

Usos terapéuticos de sustancias prohibidas: LSD, MDMA, THC, GHB, DMT, Psilocybina y Mescalina

Therapeutic uses of prohibited substances: LSD, MDMA, THC, GHB, DMT, Psilocybin, Mescaline

Ps. Ingrid Tartakowsky López ¹

Resumen

El presente texto hace un breve recorrido sobre los usos terapéuticos que han tenido la LSD, MDMA, THC, GHB, DMT, Psilocybina y Mescalina en la historia, así como también refiere algunos de los beneficios para la salud física y mental que se considera tienen en la actualidad. Esta información científica se contrapone a la normativa internacional en materia de drogas, que las clasifica como sustancias prohibidas en la Lista I, debido a su falta de uso médico aceptado por Estados Unidos y a su alto potencial de abuso. En este trayecto también se intenta comprender a qué hace referencia dicho potencial, así como las motivaciones que podrían existir detrás de la prohibición del uso terapéutico de estas drogas. En este marco, se consideran consecuencias para la salud de la población, las que atentan contra los Derechos Humanos de las personas que podrían requerir alguