algunos de los registros arqueológicos más antiguos que sugieren el uso de hongos psicodélicos datan de hace aproximadamente 3,000 años (Hofmann, 2005).

La psilocibina fue aislada por primera vez en su forma pura por el químico suizo Albert Hofmann en 1958 (Hofmann, 1958). Fue el primero en reconocer la importancia de los compuestos puros encabezando un grupo de investigación junto a colegas con quienes luego sintetizaron compuestos químicamente similares a la psilocibina natural. A partir de ese momento, comenzaron a surgir investigaciones científicas sobre los efectos psicodélicos de la psilocibina.

En la década de 1970, las investigaciones científicas sobre psilocibina y otros psicodélicos comenzaron a disminuir debido a las crecientes preocupaciones sobre su seguridad y el uso recreativo irresponsable. La sustancia fue clasificada como ilegal en muchos países, lo que dificultó la investigación científica sobre sus posibles aplicaciones terapéuticas (Grinspoon, L., & Bakalar, JB, 1979). El origen y desarrollo de la prohibición de las sustancias psicoactivas fue influenciado por una serie de factores socioculturales complejos, que no se limitaron únicamente a motivos religiosos o de salud pública. Además de la influencia de la iglesia, otros aspectos como consideraciones étnicas, sociales, políticas y sanitarias jugaron un papel crucial. Se desarrolló una percepción "demoníaca" de estas sustancias, inicialmente promovida por el cristianismo, pero que luego se extendió a sectores sociales vinculados al poder, los cuales miraban con desdén y xenofobia a los esclavos, nativos y otros grupos marginados que empleaban estas sustancias en rituales religiosos. Por lo tanto, el prohibicionismo surgió como resultado de una variedad de ideas en torno a las sustancias psicoactivas, estableciendo normas, reglas y sanciones desde una perspectiva moralista, principalmente impulsada por grupos conservadores que abogaban por un estilo de vida privado y social considerado "puro" (Bekinschtein, P. et. al; 2019).

En la segunda mitad del siglo XX, la psiquiatría comenzó a centrarse en ellos como medicamentos experimentales y herramientas para estudiar la función cerebral. Sin embargo, debido a que los psicodélicos tradicionales se usaban con propósitos diferentes a la investigación médica y estaban asociados con la contracultura de finales de los años 60 y principios de los 70, estas investigaciones científicas cayeron en desuso. No obstante, gracias a una serie de estudios prometedores que validaron las investigaciones anteriores, el interés por los psicodélicos tradicionales ha resurgido entre los científicos del siglo XXI (Goel & Zirate, 2022).

A partir de las últimas décadas del siglo XX y principios del siglo XXI, ha habido un resurgimiento del interés en la psilocibina como herramienta terapéutica. Varios estudios han demostrado su potencial para tratar afecciones como la ansiedad y la depresión, así como para ayudar en la psicoterapia (Carhart-Harris et al., 2018). En los últimos años se reavivó el interés por la

potencialidad de estas moléculas y se ha despenalizado su uso en investigación, lo que abre una nueva y prometedora ventana en la terapéutica de la psiquiatría y psicología y su potencial para el entendimiento de la mente y la conciencia humana.

Con respecto a la integración de terapia con psicodélicos con modelos psicoterapéuticos, se puede decir que con el tiempo fue variando. En los primeros tiempos de la exploración psicosocial de las sustancias psicodélicas, los modelos de orientación psicosocial procedían en gran medida de enfoques psicoanalíticos y psicológicos, pero en los últimos tiempos un número creciente de laboratorios y profesionales han recurrido a modelos más contemplativos y meditativos, incluidos los enfoques cognitivo-conductuales de la tercera ola, como marco para estructurar el uso terapéutico de las sustancias psicodélicas. (Hayes, et al. 2020)

Estado del Arte

En este apartado se plasmarán diferentes investigaciones respecto a la terapia de aceptación y compromiso, la terapia asistida con psicodélicos y la integración de ambas.

La Terapia de aceptación y compromiso, ha demostrado ser eficaz para una amplia gama de objetivos y resultados de intervención como la depresión, la ansiedad, el abuso de sustancias y el dolor crónico. También muestra eficacia en afecciones trans diagnósticas y otras afecciones como trastornos alimentarios, estrés, quejas somáticas y afecciones físicas. Es tan eficaz como la terapia cognitivo-conductual (TCC) tradicional y más eficaz que otras comparaciones activas aunque comparar ACT con otros modelos psicoterapéuticos es difícil ya que a diferencia de los modelos tradicionales como la terapia cognitivo conductual en los cuales el objetivo es la reducción o eliminación del síntoma, la eficacia de ACT se mide en el nivel de flexibilidad psicológica del consultante. (Gloster, et al. 2020).

La psilocibina por otro lado, ha sido objeto de estudio debido a sus potenciales beneficios terapéuticos, particularmente en el tratamiento de condiciones neuropsiquiátricas. Investigaciones recientes han ampliado la comprensión de sus efectos en una variedad de condiciones, incluyendo adicciones, ansiedad, depresión y angustia relacionada con enfermedades terminales. Un estudio destacado, llevado a cabo por la Universidad de California, Los Ángeles (UCLA), examinó el impacto de la psilocibina en pacientes con cáncer en etapas avanzadas, evidenciando su prometedor potencial y revitalizando la investigación en este campo. La psilocibina ejerce su acción interactuando con los receptores de serotonina en el cerebro, lo que influye en el estado de ánimo, la cognición y la percepción. Se ha observado que este compuesto muestra promesa en el tratamiento de condiciones con una carga significativa, como la depresión y los trastornos relacionados con el consumo de sustancias (Lowe, et al. 2021)

La revisión concluyó que la psilocibina tiene un potencial terapéutico significativo, en particular para los trastornos psiquiátricos resistentes al tratamiento. Sin embargo, siguen existiendo retos como los obstáculos regulatorios, la necesidad de protocolos de tratamiento estandarizados y

una mayor investigación sobre sus mecanismos de acción y efectos a largo plazo. El futuro de la psilocibina como agente terapéutico parece prometedor, gracias a la investigación en curso y al cambio de actitud del público y de las autoridades hacia los psicodélicos (Lowe, et al. 2021)

Los autores de un estudio realizado en 2019 llamado “Hacia una terapia contextual asistida por psicodélicos: Perspectivas desde la Terapia de Aceptación y Compromiso y la ciencia contextual del comportamiento” argumentan que la ciencia contextual conductual, con su énfasis en la importancia del contexto en el comportamiento humano, puede ser un marco útil para comprender los procesos psicológicos implicados en las experiencias psicodélicas. por su modelo de flexibilidad psicológica ya que sus procesos pueden utilizarse para caracterizar la experiencia psicodélica y explicar los posibles procesos de cambio observados en la terapia asistida con psicodélicos. También postulan que la calidad subjetiva de cualquier estado consciente dado puede ser indexada por la magnitud de la entropía en un parámetro dado de la actividad cerebral. Proponen que la ciencia contextual conductual puede proporcionar un modelo que ayude a integrar más plenamente las entradas ambientales en un modelo de cambio para la terapia asistida con psicodélicos (Liu, 2023)

Además según un estudio realizado en 2020, dada la fuerte asociación entre la flexibilidad psicológica y el modelo psicoterapéutico ACT, los aumentos en la flexibilidad psicológica después de una experiencia psicodélica podrían ser vistos como un apoyo a la posición de que ACT ofrece un marco terapéutico atractivo para integrar con la terapia psicodélica, para tratar una amplia serie de trastornos psicológicos. En este mismo estudio, como fue previsto, se produjo un aumento significativo de la flexibilidad psicológica hasta cuatro semanas después de la experiencia con psilocibina. Los síntomas depresivos de los participantes decrecieron y fue natural especular que el avance emocional y el aumento de la flexibilidad psicológica a través de los psicodélicos pueden tener un potencial profiláctico, creando una resistencia a la adversidad y ayudando al bienestar psicológico a largo plazo. Se justifica una investigación para probar mejor estas suposiciones y especulaciones (Close, 2020).

Para futuras investigaciones, se sugieren vías sobre cómo la ciencia contextual conductual podría contribuir a la ciencia psicodélica, y viceversa. Recomiendan variar sistemáticamente el componente psicoterapéutico de las fases de preparación, dosificación e integración para estudiar los efectos de la experiencia psicodélica. También sugieren incluir medidas novedosas de procesos de acción relacionados con la flexibilidad psicológica en el pretratamiento, durante las sesiones de dosificación y en el seguimiento para estudiar modelos mediacionales que impliquen flexibilidad psicológica.

Marco Teórico

Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)

Dentro de las consideradas terapias de la conducta, existen tres generaciones recientemente diferenciadas como primera, segunda y tercera ola. La primera ola, influenciada por los descubrimientos pioneros de los experimentos de Watson y Pavlov entre otros, se remite a autores como Skinner, Wolpe y Eynseck y se extiende típicamente desde 1950 hasta 1960 (Herbert & Forman, 2011). Esta generación supuso, por un lado, una rebelión frente al psicoanálisis que dominaba en aquel momento el ámbito de la psicología clínica y, por otro, supuso la instauración de una terapia psicológica sustentada en principios científicos basados especialmente en la psicología del aprendizaje. Dentro de ella hubo dos paradigmas en relación a la psicología del aprendizaje centradas en la modificación del comportamiento: el condicionamiento clásico o pavloviano y el condicionamiento operante o skinneriano (Perez Alvarez, 2006).

Con sus trabajos en psicología experimental, Skinner propuso el Condicionamiento Operante, una forma de aprendizaje que establece que al asociar una respuesta a un estímulo, se puede aumentar o disminuir la probabilidad de presentación de la respuesta frente al estímulo, dependiendo de la consecuencia de dicha respuesta. Si la consecuencia es positiva, aumenta la probabilidad de que se de dicha respuesta, mientras que si es negativa, la probabilidad disminuye (Skinner, 1974). Uno de los aportes más importantes de Skinner que más adelante funcionará como parte y motor de las terapias de segunda y tercera generación, fue la noción de "conducta encubierta". Al explicar en el análisis de la conducta cómo un estímulo elicitaba una respuesta, Skinner hablaba acerca de agentes internos como pensamientos, emociones, sensaciones físicas o impulsos, que también funcionaban como estímulos que elicitaban conductas pero eran inobservables para otras personas. (Skinner, 1953).

La segunda generación de las terapias de conducta que comenzó a finales de la década de 1960, agregó a la psicología del aprendizaje el procesamiento de la información (Perez Alvarez, 2006). En ese entonces, esta generación alentó la necesidad de centrarse sobre la dimensión cognitiva y se formalizaron las aproximaciones clínicas que se conocen como Terapias Cognitivo-Conductuales (TCC). Éstas asumieron las técnicas de la psicología del aprendizaje provenientes de la primera generación, pero otorgando un papel primordial a los eventos cognitivos como eje causal del comportamiento (Luciano Soriano & Sonsoles Valdivia Salas, 2006). La terapia racional emotiva conductual de Ellis en 1962 y la terapia cognitiva de Beck en 1967 fueron los avances más importantes (Herbert & Forman, 2012). Algo que destacó en el desarrollo de la terapia cognitivo conductual de Aaron Beck que será crucial entender para diferenciarla de terapias de tercera generación, fue el énfasis en la teoría de la tríada cognitiva responsable del malestar humano. Beck, psicoanalista en sus orígenes, notaba que sus pacientes del hospital tenían razonamientos sesgados con respecto a sí mismos, a otros y al mundo. Esto es lo que Beck

consideró en su momento como la causación de las psicopatologías y por eso enfocó su terapia entre otras cosas en la reestructuración cognitiva, una técnica que apuntaba a que los pacientes entiendan su razonamiento sesgado y erróneo y puedan corregirlo para así eliminar la sintomatología depresiva.

Aunque la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) se ha extendido considerablemente en el ámbito científico, presenta limitaciones notables. Hasta el momento, carece de una base experimental que explique la formación, derivación y alteración de los eventos privados. Asimismo, no ha proporcionado información sobre las condiciones que influyen en el establecimiento y cambio de las relaciones entre los eventos cognitivos y las acciones, faltando fundamentos experimentales para la mayoría de los métodos clínicos basados en esta terapia (Luciano Soriano & Sonsoles Valdivia Salas, 2006).

Steven Hayes, entre otros autores fundadores de terapias de tercera generación, señala la importancia de considerar los paradigmas sobre los cuales se edifican las teorías y por ende también los modelos psicológicos que abordarán la salud mental de los consultantes. La terapia cognitiva conductual y sus bases teóricas están basadas en la conceptualización sindrómica del sufrimiento, heredada del modelo médico hegemónico en el cual el malestar es algo a eliminar, lo cual es algo funcional cuando puede ser eliminado, pero como plantea Hayes, los eventos internos no pueden ser eliminados y tampoco son el resultado de un mal funcionamiento o razonamiento como decía Beck, sino de un proceso normal del comportamiento de la mente humana. Ante esta observación, las terapias de tercera ola o tercera generación, edificarán sus marcos teóricos y fundarán sus abordajes psicoterapéuticos, no en la eliminación, reducción o control del dolor psicológico, sino en alterar la función que estas tienen sobre el comportamiento de las personas a partir de su contexto. Surgen entonces en la década de los 90 las primeras terapias de tercera generación de las cuales las más conocidas son la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), la Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) y la Terapia Dialéctico Conductual (DBT) (Jacobson et al., 2001).

En este sentido, ACT forma parte de un enfoque más amplio conocido como Ciencia Contextual Conductual (CCC). La CCC se basa en el contextualismo funcional, una filosofía de la ciencia que se centra en entender la complejidad del comportamiento de las personas al relacionarse con un determinado contexto histórico y situacional, incorporando de esta manera una perspectiva de "persona-en-entorno" (Maero, 2022). Postulan que un acto aislado de su contexto histórico y situacional pierde la naturaleza para su conocimiento y modificación (Hayes, 2004). El contextualismo funcional considera que un evento (es decir un estímulo que tiene relación con una conducta) es relevante en tanto su función en el comportamiento de las personas en un contexto y no en su contenido.

Por otro lado, la CCC se fortalece con los hallazgos obtenidos de la investigación, especialmente acerca de las leyes de la conducta humana (pensamientos, sentimientos, reacciones, etc.) y cómo varía ésta en función del contexto. Entonces, así como las bases filosóficas de estas terapias se apoyan en el contextualismo funcional, su sostén científico se encuentra en la Teoría de los Marcos Relacionales (RFT), una explicación precisa y respaldada por evidencia empírica que aborda

la naturaleza y el funcionamiento del lenguaje y la cognición humana, también conocidos como "conducta verbal" (Maero, 2022).

Según RFT, todo lo que denominamos lenguaje y cognición puede entenderse como la acción de reaccionar a un evento en términos de otro evento. Este tipo de "reacción en términos de" consta de dos elementos: establecer una relación entre A y B, y responder a A en función de una relación específica con B. Por ejemplo, a lo largo del proceso de aprendizaje del español, llegamos a comprender que los sonidos de la palabra "limón" y el limón como objeto en sí pueden ser considerados como equivalentes. Además, respondemos a la palabra escrita "limón" de acuerdo con la relación de equivalencia que hemos establecido entre esas letras y ese fruto amarillo y ácido (Maero, 2022)

Lo más interesante es que los seres humanos, una vez que aprendemos a relacionar, podemos relacionar cualquier evento con cualquier otro mediante cualquier relación que hayamos aprendido, sin importar si esas relaciones son correctas o incorrectas. La posibilidad de relacionar eventos es fundamental para todo el repertorio simbólico de los seres humanos, ya que tiene consecuencias profundas sobre nuestra conducta, multiplicando exponencialmente nuestras habilidades para lidiar con el mundo (Maero, 2022).

Esto se debe a que relacionar implica una reversibilidad: cuando aprendemos que A es equivalente a B, automáticamente podemos invertir la relación y tratar a B como equivalente a A, sin necesidad de un segundo aprendizaje. Otra característica crucial es que las relaciones no sólo pueden invertirse, sino que también pueden combinarse entre sí de manera transitiva, de manera que si A tiene una relación con B y B tiene una relación con C, entonces podemos obtener una relación entre A y C de manera transitiva. A estas relaciones que no son entrenadas, sino que surgen de invertir y combinar otras relaciones, las llamamos respuestas relacionales derivadas –dado que derivan de relaciones aprendidas. La posibilidad de derivar relaciones implica que podemos obtener nuevas relaciones sin necesidad de aprendizajes específicos, simplemente derivando de las relaciones ya existentes (Maero, 2022) y así constantemente hasta construir una red de respuestas relacionales derivadas que constituyen nuestro comportamiento observable como encubierto (o podríamos decir nuestra manera de pensar).

Las relaciones aprendidas o derivadas entre estímulos pueden alterar (o transformar) las funciones psicológicas de los mismos, es decir, pueden cambiar la forma en la cual nos relacionamos con ellos. Cuando hablamos de funciones psicológicas nos referimos a la *orientación*, es decir, cuánta atención suscita un estímulo, y *evocación*, que se refiere al grado en que un estímulo es apetitivo, aversivo o relativamente neutro –esto es, si es un estímulo al cual vamos a acercarnos, alejarnos, o si nos resulta indiferente. Esto va a estar relacionado con nuestra historia de aprendizaje en relación al estímulo o también puede darse por vía puramente verbal. Esto quiere decir, que ambas funciones psicológicas, orientación y evocación, pueden verse modificadas por el lenguaje, por las relaciones y derivaciones que establecimos entre ciertos eventos (Maero, 2022).

Esto es importante porque nos permite comprender cómo es que esta dimensión tejida verbalmente expande radicalmente la capacidad de lidiar con el mundo y ha sido clave en la rápida y rotunda expansión de la especie humana por todo el planeta, pero también aumenta

extraordinariamente nuestra capacidad para experimentar malestar. El lenguaje nos permite contactar con eventos que no están presentes, lo cual es estupendo para pensar, para imaginar, para anticiparnos a problemas eventuales, pero también significa que podemos hacer presentes eventos dolorosos en el pasado o en el futuro (Maero, 2022).

Sin embargo, RFT no es una teoría clínica: es una teoría sobre cómo funciona la conducta verbal tal como la observamos en los seres humanos, sobre cómo funcionan el lenguaje y la cognición. ACT en cambio, es una teoría clínica que nos va a permitir hacer una aplicación de RFT con el objetivo de incrementar la flexibilidad psicológica. Por ello, ACT, basándose en que el humano tiene lenguaje y cognición, postula que el malestar es parte inherente la condición humana. Simplemente por tener una mente y un lenguaje, es que estamos condenados a sufrir, y es parte inevitable de la vida. El problema entonces no radica en que sufrimos, si no en cómo nos relacionamos con dicho sufrimiento, es decir, la relación particular que colectivamente construimos acerca del dolor. Maero (2022, p.47) lo explica de la siguiente manera:

Los seres humanos no nos limitamos a meramente sentir malestar, sino que desarrollamos relaciones complejas y variadas con él, relaciones que impactan sobre cómo lo experimentamos y que se sistematizan y transmiten en prácticas culturales. (...) En particular hay una perspectiva sobre el dolor que parece omnipresente en nuestra sociedad, un entramado de creencias y normas que podríamos resumir aproximadamente así: “el sufrimiento es un problema a resolver”

Esta idea transmitida culturalmente de que el sufrimiento es un problema a resolver, genera que queramos controlarlo, eliminarlo, reducirlo, luchar con él con todos los medios que tengamos al alcance, tanto psicológicos como farmacológicos, o de cualquier otro tipo (Maero, 2022, p.50). Incluso cuando los psicofármacos son prescritos adecuadamente, estos medicamentos tienen un efecto clínicamente significativo superior al placebo sólo en los casos más graves (Fournier et al., 2010; Kirsch et al., 2008), que son demasiado pocos para afectar al suministro de agua de la manera que lo hacen. (Hayes, et al. 2012) Colectivamente consumimos tantos psicofármacos para controlar nuestro sufrimiento que, luego de pasar por nuestros cuerpos y por los sistemas de desagües llegan a lagos y ríos. Es posible encontrar trazas de psicofármacos en el agua. No sólo eso: esas trazas son ingeridas por plantas y animales acuáticos, por lo que se ha detectado la presencia de fluoxetina y sertralina en peces –en los cuales ejercen un efecto nefasto sobre sus comportamientos (Ford & Herrera, 2019; Schultz et al., 2010). Nuestra guerra contra el dolor psicológico conlleva daños colaterales para otras especies (Maero, 2022). Este fenómeno es denominado cómo “Evitación Experiencial” y sucede por la falta de disposición a experimentar ciertos pensamientos, sentimientos o sensaciones físicas desagradables, es decir, “experiencias internas o privadas”. Lo paradójico de esto, es que a corto plazo, la evitación experiencial logra disminuir las experiencias internas no

deseadas, pero a largo plazo crea más de estas experiencias (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999) y con frecuencia se interpone en lograr acciones en la dirección de sostener lo que más valoramos.

La mayoría de los abordajes psicoterapéuticos están orientados a eliminar el sufrimiento que proviene de un mal funcionamiento psíquico, cognitivo, conductual, etc, pero el corolario lógico que se deduce de la suposición de que el sufrimiento humano es un resultado de un comportamiento anormal o de un proceso psicológico desadaptado es que por ende existe una normalidad que se define por ser una "normalidad sana" que sería el estado psicológico natural de un ser humano de no ser por la influencia de estos procesos conductuales o mentales (Hayes, Barnes-Holmes y Holmes, 2001, p 214). Lo que propone ACT es que los problemas surgen cuando ciertos procesos de comportamiento rígidos, deterioran nuestra capacidad de responder de manera flexible para uno. O en otras palabras, que los problemas surgen cuando la evitación experiencial nos previene de acercarnos a aquello que valoramos y a una vida que valga la pena ser vivida. La propuesta, en líneas generales, es que en lugar de tratar de cambiar lo que las personas piensan o sienten, vamos a tratar de reducir el impacto que los pensamientos y sentimientos tienen sobre la conducta, para que la misma pueda ser más libre, más conectada con la situación presente y orientada hacia los valores personales (Maero, 2022).

La flexibilidad psicológica es la capacidad de estar en el momento presente con plena conciencia y apertura de actuar guiados por nuestros valores. En pocas palabras, es la capacidad de "estar presente, abrirse y hacer lo que importa". Técnicamente hablando, el objetivo principal de ACT es aumentar la flexibilidad psicológica. (Harris & Hayes, 2009). Hay muchas razones por las cuales se propone la flexibilidad psicológica como habilidad principal a buscar en ACT. En primer lugar, ya sabemos que intentar eliminar, modificar o controlar aquellos eventos internos que nos generan dolor psicológico es fútil. Conductualmente el único movimiento lógico si se quiere entrenar una habilidad, es entrenando esa habilidad, no intentando eliminar los obstáculos para entrenar esa habilidad. Al mismo tiempo, existe un correlato neurobiológico que es un espejo de nuestro comportamiento: Los caminos neurales que representan un hábito ya aprendido se dispararán y por lo tanto reforzarán cada vez que realice una acción o lleve mi atención a ella. Por lo cual el proceso de llevar mi atención a intentar eliminar algo que me aqueja solo refuerza eso que intento eliminar. La evitación experiencial tiende a incrementar y a tornar más centrales las experiencias que se intentan suprimir. Intentar la supresión de una experiencia requiere que la experiencia sea monitoreada, para lo cual hay que prestarle atención (Maero, 2022).

Otra razón por la cual el concepto de flexibilidad psicológica es crucial para acercarnos a aquello que valoramos, es que solo podemos modificar una conducta en el momento presente. No tenemos control sobre el pasado o sobre el futuro, pero sí sobre lo que hacemos ahora. Si nuestra conducta y nuestra forma de pensar está determinada por la forma en la que aprendimos a ver el mundo (como seguramente le pasa a todas las personas), elegir responder de manera diferente y orientada a lo que valoramos en vez de continuar reproduciendo conductas que apuntan a la evitación del dolor por hábito, requerirá que enfoquemos nuestra atención y encontremos una

manera de hacer algo valioso en presencia de aquel malestar al que usualmente destinamos todos nuestros recursos energéticos y atencionales para eliminar.

El modelo de flexibilidad psicológica es inductivo por naturaleza y está vinculado a procesos humanos básicos derivados en gran medida de la ciencia de laboratorio. Por su diseño es simultáneamente un modelo de psicopatología, un modelo de salud y un modelo de intervención psicológica. En forma de hexágono en la figura siguiente, representamos los seis procesos que contribuyen a la inflexibilidad psicológica: atención inflexible; perturbación de los valores elegidos; inacción o impulsividad; apego a un yo conceptualizado; fusión cognitiva; y evitación experiencial. La figura siguiente muestra los seis procesos centrales correspondientes que producen flexibilidad psicológica: atención flexible al momento presente; valores elegidos; acción comprometida; yo como contexto; defusión y aceptación. La forma del modelo y su énfasis en la flexibilidad psicológica han dado lugar a la etiqueta irónica de "hexaflex" (Hayes, Strosahl y Wilson, 2012):



Nota: recuperado de Maero (2022), p.119

A continuación, describiremos brevemente cada uno de ellos:

Defusión: "(...) consiste en reducir la influencia que los pensamientos y reglas tienen sobre otras conductas, por medio de generar un contexto en el cual puedan ser experimentados por lo que son (eventos mentales), no por lo que dicen (contenido)" (p.291) (...) nuestro objetivo principal será reducir su impacto (el de los pensamientos) sobre las acciones (Maero, 2022, p. 292)

Aceptación: "(...) consiste en adoptar una postura intencionalmente abierta, receptiva, flexible, y no evaluativa con respecto a la experiencia del momento presente (...) cuando hacerlo facilita actuar hacia una vida significativa". En otras palabras, "(...) sentir lo que la vida nos da para sentir, sin lucha, sin queja, sin revolverse con ello, para poder actuar en sintonía con nuestros

valores” (Mero, 2022, p.265)

Contacto con el presente: “(...) consiste en la conducta de traer la atención al ambiente actual interno y externo, de manera deliberada, enfocada y flexible” (p.291) “(...) de manera de enriquecer la experiencia de la situación y facilitar la acción efectiva orientada por valores” (Maero, 2022, p.131)

Self como contexto: “(...) es llamado a veces también self-observador o self-trascendental, porque es ajeno a cualquier contenido interno o externo específico (como pensamientos, sentimientos), una suerte de conciencia trascendental de todas nuestras experiencias” (Maero, 2022, p.139) “(...) un lugar de pura perspectiva desde el cual contemplamos nuestras experiencias.” (Maero, 2022, p.137)

Valores: “(...) aquello que es importante y significativo para cada persona” “(...) direcciones generales y cualidades de acción valiosas y deseadas, que servirán como guía para las acciones del paciente y como norte del tratamiento” (Maero, 2022, p. 349)

Acción comprometida: “(...) consiste en la habilidad de llevar a cabo acciones guiadas por valores, acciones concretas que deliberadamente estén al servicio de construir una vida valiosa.” (Maero, 2022, p.372).

Maero (2022) propone pensarlo en términos de dimensiones de flexibilidad psicológica, funcionando cada una como un continuo de mayor o menor flexibilidad. En cada una de estas dimensiones podemos distinguir los repertorios conductuales que tienden a generar rigidez en un extremo, y los repertorios conductuales que pueden contribuir a generar flexibilidad en el otro. Distintos contextos pueden favorecer uno u otro repertorio, y según cual repertorio predomine en cada contexto habrá mayor o menor flexibilidad. Las seis dimensiones, con sus respectivos repertorios, podrían describirse de esta manera (en primer lugar se escribe el proceso de rigidez y en segundo lugar el de flexibilidad):

1. Dimensión de la influencia de productos verbales: Fusión / Defusión
2. Dimensión de relación con las experiencias internas: Evitación / Aceptación
3. Dimensión de atención: Predominio del pasado y futuro conceptualizado / Contacto con el Momento Presente
4. Dimensión del self y perspectiva: Self Conceptualizado / Self como Contexto
5. Dimensión de dirección vital: Pérdida del contacto con valores / Valores
6. Dimensión de la acción: Impulsividad y persistencia evitativa / Acción comprometida

Terapia asistida con psilocibina

La terapia asistida por psicodélicos se basa en la premisa de que las sustancias psicodélicas pueden actuar como catalizadores o coadyuvantes de los procesos psicoterapéuticos. Los ensayos clínicos recientes con terapia asistida por psicodélicos han empleado generalmente una estructura similar de tres partes que consiste en preparación, apoyo durante las sesiones de dosificación y posterior "integración" (Sloshower, et al. 2020).

Los psicodélicos clásicos son un grupo de sustancias que producen alteraciones características en la cognición, la percepción y la emoción a través del agonismo de los receptores de serotonina 5HT-2A en el cerebro (Nichols, 2004). Este conjunto de sustancias incluye la dietilamida del ácido lisérgico (LSD), la psilocibina, la dimetiltriptamina (DMT) y la mescalina, entre otras. El término psicodélico, acuñado en 1957 por Humphrey Osmond, significa "manifestación de la mente" en griego y hace referencia a la capacidad de estas sustancias para ampliar la conciencia y el interés por la vida interior de cada uno (Osmond, 1957).

Aunque se han propuesto diversos mecanismos de acción biológicos y psicológicos para la terapia psicodélica, la mayoría de los investigadores y terapeutas han operado bajo la premisa de que estos compuestos desempeñan un papel importante en el resultado terapéutico, además de sus efectos farmacológicos directos. Está bien establecido que los efectos subjetivos son muy variables y parecen estar fuertemente influenciados por factores psicológicos y ambientales, comúnmente denominados "set y setting" (Leary, Metzner y Alpert, 1995). El "set" se refiere a la mentalidad y la intención del individuo antes de la experiencia. Esto incluye sus creencias, esperanzas, miedos, traumas, personalidad y temperamento, así como sus expectativas y fantasías, sobre las experiencias psicodélicas. En el contexto de la investigación clínica, la actitud del participante hacia el entorno de la investigación, la medicación y los terapeutas, así como las expectativas de alivio, también constituyen partes importantes del conjunto del participante. El "setting" se refiere al espacio físico y al ambiente terapéutico en el que se experimentan los efectos de la droga. Esto incluye a los terapeutas o guías, así como factores como música, obras de arte y equipos de seguridad. La mayoría de las investigaciones clínicas con psicodélicos enfatizan sobre la importancia del entorno para maximizar la seguridad, reducir el riesgo de experiencias nocivas y mejorar la respuesta terapéutica (Sloshower, et al., 2020).

El término "terapia asistida por psicodélicos" se refiere a un modo particular de utilizar sustancias psicodélicas en el que los efectos subjetivos y psicológicos de la droga desempeñan un papel importante en la intervención psicoterapéutica. Tradicionalmente, la terapia asistida con psicodélicos consta de tres partes: preparación antes de las sesiones de dosificación de psicodélicos, apoyo durante las sesiones de dosificación y sesiones de integración posteriores. Las sesiones preparatorias tienen como objetivo realizar varias tareas importantes. Los terapeutas desarrollan una relación terapéutica con el participante y le proporcionan psicoeducación sobre la experiencia psicodélica y el enfoque terapéutico. Se discute la logística de la terapia psicodélica y se definen los límites aceptables de interacción entre el participante y el terapeuta. También se ayuda a los participantes a establecer intenciones para sus sesiones de dosificación. El apoyo se refiere a la

postura en gran medida no directiva que adoptan los terapeutas mientras acompañan a los participantes durante la propia sesión de terapia psicodélica. En ensayos clínicos recientes con psilocibina, los terapeutas han animado generalmente a los participantes a tener una experiencia dirigida hacia el interior y apoyo emocional para afrontar los pensamientos, sensaciones o recuerdos difíciles que surgen. También garantizan la seguridad y ayudan al participante a satisfacer cualquier necesidad inmediata. La fase de integración suele comenzar al día siguiente de la sesión de dosificación e implica la experiencia del participante durante la sesión de dosificación y, en algunos casos, aplicar técnicas terapéuticas para reforzar determinados aspectos de la experiencia con el fin de mantener patrones deseables de pensamiento y comportamiento. En otras palabras, la integración puede entenderse como la continuación de un proceso terapéutico que comenzó durante las sesiones de preparación, y intensificado durante una experiencia psicodélica. (Sloshower, et al., 2020).

La Red de Modo por Defecto o Default Mode Network (DMN, por sus siglas en inglés) es una red de regiones cerebrales interconectadas que se asocia a pensamientos autorreferenciales, rumiación y procesamiento de recuerdos autobiográficos cuando está alterada. La DMN incluye áreas importantes como la corteza prefrontal medial (mPFC), la corteza cingulada posterior (PCC), el precuneus y la circunvolución angular. Esta red es crucial para comprender comportamientos humanos complejos y se ha relacionado con diversas afecciones neuropsiquiátricas, como la depresión, la ansiedad, la esquizofrenia y el trastorno obsesivo-compulsivo (Gattuso et al., 2022).

Se cree que la atrofia de las neuronas corticales involucradas en la DMN es un factor que contribuye al desarrollo de trastornos del estado de ánimo como la depresión y la ansiedad entre otras (Christoffel et al., 2011; Duman y Aghajanian, 2012). Un estudio realizado al respecto se observó que varios de estos psicodélicos aumentaron la complejidad de los árboles dendríticos atrofiados en trastornos del ánimo en esta zona cerebral (Ly, et al., 2018).

Se ha demostrado que los psicodélicos como la psilocibina, modulan significativamente la Red de Modo por Defecto (DMN) y que esto es parte fundamental de su potencial terapéutico. Al alterar la DMN, los psicodélicos pueden permitir un "reinicio" de los patrones de actividad cerebral asociados a diversas enfermedades mentales. Esto podría facilitar la flexibilidad cognitiva, permitiendo a los individuos liberarse de patrones rígidos de pensamiento que son característicos de enfermedades como la depresión o la ansiedad. Así pues, el potencial terapéutico de los psicodélicos reside en su capacidad para inducir cambios profundos en la conectividad y la actividad cerebrales, ofreciendo nuevas vías para el tratamiento de los trastornos mentales (Gattuso et al., 2022).

Por lo tanto, podemos decir que el repertorio dinámico de la función DMN puede aumentar tras la administración de drogas psicodélicas, lo que se alinea con los mecanismos terapéuticos recientemente propuestos de "reinicio cerebral" que median las propiedades antidepressivas de la psilocibina (Carhart-Harris et al., 2017).

A nivel de los neurotransmisores y receptores de estos en la membrana sináptica se observa que la función de la serotonina cerebral (5-HT) y sus receptores, en particular los 5-HT_{1A}R y 5-HT_{2A}R, desempeñan un papel importante en los trastornos psiquiátricos y su tratamiento. Los antidepressivos tradicionales, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS),

mejoran principalmente la transmisión de 5-HT, influyendo en el estado de ánimo y la respuesta al estrés a través de la señalización postsináptica 5-HT_{1A}R. En cambio, la psilocibina actúa a través del receptor 5-HT_{2A}R, promoviendo la neuroplasticidad y la adaptabilidad de una forma distinta a la de los antidepresivos convencionales. (Carhart-Harris & Nutt, 2017)

Neurofisiológicamente, la psilocibina, se metaboliza en psilocina, el cual actúa como un agonista parcial en los receptores de serotonina 5-HT_{1A} y como agonista en los receptores de serotonina 5-HT_{2A}. entre otros. Al igual que los antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina, la psilocibina modifica la membrana sináptica de manera que aumenta la neuroplasticidad (la capacidad del cerebro para modificarse con el fin de formar nuevas conexiones) en el cerebro en una escala diferente a la que logran los antidepresivos tradicionales. (Carhart-Harris & Nutt, 2017).

La modulación de receptores 5-HT_{1A} está asociada a un tipo de "coping" o afrontamiento pasivo, mientras la modulación de receptores 5-HT_{2A} a un tipo de coping o afrontamiento activo. El afrontamiento activo y el pasivo son dos estrategias diferentes que los individuos utilizan para afrontar el estrés o la adversidad.

El afrontamiento activo implica tomar medidas directas para cambiar una situación estresante o gestionar su impacto. Incluye la resolución de problemas, la búsqueda de apoyo social y el uso de técnicas de relajación. El afrontamiento activo se asocia generalmente con mejores resultados de salud mental, ya que a menudo implica enfrentarse directamente a la fuente de estrés.

El afrontamiento pasivo consiste en evitar la situación estresante o negar su impacto. Incluye comportamientos como el retraimiento, la auto culpabilización y las ilusiones. El afrontamiento pasivo se asocia generalmente con peores resultados de salud mental, ya que a menudo implica ignorar el problema en lugar de abordarlo.

El mecanismo de acción es el siguiente:

ISRS y señalización 5-HT_{1A}R: Los ISRS aumentan los niveles sinápticos de 5-HT, potenciando la señalización postsináptica 5-HT_{1A}R. Esta vía está asociada a la moderación del estrés y a la promoción de mecanismos pasivos de afrontamiento. Se cree que los efectos terapéuticos de los ISRS están mediados por la influencia de este receptor en el estado de ánimo y la ansiedad, lo que contribuye a su eficacia en el tratamiento de la depresión y los trastornos de ansiedad (Carhart-Harris & Nutt, 2017).

Psilocibina y señalización 5-HT_{2A}R: La psilocibina ejerce sus efectos principalmente a través del agonismo del receptor 5-HT_{2A}R. La activación de este receptor está relacionada con un aumento de la neuroplasticidad, es decir, de la capacidad del cerebro para formar nuevas conexiones neuronales. Este aumento de la plasticidad subyace a la capacidad de la droga para inducir cambios profundos en la percepción, la cognición y el estado de ánimo. A diferencia del afrontamiento pasivo promovido por la señalización 5-HT_{1A}R, la activación 5-HT_{2A}R por la psilocibina facilita mecanismos de afrontamiento activos al permitir cambios significativos en la perspectiva y el comportamiento (Carhart-Harris & Nutt, 2017).

Existen varias implicaciones terapéuticas con respecto a la neuroplasticidad aumentada resultante de los tratamientos con psilocibina en trastornos del ánimo. En primer lugar, una mayor adaptabilidad ya que la acción de la psilocibina sobre el receptor 5-HT_{2A}R abre una ventana de plasticidad aumentada, permitiendo una mayor adaptabilidad y el potencial para un trabajo terapéutico significativo. Esto es particularmente relevante en el contexto de la depresión resistente al tratamiento, donde los antidepresivos tradicionales pueden haber fracasado en producir resultados adecuados. También implica beneficios producidos por la psilocibina que se han asociado con mejoras a largo plazo en el estado de ánimo y la función cognitiva. Se cree que estos efectos son el resultado de la capacidad de la droga para "resetear" los circuitos neuronales inadaptados que contribuyen a los síntomas depresivos. En este contexto, es importante destacar que la red de modo predeterminado o default mode network (DMN) se ve afectada de manera selectiva con respecto a la modulación de los receptores mediante los cuales operan a partir de la presencia de la psilocibina mientras los ISRS aumentan la serotonina en todas las sinapsis serotoninérgicas. En este proceso, median efectos adversos sobre otras funciones a nivel del sistema nervioso central, mientras que los compuestos psicodélicos lo hacen específicamente sobre receptores particulares principalmente asociados a las vías del DMN.

Finalmente podemos hablar de una eficacia comparativa ya que aunque tanto los ISRS como la psilocibina modulan el sistema serotoninérgico, sus distintos mecanismos de acción sugieren potenciales terapéuticos diferentes. La modulación de los ISRS de la señalización 5-HT_{1A}R ofrece mejoras graduales en el estado de ánimo y la ansiedad a través de la mejora de las estrategias pasivas de afrontamiento. Por el contrario, la influencia de la psilocibina sobre la neuroplasticidad mediada por 5-HT_{2A}R puede ofrecer efectos terapéuticos rápidos y duraderos al facilitar el afrontamiento activo y un cambio psicológico significativo (Carhart-Harris & Nutt, 2017).

Desarrollo Metodológico

Procedimiento

En el presente trabajo se realizó una revisión bibliográfica de tipo descriptiva - comparativa, tomando como variables la terapia de aceptación y compromiso (ACT) y la terapia asistida con psilocibina con el fin de proponer su integración como una alternativa psicoterapéutica no sintomática en psicopatología. A partir de ambas variables mencionadas, se seleccionó el material a y se realizó la búsqueda de información relevante en diferentes portales de artículos y revistas científicas como Google scholar o researchgate, verificando que los estudios seleccionados tengan revisiones de pares con el fin de filtrar estudios sesgados. También se han utilizado libros impresos o en sus versiones electrónicas de autores expertos en la materia. Asimismo, las búsquedas se realizaron en inglés y en español para poder encontrar mayor cantidad de información.

Los criterios de selección para la búsqueda de conceptos teóricos fueron: información que explique la concepción del sufrimiento humano desde la perspectiva de la ciencia contextual conductual comparándola con paradigmas tradicionales y sindrómicos de la psicopatología y la implementación terapéutica de psilocibina con la intención de aumentar la flexibilidad psicológica y comparar resultados con estudios que utilizaron psicofármacos como ISRS.

Para ello, se seleccionaron libros como “CROQUIS: Una guía clínica de Terapia de Aceptación y Compromiso” de Fabián Maero, el manual de Terapia de Aceptación y Compromiso de Hayes, Strosahl y Wilson, Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian Account of Human Language and Cognition de Hayes, Barnes-Holmes y Roche además de múltiples artículos científicos de autores dedicados al estudio de la implementación de psilocibina con fines terapéuticos. Finalmente para la integración de ambas terapias se utilizará el manual de terapia asistida con psilocibina para la depresión de la universidad de Yale publicada en 2020.

Índice comentado

Capítulo 1: Limitaciones de los modelos tradicionales para abordar el sufrimiento humano

En este capítulo se examinarán las limitaciones de los modelos psicoterapéuticos tradicionales (particularmente la teoría cognitiva conductual y el psicoanálisis) con respecto al abordaje del sufrimiento humano. El análisis se llevará a cabo a partir de la premisa de la importancia de la consideración de la teoría del marco relacional (RFT) para la construcción de un modelo psicoterapéutico. Se contrastarán las perspectivas de "normalidad saludable" y "normalidad destructiva" además de proponer el modelo de flexibilidad psicológica de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) como alternativa viable.

Capítulo 2: Integración de terapia asistida con psilocibina y terapia de aceptación y compromiso

En este capítulo nos ocuparemos de adentrarnos profundamente en los mecanismos de acción neurofisiológicos por los cuales proponemos el uso de psilocibina como agente psicofarmacológico en comparación con psicofármacos tradicionales como los ISRS. Se ahondará no solamente en las razones por las cuales la terapia de aceptación y compromiso es ideal como marco teórico en una terapia asistida con psilocibina sino también en las intersecciones claves en las que los efectos de la psilocibina afectan la percepción humana acerca de sí mismos, el mundo y sus experiencias internas y cómo cada arista del hexaflex puede conceptualizar y potenciar esos procesos con el propósito de mejorar la flexibilidad psicológica de los consultantes orientándolos a sus valores.

Capítulo 1: Limitaciones de los modelos tradicionales para abordar el sufrimiento humano

El posicionamiento sobre el sufrimiento humano

Prácticamente todas las psicoterapias se ocupan de una manera u otra del sufrimiento psicológico y de sus efectos sobre la vida. Esto involucra adoptar una cierta posición sobre el lugar que ocupa en la experiencia humana – ciertas premisas o supuestos adoptados a priori sobre el sufrimiento psicológico y cómo se lo abordará. Cada psicoterapia tiene su propia perspectiva sobre la psicopatología, y cómo ésta llega a nombrarse como tal (Maero, 2022) y por lo tanto también tiene una perspectiva sobre cómo es un estado no patológico y sobre qué intervenciones terapéuticas son pertinentes.

Fabián Maero (2022) lo pone de la siguiente manera: “La cuestión en juego aquí es por donde pasa la línea que divide el funcionamiento psicológico “normal” del que no lo es. Dicho sencillamente, atañe a qué es lo que se considera patológico y por tanto cuál es el principal problema a resolver en la consulta del paciente” (Maero, 2022).

Una buena parte de la psiquiatría y la psicología postula que el problema a resolver atañe al grado de malestar, generalmente bajo la forma de la presencia, intensidad y frecuencia de ciertos pensamientos, sentimientos, o sensaciones físicas. La mayoría de nuestros manuales de diagnóstico, de hecho, operan bajo ese principio, centrándose principalmente en la presencia de expresiones específicas de malestar para identificar patología, dejando en un lugar secundario el contexto y la calidad de vida de la persona.

Maero (2022) también aclara:

“Esto aparece en varias otras formas en nuestra disciplina. Incluso cuando decimos algo como “la ansiedad es normal”, solemos acompañarlo con un “...dentro de cierto rango”, diferenciando así lo normal y lo patológico según intensidad o frecuencia, no según su efecto psicológico. Como si la severidad de la ansiedad condujera automática y directamente a deterioros en la calidad de vida, como si no hubiera complejas interacciones entre la sintomatología, las habilidades psicológicas de la persona, la presencia de propósito vital, y otros factores. Se asume que la ansiedad intensa causa automática y linealmente un deterioro vital, y rara vez se plantea la pregunta de si la severidad de los síntomas de ansiedad lleva necesariamente a un peor funcionamiento vital”

Las pocas veces que la pregunta se ha planteado en investigación, la correlación entre ambos factores ha sido decepcionantemente baja (McKnight et al., 2016; McKnight & Kashdan, 2009).

Esta posición conduce a terapias centradas principalmente en torno a la eliminación o control del sufrimiento dejando de lado el contexto vital ampliado, implicando que la presencia de sufrimiento es problemática en sí misma. Por este motivo una buena parte de los tratamientos psicológicos y psiquiátricos prometen eliminar la angustia, terminar con el pánico, calmar la ansiedad, controlar el estrés, etcétera, es decir sentirse mejor. Por este motivo abundan los recursos psiquiátricos y psicológicos para reducir síntomas, mientras que son más bien escasos los recursos técnicos que directamente se proponen como medios para construir una vida con sentido y propósito. (Maero, 2022).

Normalidad saludable vs Normalidad destructiva

La idea de que el sufrimiento se describe mejor en términos de anormalidad biológica en medicina o anormalidad psíquica, cognitiva o conductual en psicología tiene un lado opuesto superficialmente atractivo, que es saber que la salud y la felicidad son estados homeostáticos naturales de la existencia humana. Esta suposición de normalidad saludable es la base de los enfoques médicos tradicionales de la salud física. Dado el relativo éxito de la medicina física, no es sorprendente que la comunidad de la salud mental haya adoptado también este supuesto. La concepción tradicional de la salud física es simplemente la ausencia de enfermedad. Se supone que, si se le deja a su aire, el cuerpo está destinado a estar sano, pero que la salud física puede verse alterada por infección, lesión, toxicidad, disminución de la capacidad física o procesos físicos desordenados. Del mismo modo, se asume que los seres humanos son inherentemente felices, conectados con los demás, altruistas y en paz consigo mismos y que este estado típico de salud mental puede verse perturbado por complejos psíquicos como plantea la teoría psicoanalítica, creencias distorsionadas como plantea la teoría cognitiva conductual, determinadas emociones, pensamientos, recuerdos, acontecimientos históricos o estados del cerebro. (Hayes, Strosahl & Wilson, 2012). En esa perspectiva está implícito que el sufrimiento psicológico podría no ocurrir. No importa si en lo real ocurre todo el tiempo, conceptualmente está implícito que podría no ocurrir si se dieran las condiciones adecuadas. Si la psicopatología se considera como la consecuencia de eventos excepcionales, fallos o disfunciones, se está implicando que hay un escenario posible en el cual esos factores podrían no ocurrir o resolverse, y por tanto no habría sufrimiento. (Maero, 2022)

Por ejemplo, si postulo que la psicopatología es resultado de eventos adversos, es posible pensar en una persona que no atravesase eventos adversos y que por tanto pueda estar libre de psicopatología. Como habrán advertido, esto mismo es, a grandes rasgos, lo que postulan las psicopatologías basadas en eventos traumáticos, o en la mala resolución del desarrollo psíquico, en

la presencia de ciertas creencias o esquemas disfuncionales, en fallas en la regulación de las emociones, etc. Cuando se piensa así la psicopatología, una vida sin sufrimiento es, al menos en teoría, posible. (Maero, 2022)

ACT va a invertir los términos de esa posición, postulando lo siguiente: lo normal de la existencia humana es el sufrimiento, que no es resultado de una patología, de un error, de un fallo, ni de un desbalance. El sufrimiento es radicalmente normal para los seres humanos, e incluso inherente a su existencia, y no está causado por un fallo a resolver sino por procesos psicológicos normales. Esta posición es la que llamaremos la normalidad destructiva: “la idea de que procesos psicológicos humanos ordinarios e incluso útiles pueden llevar a resultados destructivos y disfuncionales, o amplificar o exacerbar cualquier condición fisiológica o psicológica anormal que pudiera existir“. El sufrimiento forma parte inextricablemente de nuestras vidas. No estamos diseñados para ser felices. El sufrimiento es esencial: lo accidental es el bienestar (Maero, 2022).

Maero (2022), afirma en “Croquis”: “Esto implica que no hay lotería que ganar si el juego que jugamos es el de eliminar el dolor. No podemos eliminar el sufrimiento corrigiendo pensamientos, regulando emociones, cambiando de perspectivas o entendiendo por qué nos pasa lo que nos pasa. Estas habilidades pueden resultar muy útiles, pero no pueden eliminar el sufrimiento porque no se puede ganar ese juego. Por eso es que ACT va a jugar a otro juego, uno que sí es posible ganar. No el juego de eliminar el malestar, sino el de construir una vida valiosa.”

El objetivo explícito de ACT es promover y aumentar la flexibilidad psicológica, “la habilidad de contactar el momento presente más completamente, como un ser humano consciente y, basado en lo que la situación permita, cambiar o persistir en la conducta para servir a fines valiosos” (Hayes & Strosahl, 2004).

Algunas consideraciones sobre el comportamiento del lenguaje y la cognición desde la teoría del marco relacional (RFT) en relación con abordajes psicoterapéuticos.

Los seres humanos tenemos la capacidad de hacer presente cualquier estímulo a través de los símbolos y las palabras, o lo que se llama en las ciencias contextuales conductuales “conducta verbal”. Podemos evocar imágenes, sonidos, palabras, etc. que pueden adquirir funciones aversivas no sólo por vía de la experiencia directa y de la observación, sino también a través de nuestras habilidades simbólicas, de lo que cotidianamente llamamos lenguaje y cognición. De esto se ocupa la teoría del marco relacional previamente explicado en la sección del marco teórico. Esto enriquece muchísimo nuestra experiencia del mundo porque no lidiamos solo con lo que las cosas son, sino también con lo que las relaciones dicen sobre esas cosas. Las palabras pueden adquirir en parte las funciones de aquellos eventos con los cuales están relacionadas y por lo tanto podemos tener un recuerdo doloroso en un día completamente cotidiano si algún olor, palabra o sonido visitó nuestra

percepción. Eso es lo que se llama un aprendizaje de relación. La capacidad de relacionar olores, imágenes, sonidos, personas, eventos, etc es un aprendizaje cognitivo y del lenguaje.

Las palabras que describen un evento doloroso pueden evocar algunas de sus funciones y volverse así también dolorosas. El lenguaje nos permite contactar con eventos que no están presentes, lo cual es estupendo para pensar, para imaginar, para anticiparnos a problemas eventuales, pero también significa que podemos hacer presentes eventos dolorosos en el pasado o en el futuro. Por ejemplo, meramente pensar sobre la muerte propia y la de los seres queridos puede evocar dolor, aun cuando se trate de eventos muy distantes en el futuro (Maero, 2022).

Una relación entre los estímulos, una vez aprendida o emitida, no se puede borrar. Por ejemplo, una vez que se adquiere una relación de coordinación tal como "Mi mamá se llama Rosana" esa relación no puede ser eliminada voluntariamente, porque relacionar eventos es una conducta y las conductas no se pueden borrar del repertorio. No existe un proceso conductual de "desaprendizaje". Sin mediación de algún traumatismo, administración de sustancias, trastorno neurológico, o algún tipo de deterioro, no es posible olvidarse definitivamente de, digamos, cómo atarnos los cordones. Una vez que aprendimos a hacerlo podemos perder la práctica o la destreza, pero la conducta de atarnos los cordones quedará en nuestro repertorio, lista para ser recuperada aún después de mucho tiempo (Maero, 2022).

Lo que tenemos entonces es que cualquier evento puede adquirir funciones aversivas de manera simbólica, sin necesidad de experiencia directa, gracias al lenguaje y la cognición. El control aversivo de la conducta para los seres humanos puede estar mediado verbalmente –lo cual quiere decir que en parte depende de la actividad verbal (simbólica) propia y ajena. En cierto modo, es la confluencia ineludible de procesos psicológicos normales: un repertorio para lidiar con estímulos peligrosos, sumado a un repertorio que nos permite evocar cualquier estímulo peligroso en cualquier momento.

Si por ejemplo la conducta de una terapeuta queda bajo control aversivo verbalmente mediado durante una sesión por un pensamiento que la visita como "esto no está avanzando, va a abandonar la terapia, ya no sé qué hacer" seguramente se disparen conductas de evitación experiencial que la saquen del momento presente y la lleven a tener una reacción de evitación supresión y activación. Esa reacción es útil para huir físicamente de un estímulo, pero es de poca ayuda si el objetivo es conducir una sesión con efectividad. En lugar de llevar a cabo conductas para ayudar a la persona que tiene frente a sí, puede desplegar conductas para no ser vista como incompetente, para no sentirse responsable del resultado de la terapia, para sacarse al paciente de encima o para terminar con la sesión lo antes posible (Maero, 2022).

Maero (2022) Señala: "El problema es que las relaciones emitidas son conductas y las conductas no se borran, por lo cual aun cuando se añada un pensamiento correctivo del sesgo cognitivo involucrado el pensamiento aversivo original seguirá estando allí –conocemos lo difícil que es intentar que otra persona piense distinto. Y como está frente a un estímulo aversivo (aún cuando sea solo simbólicamente aversivo) intentar reducir el malestar generalmente resulta infructuoso porque el evento aversivo sigue estando allí –es como intentar calmar a una persona que tiene un tigre frente a sí."

Volviendo a las nociones de normalidad sana y destructiva vemos cómo se construyen las conceptualizaciones de psicopatología y salud y cómo a partir de ellas se edifican múltiples modelos psicoterapéuticos de los cuales cada uno tendrá su abordaje con respecto al sufrimiento. Desde el psicoanálisis se habla de aplicar experiencias emocionales correctivas o de resolver un conflicto psíquico para redirigir la libido a una sublimación ideal para el paciente para que resuelva su edipo o complejo de castración. Desde el marco de la teoría cognitiva conductual se llevará a cabo un protocolo de reestructuración cognitiva después de haber encontrado los sesgos cognitivos en el pensamiento del paciente que lo llevan a sentirse deprimido. Ya vimos que este tipo de técnicas psicoterapéuticas terminan cumpliendo una función de control experiencial de experiencias internas que por definición no pueden ser controladas.

Este es uno de los motivos por los cuales ACT ha cuestionado los procedimientos de reestructuración cognitiva que se enfocan en reemplazar el contenido de pensamientos irracionales o disfuncionales por contenidos más adaptativos. Desde esta perspectiva esto equivale a añadir nuevas relaciones, pero sin la posibilidad de borrar las preexistentes (Maero, 2022).

Desde ACT se propone el modelo de la flexibilidad psicológica, que deja completamente de lado la pretensión de controlar, modificar o atenuar el sufrimiento humano para enfocarse en construir una vida que valga la pena ser vivida en el medio de la vorágine conductual lingüística y cognitiva que presenta nuestra mente. La flexibilidad psicológica es una serie de seis dimensiones a entrenar para que la persona pueda adquirir la capacidad de generar conductas que compiten con aquellas que ya existen en su repertorio conductual adquiridas contextualmente con el fin de orientar su vida a valores y no a la eliminación, evitación, control o modificación de conductas observables o encubiertas que ya existen en su vida.

Capítulo 2: Integración de terapia asistida con psilocibina y terapia de aceptación y compromiso

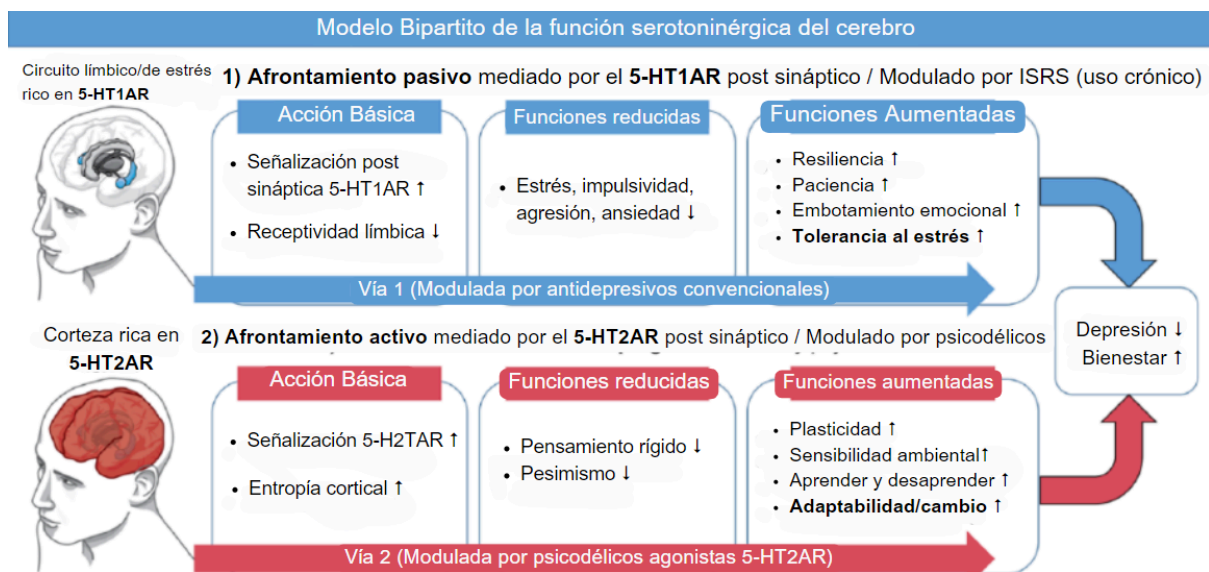
Neurobiología del afrontamiento: ISRS vs Psilocibina

Para definirla de manera sucinta, la neuroplasticidad se refiere a la capacidad del cerebro para formar y reorganizar conexiones sinápticas, especialmente en respuesta al aprendizaje o la experiencia o tras una lesión. Para poder aprender cosas nuevas, es decir tener aprendizajes conductuales que se encuentran por fuera de nuestro repertorio actual necesitamos que nuestros cerebros acompañen ese aprendizaje.

Cuando estamos atascados en los mismos patrones como puede suceder en trastornos del ánimo como la depresión y la ansiedad, la neuroplasticidad se ve reducida y formar o practicar conductas que nos lleven a comportamientos que están por fuera de aquellos que venimos

reproduciendo puede ser muy dificultoso. La manera en la que esto se ve en el cerebro es en forma de neuronas atrofiadas y falta de nuevas conexiones neuronales. La atrofia de las neuronas de la corteza prefrontal (CPF) desempeña un papel clave en la fisiopatología de la depresión y otros trastornos relacionados. La capacidad de promover la plasticidad estructural y funcional en el CPF se ha propuesto como hipótesis subyacente a las propiedades antidepresivas de acción rápida de los psicodélicos serotoninérgicos como la psilocibina los cuales son capaces de incrementar robustamente la neurogénesis y/o espinogénesis tanto in vitro como in vivo. Los antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina también promueven la neuroplasticidad pero una manera en la que estos se distinguen de los efectos psicoplastógenos de la psilocibina es en qué tipo de neuroplasticidad promueve cada uno. Dependiendo qué receptores de la membrana sináptica se modulen, se fomentará el incremento de una u otra manera de afrontar la adversidad (Ly, et al., 2018).

Carhart-Harris (2017) explica que la serotonina funciona en el cerebro de manera bipartita y eso se refleja en diferentes maneras de afrontar la adversidad. Para explicar la diferencia entre estos estilos de afrontamiento y cómo son afectados de distinta manera por la psilocibina y los antidepresivos tradicionales, propuso un modelo bipartito de la función de la serotonina en el cerebro:



Traducido de Carhart-Harris (2017) "A tale of two receptors"

El modelo propone que la serotonina interviene en las respuestas adaptativas a la adversidad a través de dos mecanismos distintos: uno mediado por la señalización postsináptica 5-HT1AR para ayudar a moderar el estrés (vía 1, a la que categoriza como afrontamiento pasivo) y el otro mediado por la señalización 5-HT2AR para ayudar a cambios adaptativos más sustanciales (vía 2, a la que categorizará como afrontamiento activo). Los ISRS y otros antidepresivos convencionales actuarían potenciando la vía 1, mientras que la vía 2 puede ser estimulada por drogas psicodélicas agonistas 5-HT2AR como la psilocibina. Se cree que el afrontamiento activo puede ser más eficaz si

la ventana de plasticidad que ofrece el agonismo 5-HT_{2A}R se complementa con una psicoterapia de apoyo que promueva la voluntad de afrontar y trabajar las fuentes de estrés (Watts et al., 2017).

A continuación se explora el impacto de estas diferentes estrategias de afrontamiento en los trastornos del estado de ánimo, haciendo hincapié en el papel de la transmisión de serotonina (5-HT) y sus receptores en el cerebro, en particular el 5-HT_{1A}R y 5-HT_{2A}R, en la moderación de la ansiedad, el estrés y la promoción de mecanismos de afrontamiento. El afrontamiento o "coping", se refiere a las estrategias y mecanismos que emplean las personas para manejar el estrés, la adversidad o los síntomas resultantes de un trauma. Abarca una amplia gama de comportamientos, pensamientos y emociones que las personas utilizan para adaptarse a los retos a los que se enfrentan en la vida y pueden clasificarse en las dos grandes categorías recién mencionadas según el autor (Carhart-Harris, 2017).

"Coping" Pasivo: El afrontamiento pasivo, implica estrategias dirigidas a tolerar el estrés en lugar de enfrentarse activamente a la situación que lo dispara o intentar cambiarla. Esto puede incluir la negación, el retraimiento, la auto distracción o esperar a que pase el factor estresante sin actuar. Aunque el afrontamiento pasivo puede ser beneficioso en situaciones en las que el individuo tiene poco control sobre el resultado, puede conducir a un aumento del estrés y la ansiedad si se utiliza como estrategia a largo plazo. Este afrontamiento pasivo está medido por la señalización receptores postsinápticos 5-HT_{1A} que domina en condiciones normales y son usualmente modulados por psicofármacos convencionales como los ISRS. El aumento de la señalización a través del 5-HT_{1A}R puede mejorar la tolerancia al estrés y tener implicaciones terapéuticas para algunos aspectos de los trastornos del ánimo. Sin embargo, la dependencia excesiva del afrontamiento pasivo puede contribuir a la persistencia de estos trastornos al impedir que las personas aborden los problemas subyacentes (Carhart-Harris, 2017)

"Coping" Activo: El afrontamiento activo implica tomar medidas directas para eliminar o disminuir la fuente de estrés. Se caracteriza por acciones de resolución de problemas, búsqueda de apoyo social y empleo de estrategias para abordar el problema de frente y cambios de perspectiva que permiten abordar situaciones desde diferentes aristas. El afrontamiento activo se asocia a resultados positivos, como la reducción del estrés y la mejora del bienestar psicológico. Está también asociado a una mayor plasticidad, que, con apoyo, puede mejorar la capacidad del organismo para identificar y superar las fuentes de estrés cambiando la perspectiva y/o el comportamiento. Estas funciones están mediadas por la señalización receptores postsinápticos 5-HT_{2A} que se vuelve cada vez más operativa cuando el nivel de adversidad alcanza un punto crítico. La activación del 5-HT_{2A}R está relacionada con el aumento de la plasticidad neuronal y la adaptabilidad, lo que facilita los mecanismos activos de afrontamiento. Esto implica enfrentarse activamente a los factores estresantes. El agonismo del 5-HT_{2A}R, como ocurre con ciertos compuestos psicodélicos, puede inducir estados de mayor plasticidad y apertura al cambio. Esto se ha explorado en el contexto del tratamiento de trastornos del estado de ánimo resistentes a los tratamientos convencionales, lo que

sugiere un papel para las estrategias de afrontamiento activas facilitadas por la señalización 5-HT2AR en las intervenciones terapéuticas (Carhart-Harris, 2017).

La investigación sobre los psicodélicos, que actúan principalmente sobre el 5-HT2AR, se ha mostrado prometedora en el tratamiento de los trastornos del estado de ánimo al promover mecanismos activos de afrontamiento. Estas sustancias pueden ayudar a las personas a replantear su relación con los factores estresantes y adoptar estrategias de afrontamiento más adaptativas. A partir de las investigaciones mencionadas observamos que los psicodélicos que fueron utilizados para tratar trastornos del ánimo complejos como por ejemplo el trastorno depresivo mayor resistente al tratamiento, podemos hipotetizar dados sus mecanismos de acción que la relación de las personas con sus factores estresantes y no el contenido de estos es lo que genera un movimiento de cambio. Dado que la terapia de aceptación y compromiso se ocupa de esos mecanismos a nivel conductual y saca el foco el contenido de las experiencias internas y de el control o eliminación de sintomatología, se propone como marco teórico y abordaje psicoterapéutico concomitante al uso terapéutico de la psilocibina.

¿Por qué usar ACT como marco teórico para la terapia asistida con psilocibina?

Uno de los principales retos dentro del campo emergente de la terapia asistida por psicodélicos es cómo integrar de la mejor manera de integral la creciente investigación al respecto con la comprensión científica actual de la psicopatología y su tratamiento. Aunque las pruebas preliminares parecen indicar que los psicodélicos pueden producir beneficios para la salud mental en varios diagnósticos psiquiátricos diferentes cuando son administrados por un profesional, su uso con una gama más amplia de afecciones psicológicas y los procesos psicológicos que median en este tipo de intervención necesitan más investigación. Se necesita un modelo teórico para comprender los mecanismos de acción de la terapia asistida con psicodélicos, idealmente uno que sea sensible a los factores contextuales importantes que están involucrados en los resultados de la terapia asistida con psicodélicos y la psicopatología (Carhart-Harris, Roseman, Haijet al., 2018)

La mayoría de los ensayos modernos con psicodélicos para el tratamiento de enfermedades mentales han tenido un componente psicoterapéutico. Debido a esto, el trabajo terapéutico realizado hasta la fecha con psicodélicos podría llamarse terapia asistida por psicodélicos. Sin embargo, maximizar los resultados depende de la manipulación e investigación sistemáticas de la parte psicoterapéutica de la terapia asistida por psicodélicos y en muchos informes, la parte de psicoterapia no suele estar bien descrita, medida o controlada. (Luoma, et al., 2019).

La importancia del contexto en el que se administran los psicodélicos está bien establecida y tiene una historia científica que se remonta a la primera ola de interés en el uso terapéutico de los psicodélicos (Carhart-Harris et al., 2018). No sólo se refiere a las fases de preparación e integración previas y posteriores a la ingestión, sino también a el marco sociocultural en torno a lo que constituye patología y su tratamiento, desde una perspectiva antropológica (Luoma, et al., 2019). Los psicodélicos se diferencian de la mayoría de los demás agentes psicofarmacológicos en que sus

beneficios parecen depender en gran medida del contexto en el que se ingieren. En los agentes psicofarmacológicos más típicos (por ejemplo, antidepresivos o ansiolíticos), la presencia persistente de la droga perturba, de forma continuada, el funcionamiento de los sistemas biológicos, lo que luego se presume, da lugar a efectos psicológicos y conductuales independientes de los contextos en los que se toma la droga. Por el contrario, los psicodélicos clásicos sólo se utilizan en una o, como mucho, unas pocas administraciones y sus efectos farmacológicos suelen durar sólo unas horas. (Luoma, et al., 2019). Otra forma en la que el contexto puede influir en la eficacia de la terapia asistida con psicodélicos es a través de los marcos conceptuales que los pacientes utilizan para entender sus experiencias psicodélicas y dado que la ciencia conductual contextual es un modelo del comportamiento humano que reconoce explícitamente las limitaciones del lenguaje y la cognición, está especialmente bien adaptada para manejar la calidad inefable de las experiencias psicodélicas (Luoma, et al., 2019). Esto representa un cambio de paradigma con respecto a la psicofarmacología convencional, ya que en general los tratamientos farmacológicos para afecciones mentales buscan el tratamiento del síntoma específico, independientemente de los efectos que puedan tener estos compuestos sobre la efectividad psicoterapéutica.

En la era actual de la psiquiatría, las enfermedades mentales como la depresión, la esquizofrenia, así como las adicciones, a menudo se conceptualizan como enfermedades cerebrales resultantes de circuitos neuronales aberrantes y desequilibrios químicos. Para abordar la patología cerebral, los psiquiatras recetan principalmente medicamentos y realizan otras intervenciones, como la terapia electroconvulsiva (TEC) o la estimulación magnética transcraneal (EMT), dirigidas a los circuitos cerebrales, los niveles de neurotransmisores y los neuroreceptores. En este modelo, el paciente es un receptor o consumidor pasivo de estos tratamientos, al que sólo se le pide que siga el régimen terapéutico y que comunique su respuesta. Además, los enfoques farmacológicos convencionales de la depresión se centran principalmente en los signos y síntomas de la depresión, pero no abordan los aspectos psicológicos, emocionales, sociales y espirituales del sufrimiento depresivo (Gus, et al., 2020).

En primer lugar, ACT como la mayoría de las psicoterapias, difiere de los enfoques farmacológicos en varios aspectos importantes. En primer lugar, implica activamente al participante en el proceso de recuperación. Por ejemplo, en ACT, los pacientes deben realizar prácticas de atención plena, ejercicios de clarificación de valores y activación conductual (Gus, et al., 2020).

En segundo lugar, ACT no establece explícitamente como objetivo la mejora, reducción, control o eliminación de los síntomas de la depresión o de cualquier otro trastorno específico. Más bien se dirige al constructo más complejo de la flexibilidad psicológica, tal y como se ha comentado anteriormente. Parte del aumento de la flexibilidad psicológica implica la aceptación del malestar interno y externo, lo que, paradójicamente para algunos pacientes, implica una disminución de la evitación de pensamientos desagradables, y en su lugar, experimentarlos plenamente con apertura y aceptación. El resultado deseado es vivir una vida plena y con sentido. Hacerlo puede conducir indirectamente a una reducción de los síntomas depresivos. Del mismo modo, postulamos que la terapia asistida con psilocibina requiere el compromiso activo de los participantes en su propio proceso. La implementación de un marco teórico como ACT, viene a cuestionar la visión de la terapia

psicodélica como una intervención "mágica", que sólo requiere la dosificación contenida y segura de la medicina por parte del participante que sufre, con la aparición mágica de un "sanador interior" que haga lo necesario para su curación. Ciertamente, las sustancias psicodélicas pueden tener efectos farmacológicos beneficiosos que son independientes del conjunto y el entorno o el enfoque terapéutico. Estudios recientes sugieren que los psicodélicos pueden alterar los patrones de actividad cerebral funcional de manera que interrumpe patrones de actividad cerebral espaciotemporal estables y aumenta la comunicación entre regiones del cerebro que están usualmente aisladas (Carhart-Harris et al., 2014; 2012; 2017).

El estudio de investigación propuesto por la universidad de Yale (2020), investigó activamente la hipótesis de que la psilocibina induce un estado cerebral neuroplástico transitorio (Ly et al., 2018). Si bien estos efectos farmacológicos pueden conferir inherentemente cierto grado de alivio o beneficio con respecto a los síntomas, sugieren que es más probable desbloquear todo el potencial de la terapia psicodélica cuando el participante está activamente involucrado en un proceso terapéutico multifacético de interrupción de patrones de pensamiento y comportamiento patológicos profundamente arraigados a través de una intervención neurobiológica y psicosocial integrada. Este abordaje biopsicosocial (Engel, 1980) es especialmente importante cuando se trabaja con una patología depresiva crónica caracterizada por una autocrítica rígida profundamente arraigada, desesperanza, evitación experiencial del dolor y negligencia de acciones orientadas a sus valores. Por lo tanto, nuestra hipótesis es que la terapia asistida con psilocibina de los trastornos depresivos puede conferir beneficios más significativos, beneficios y duraderos mediante la infusión reflexiva de los principios de ACT en el curso de la terapia con psilocibina (Gus, et al., 2020).

La experiencia de la ingesta de dosis de moderadas a altas de psilocibina, con preparación y psicoeducación, puede proporcionar un contacto experiencial directo con los procesos de flexibilidad psicológica propuestos por ACT (McCracken & Gutiérrez-Martínez, 2011) y estas experiencias que ocurren durante el estado generado por sustancias psicodélicas pueden a su vez ser reforzadas durante las sesiones de ACT. El modelo ACT implica ayudar a los pacientes a aprender habilidades para estar en el momento presente, desarrollar una experiencia más flexible de su self (yo como contexto) en vez de estar fusionados a una narrativa particular de sí mismos (yo como contenido), cesar los intentos de controlar sus pensamientos y emociones y en cambio poder observarlas y aceptarlas tal y como se presentan, clarificar valores que se fueron perdiendo en el proceso de fusión con su narrativa interna y finalmente orientar su conducta de manera que persiga de nuevo esos valores (Gus, et al., 2020).

Otro aspecto importante de la experiencia psicodélica es la alteración de la autopercepción hacia una experiencia de unidad, o, en su extremo, la disolución del ego (MacLean, Leoutsakos, Johnson y Griffiths, 2012). Esto puede permitir la experiencia de autotranscendencia: una experiencia del yo que es más grande que la identidad depresiva y las narrativas de autocríticas, pesimistas y rumiativas que se fueron construyendo con el tiempo y resultan familiares. Desde este amplio punto de vista, el participante puede tener una experiencia profundamente significativa de sí mismo como contexto en la que se percibe a sí mismo como algo distinto de los pensamientos que surgen en la mente y a los que usualmente se les atribuye valor de verdad automáticamente. Por último, es

posible que la terapia psicodélica ayude a las personas a obtener claridad sobre sus valores y prioridades en la vida (Swift et al., 2017). La experiencia puede revelar áreas de la vida que se han descuidado, aspectos del autocuidado que deben abordarse o cómo podrían mejorarse las relaciones interpersonales.

El modelo de flexibilidad psicológica como rúbrica organizativa para los procesos de cambio en la terapia asistida con psicodélicos

A continuación se hará una descripción de cómo puede utilizarse cada uno de los seis procesos de flexibilidad psicológica para caracterizar la experiencia psicodélica, explicar los posibles procesos de cambio observados en la terapia asistida con psicodélicos y guiar potencialmente las fases de preparación, orientación e integración de la terapia asistida con psicodélicos.

Aceptación: En el contexto de la Terapia de Aceptación y Compromiso asistida con psilocibina, la aceptación no significa resignación o rendición. Por el contrario, se trata de que un individuo deje espacio para las experiencias difíciles y aprenda a coexistir con ellas. Se trata de permitirse sentir, pensar y experimentar sin intentar controlar, evitar o cambiar estas experiencias. Durante una sesión, esto podría significar que una persona experimenta y explora con involucramiento y disposición las emociones o recuerdos difíciles que surgen, en lugar de intentar suprimirlos o escapar de ellos. La aceptación puede ser una herramienta poderosa para la curación, ya que permite a las personas afrontar y procesar experiencias que, de otro modo, podrían evitar. Practicar la aceptación permite a las personas desarrollar una relación más compasiva y sin prejuicios con sus pensamientos, emociones y experiencias. El resultado puede ser una menor reactividad emocional, una mayor resiliencia emocional y una mayor capacidad para afrontar situaciones difíciles con ecuanimidad (Sloshower, et al., 2020).

Defusión cognitiva: La defusión cognitiva es un proceso que consiste en alejarse de los pensamientos y verlos como lo que son: productos de la mente. Esto puede ser particularmente poderoso en el contexto de la terapia asistida con psicodélicos, donde los individuos a menudo experimentan un mayor estado de introspección y autoconciencia. La defusión cognitiva como habilidad puede ayudar a los individuos a ver sus pensamientos como algo separado de ellos mismos y a reconocer que no se definen por sus pensamientos. Por ejemplo, una persona puede tener el pensamiento "soy un fracasado", pero a través de la defusión cognitiva, puede aprender a ver esto sólo como un pensamiento, es decir como un elemento de su conciencia y no como un hecho sobre quién es. Al reconocer que los pensamientos no son necesariamente verdaderos o representaciones precisas de la realidad, las personas pueden experimentar un menor impacto de los pensamientos inútiles en sus emociones y comportamientos. Esto puede conducir a un aumento de la flexibilidad cognitiva, una reducción de la fusión cognitiva y una mayor capacidad para elegir respuestas alineadas con los valores personales (Sloshower, et al., 2020).

Momento presente: Estar presente, o la práctica del mindfulness, consiste en comprometerse plenamente con lo que está sucediendo en el aquí y ahora, sin juzgar. En la terapia asistida con psicodélicos, esto puede implicar prestar mucha atención a las sensaciones físicas, emociones y pensamientos que surgen durante la sesión. Estar presente puede ayudar a las personas a experimentar y procesar plenamente su experiencia, en lugar de dejarse atrapar por preocupaciones sobre el pasado o el futuro, o perderse en juicios o análisis. Al cultivar la conciencia del momento presente, las personas pueden experimentar una mayor sensación de atención plena y conexión con sus experiencias inmediatas. Esto puede reducir la rumiación sobre el pasado o las preocupaciones sobre el futuro, lo que permite a las personas dedicarse plenamente al momento presente (Sloshower, et al., 2020).

Valores: Los valores son creencias profundas sobre lo que es importante en la vida, son mayormente cualidades que definen un norte que queremos que guíe nuestras acciones. No son objetivos o resultados, sino más bien direcciones en las que un individuo quiere moverse. En la terapia asistida con psicodélicos, las personas a menudo relatan experiencias de profunda introspección y autorreflexión, que pueden conducir a una mayor claridad sobre sus valores. Esto puede proporcionar una poderosa motivación para el cambio y guiar el proceso terapéutico. Aclarar y conectar con los valores personales puede proporcionar a las personas un sentido de propósito y dirección en la vida. Al alinear sus comportamientos con sus valores, las personas pueden experimentar una mayor motivación, una mayor sensación de realización y un sentido más profundo del significado de sus acciones (Sloshower, et al., 2020).

Yo como contexto: El yo como contexto, también conocido como el "yo observador", es la parte de un individuo capaz de observar sus propios pensamientos, sentimientos y experiencias. Es la parte constante e inmutable de un individuo que siempre está ahí, independientemente de lo que esté experimentando. En la terapia asistida con psicodélicos, los individuos a menudo informan de experiencias de disolución del ego, o una pérdida del sentido del yo, que puede conducir a un cambio de perspectiva y a una mayor comprensión del yo como contexto. Esto puede ayudar a los individuos a ver que no están definidos por sus pensamientos, sentimientos o experiencias, sino que son el observador consciente de estos fenómenos. La terapia de aceptación y compromiso en este caso, está involucrada en asistir al consultante en que pueda prestar atención a este movimiento atencional y de perspectiva de manera que se construya como habilidad en la etapa de preparación e integración. Desarrollar un sentido del yo separado de los pensamientos y las emociones puede reducir la tendencia a identificarse con conceptos negativos de uno mismo o narrativas autocríticas. Este cambio de perspectiva puede fomentar la autocompasión, la autoaceptación y una mayor sensación de estabilidad interior (Sloshower, et al., 2020).

Acción comprometida: La acción comprometida consiste en que una persona tome medidas para vivir de acuerdo con sus valores. No se trata sólo de fijar objetivos, sino de emprender acciones

concretas que muevan al individuo en la dirección de sus valores. En el contexto de la terapia asistida con psicodélicos, la acción comprometida puede implicar que una persona realice cambios en su vida que estén en consonancia con los conocimientos adquiridos durante la sesión. Esto podría implicar cualquier cosa, desde hacer cambios en las relaciones personales, hasta buscar una nueva carrera o adoptar hábitos más saludables. La acción comprometida es un proceso continuo de aprendizaje y adaptación, y es un componente clave del cambio y el crecimiento a largo plazo. Empezar acciones con propósito y sentido que estén en consonancia con los valores personales puede dar lugar a cambios tangibles en el comportamiento y el estilo de vida. Esto puede traducirse en una mejora del bienestar, un aumento de la autoeficacia y una mayor sensación de agencia y control sobre la propia vida (Sloshower, et al., 2020).

Conclusión:

A lo largo de esta tesina se han analizado los principios teóricos e intervenciones prácticas de la Terapia de Aceptación y Compromiso en integración con la terapia asistida con psilocibina con el fin de proponer la Terapia de Aceptación y compromiso asistida con psilocibina como abordaje psicoterapéutico y psicofarmacológico para el tratamiento del sufrimiento humano, alejándonos de abordajes sindrómicos que buscan la eliminación, control o modificación del síntoma a pesar de la insidiosa naturaleza del lenguaje que nos ubica como seres inherentemente sufrientes como explica la teoría de marcos relacionales (RFT).

El primer objetivo de la tesina se propuso explorar la integración de la terapia asistida con psilocibina y la terapia de aceptación y compromiso como un enfoque innovador en el tratamiento del sufrimiento humano con el fin de mejorar la comprensión y eficacia de las intervenciones terapéuticas en salud mental. Para responder a este objetivo se partió del concepto de normalidad sana, conceptualizado a partir de la medicina tradicional en comparación con el concepto de normalidad destructiva propuesto desde la ciencia conductual contextual que normaliza el malestar como una experiencia a tener, y supone que el problema surge al intentar luchar contra estas experiencias displacenteras o lo que ACT denomina como Evitación Experiencial (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). Al mismo tiempo se exploraron los mecanismos neurofisiológicos de la psilocibina en comparación a los ya conocidos mecanismos de acción de los antidepresivos comunes como ISRS y los resultados experienciales de la terapia asistida con psilocibina enmarcados por los procesos de flexibilidad psicológica del hexaflex de ACT.

El segundo y tercer objetivo de la tesina, se propusieron analizar críticamente las limitaciones de los enfoques tradicionales en salud mental, como la terapia psicodinámica y cognitivo-conductual en el abordaje del sufrimiento humano, destacando la necesidad de nuevas perspectivas terapéuticas, e investigar el proceso de cambio propuesto por la integración de la terapia asistida con psilocibina y la terapia de aceptación y compromiso, explicando desde la perspectiva de ACT como pueden utilizarse estos resultados en pos de ayudar a las personas a vivir una vida en base a sus valores respectivamente. Para ello se exploraron las limitaciones teóricas y filosóficas de dichos modelos psicoterapéuticos catalogados en este trabajo como sindrómicos y se analizaron bajo el criterio científico de la teoría de marcos relacionales y la filosofía del contextualismo funcional para el abordaje del sufrimiento humano. Los aportes más relevantes de la teoría del marco relacional es que al entender la conducta de la mente con respecto al lenguaje y de las cogniciones se cuestiona la efectividad de abordajes psicoterapéuticos que buscan modificar, controlar o eliminar de alguna manera el dolor psicológico generado por estos mismos mecanismos. Al mismo tiempo, el contextualismo funcional viene a proponer un abordaje que se plante focalizarse en la función del a conducta en su contexto y no en el contenido de estas como se suele hacer en modelos psicoterapéuticos más tradicionales que están edificados sobre un paradigma gestado en abordajes sindrómicos de la patología médica y que buscan controlar, modificar o eliminar el sufrimiento homologando el sufrimiento psicológico al físico. Esta perspectiva propone el objetivo de trabajar sobre la flexibilidad psicológica con el fin de que la persona pueda vivir una vida valiosa. A partir de

las seis aristas del hexaflex, sugiere entrenar habilidades que propician el contacto con el momento presente, una perspectiva del sí mismo como parte de un contexto y no como un contenido inmodificable que el modelo busca aceptar y no modificar o controlar mediante la habilidad de defusionarse de pensamientos, emociones y sensaciones que usualmente terminan definiendo la conducta de la persona. A largo plazo el resultado a largo plazo de no estar dispuestos a experimentar este sufrimiento que de todas formas está presente, es que el espacio vital de la persona empieza a reducirse, sus pensamientos y emociones evitadas se multiplican y se vuelven más abrumadores, y la capacidad de entrar en el momento presente y disfrutar de la vida gradualmente se marchitan (Hayes, et al., 2012)

Siendo la psilocibina una sustancia psicoplastógena que logra mediante la plasticidad neuronal acercar a la persona a un estado (percibido por los sujetos de múltiples estudios) de disolución del yo o de disolución de la individualidad. Al entender cada parte de esta experiencia se ven claramente reflejados varios procesos que se fomentan en ACT conductualmente. A partir de este descubrimiento, la terapia de aceptación y compromiso asistida con psilocibina busca explotar el potencial de cambio que existe entre las habilidades conductuales y las conexiones neuronales resultantes de la utilización de la psilocibina con el objetivo de lograr una vida orientada a valores.

El modelo de flexibilidad psicológica sostiene que el dolor es una consecuencia natural de la vida, pero que las personas sufren innecesariamente cuando su nivel general de rigidez psicológica les impide adaptarse a los cambios internos o externos.

El fin de esta tesina fue llevar a cabo una revisión bibliográfica que de cuenta de la terapia de aceptación y compromiso asistida con psilocibina como una alternativa no sindrómica al tratamiento de la salud mental por la vía de la flexibilidad psicológica y la plasticidad neuronal orientada a valores y a que aquellas personas que buscan ayuda puedan conseguir encaminarse hacia una vida que valga la pena ser vivida. En contemplación de este fin, Steven Hayes (2012) en su libro "Terapia de aceptación y compromiso: el proceso y práctica del cambio consciente" declara: "El dolor y el propósito son dos caras de la misma cosa. Una persona que lucha contra la depresión es muy probablemente una persona que anhela sentirse plenamente. Una persona con ansiedad social es probablemente una persona que anhela conectar con los demás. Te duele dónde te importa, y te importa donde te duele".

Bibliografía

- Maero, F. (2022). CROQUIS. Una guía clínica de Terapia de Aceptación y Compromiso. 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Dunken, 2022. 448 p. 23x16 com.
- Hayes, S., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change*. [Terapia de Aceptación y Compromiso: Un Enfoque Experiencial para el Cambio de Conducta.] New York: Guilford Press.
- Carhart-Harris, R., & Nutt, D. (2017). Serotonin and brain function: A tale of two receptors. *Journal of Psychopharmacology*, 31(9), 1091-1120.
- Hofmann, S. G., & Hayes, S. C. (2018). The Future of Intervention Science: Process-based therapy. *Clinical Psychological Science*, 7(1), 37–50.
- Deacon, B. J., & Baird, G. L. (2009). The chemical imbalance explanation of depression: Reducing blame at what cost? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28(4), 415-435.
- Lowe, H., Toyang, N., Steele, B., Valentine, H., Grant, J., Ali, A., Ngwa, W., & Gordon, L. (2021). The therapeutic potential of psilocybin. *Molecules*, 26(10), 2948.
- Hayes, Steven C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian Account of Human Language and Cognition* (Steven C. Hayes, D. Barnes-Holmes, & B. Roche (Eds.)). Kluwer Academic Publishers.
- Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D., & Geller, P. A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behavior Modification*, 31(6), 772–799.
- Ruiz, F. J. (2010). A review of acceptance and commitment therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome J.B. Close, et al. *Journal of Contextual Behavioral Science* 16 (2020) 37–44 43 studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(1).
- Slosower, J., Guss, J., Krause, R., Wallace, R. M., Williams, M. T., Reed, S., & Skinta, M. D. (2020). Psilocybin-assisted therapy of major depressive disorder using acceptance and commitment therapy as a therapeutic frame. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 15, 12-19.
- Luoma, J. B., Sabucedo, P., Eriksson, J., Gates, N., & Pilecki, B. C. (2019). Toward a contextual psychedelic-assisted therapy: Perspectives from acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 14, 136-145.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. Routledge.

- Hayes, Steven C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). The Guilford Press.
- Jarne, A. (2015). *Manual de psicopatología clínica*. 2a ed. Herder Editorial.
- Emmelkamp, Paul M.G. (2014). *Advancing psychotherapy and evidence based psychological interventions*. International Journal of Methods in Psychiatric Research. Wiley Online Library
- Cook, S. C., Schwartz, A. C., & Kaslow, N. J. (2017). Evidence-based psychotherapy: Advantages and challenges. *Neurotherapeutics*, 14(3), 537-545.
- Escohotado, A. (1989). *Historia general de las drogas*.
- Bekinschtein, P. et. al. (2019). *UN LIBRO SOBRE DROGAS*. Argentina: El gato y la caja.
- Goel, D. B., & Zilate, S. (2022). Potential therapeutic effects of psilocybin: A systematic review. *Cureus*.
- Nichols, D. E., & Walter, H. (2020). The history of psychedelics in psychiatry. *Pharmacopsychiatry*.
- Hayes, S. C., Law, S., Malady, M., Zhu, Z., & Bai, X. (2020). The centrality of sense of self in psychological flexibility processes: What the neurobiological and psychological correlates of psychedelics suggest. *Journal of Contextual Behavioral Science*.
- Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M. E., Twohig, M. P., & Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*.
- Close, J. B., Hajien, E. C., Watts, R., Roseman, L., & Carhart-Harris, R. L. (2020). Psychedelics and psychological flexibility – Results of a prospective web-survey using the acceptance and action questionnaire II. *Journal of Contextual Behavioral Science*
- Follette, W. C., Houts, A. C., and Hayes, S. C., 1992, Behavior therapy and the new medical model, *Behavioral Assessment*. 14:323-343.
- Hofmann, A. (2005). *Los hongos sagrados de México: con un estudio de 30 especies de hongos alucinógenos*. Ediciones Botas.
- Hofmann, A., Heim, R., Brack, A., Kobel, H., & Frey, A. (1958). Psilocybin und Psilocin, zwei psychotrope Wirkstoffe aus mexikanischen Rauschpilzen. *Helvetica Chimica Acta*, 41(5), 1557-1572.
- Grinspoon, L., & Bakalar, JB (1979). *Psicoterapia con drogas psicodélicas: estudio de la psilocibina*. Cissp.
- Herbert, J. D., & Forman, E. M. (Eds.). (2011). The evolution of cognitive behavior therapy: The rise of psychological acceptance and mindfulness. In J. D. Herbert & E. M. Forman (Eds.), *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: Understanding and applying the new therapies*

- Pérez Álvarez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *eduPsykhé Revista de Psicología y Psicoterapia* 5.2,159-172
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*.
- Luciano Soriano, C. Valdivia Salas, M.S. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (Act). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, vol. 27, núm. 2, pp. 79-91 Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos Madrid, España.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive Relaxation*. [Relajación progresiva.] Chicago: Univ. Chicago Press Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological Flexibility as a Fundamental Aspect of Health. [Psychological Flexibility as a Fundamental Aspect of Health]. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 865–878.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies [Terapia de Aceptación y Compromiso, Teoría 54 del Marco Relacional y la Tercera Ola de Terapias Conductuales y Cognitivas] *Behavior Therapy*; 35(4):639-65.
- Ford, A. T., & Herrera, H. (2019). ‘Prescribing’ psychotropic medication to our rivers and estuaries. *BJPsych Bulletin*, 43(4), 147–150.
- Schultz, M. M., Furlong, E. T., Kolpin, D. W., Werner, S. L., Schoenfuss, H. L., Barber, L. B., Blazer, V. S., Norris, D. O., & Vajda, A. M. (2010). Antidepressant pharmaceuticals in two U.S. effluent-impacted streams: Occurrence and fate in water and sediment and selective uptake in fish neural tissue. *Environmental Science and Technology*, 44(6), 1918–1925.
- Fournier, J. C., DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., et al. (2010). Antidepressant drug effects and depression severity. A patient-level meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 303, 47–53.
- Kirsch, I., Deacon, B. J., Huedo-Medina, T. B., Scoboria, A., Moore, T. J., & Johnson, B. T. (2008). Initial severity and antidepressant benefits: A meta-analysis of data submitted to the FDA. *PLoS: Medicine*, 5, 260–269(e45).
- Guss, J., Krause, R., & Slosower, J. (2020). *The Yale manual for psilocybin-assisted therapy of depression (using acceptance and commitment therapy as a therapeutic frame)*.
- Nichols, D. E. (2004). Hallucinogens. *Pharmacology & Therapeutics*, 101(2), 131–181.
- Osmond, H. (1957). A review of the clinical effects of psychotomimetic agents. *Annals of the New York Academy of Science*, 66(3), 418–434.
- Leary, T., Metzner, R., & Alpert, R. (1995). *The Psychedelic Experience*. Citadel Press. Levin, M. E., MacLane, C., Daflos, S., Seeley, J., Hayes, S. C., Biglan, A., & Pistorello, J. (2014). Examining psychological inflexibility as a transdiagnostic process across psychological disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(3), 155–163.
- Christoffel, D.J., Golden, S.A., and Russo, S.J. (2011). Structural and synaptic plasticity in stress-related disorders. *Rev. Neurosci.* 22, 535–549.

- Duman, R.S., and Aghajanian, G.K. (2012). Synaptic dysfunction in depression: potential therapeutic targets. *Science* 338, 68–72.
- Ly, C., Greb, A. C., Cameron, L. P., Wong, J., Barragan, E. V., Wilson, P. C., Burbach, K. F., Zarandi, S. S., Sood, A., Paddy, M. R., Duim, W. C., Dennis, M. Y., McAllister, A. K., Ori-McKenney, K. M., Gray, J. A., & Olson, D. E. (2018). Psychedelics promote structural and functional neural plasticity. *Cell Reports*, 23(11), 3170–3182.
- Gattuso, J. J., Perkins, D., Ruffell, S., Lawrence, A. J., Hoyer, D., Jacobson, L. H., Timmermann, C., Castle, D., Rossell, S. L., Downey, L. A., Pagni, B. A., Galvão-Coelho, N. L., Nutt, D., & Sarris, J. (2022). Default mode network modulation by psychedelics: A systematic review. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 26(3), 155-188.
- Hayes, Steven C., & Strosahl, K. D. (Eds.). (2004). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. Springer.
- McKnight, P. E., & Kashdan, T. B. (2009). The importance of functional impairment to mental health outcomes: A case for reassessing our goals in depression treatment research. *Clinical Psychology Review*, 29(3), 243–259.
- McKnight, P. E., Monfort, S. S., Kashdan, T. B., Blalock, D. V., & Calton, J. M. (2016). Anxiety symptoms and functional impairment: A systematic review of the correlation between the two measures. *Clinical Psychology Review*, 45, 115–130.
- Smigielski, L., Scheidegger, M., Kometer, M., & Vollenweider, F. X. (2019). Psilocybin-assisted mindfulness training modulates self-consciousness and brain default mode network connectivity with lasting effects. *NeuroImage*, 196, 207-215.
- Carhart-Harris, R. L., Roseman, L., Haijen, E., Erritzoe, D., Watts, R., Branchi, I., & Kaelen, M. (2018). Psychedelics and the essential importance of context. *Journal of Psychopharmacology*, 32(7), 725-731.
- Carhart-Harris, R. L., Bolstridge, M., Rucker, J., Day, C. M. J., Erritzoe, D., Kaelen, M., et al. (2016). Psilocybin with psychological support for treatment-resistant depression: an open label feasibility study. *The Lancet Psychiatry*, 1–9.
- Carhart-Harris, R. L., Leech, R., Hellyer, P. J., Shanahan, M., Feilding, A., Tagliazucchi, E., et al. (2014). The entropic brain: a theory of conscious states informed by neuroimaging research with psychedelic drugs. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8, 20.
- Carhart-Harris, R. L., Leech, R., Williams, T. M., Erritzoe, D., Abbasi, N., Bargiotas, T., et al. (2012). Implications for psychedelic-assisted psychotherapy: functional magnetic resonance imaging study with psilocybin. *The British Journal of Psychiatry*, 200(3), 238–244.
- Carhart-Harris, R. L., Roseman, L., Bolstridge, M., Demetriou, L., Pannekoek, J. N., Wall, M. B., et al. (2017). Psilocybin for treatment-resistant depression: fMRI-measured brain mechanisms. *Scientific Reports*, 7(1), 1–11
- McCracken, L. M., & Gutiérrez-Martínez, O. (2011). Processes of change in psychological flexibility in an interdisciplinary group-based treatment for chronic pain based on Acceptance and Commitment Therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 49(4), 267–274.

- MacLean, K. A., Leoutsakos, J.-M. S., Johnson, M. W., & Griffiths, R. R. (2012). Factor Analysis of the Mystical Experience Questionnaire: A Study of Experiences Occasioned by the Hallucinogen Psilocybin. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 51(4), 721–737.
- Swift, T. C., Belser, A. B., Agin-Liebes, G., Devenot, N., Terrana, S., Friedman, H. L., et al. (2017). Cancer at the Dinner Table: Experiences of Psilocybin-Assisted Psychotherapy for the Treatment of Cancer-Related Distress. *Journal of Humanistic Psychology*, 57(5), 488–519.
- Watts R, Day C, Krzanowski J, et al. (2017) Patients' accounts of increased 'connection' and 'acceptance' after psilocybin for treatment-resistant depression.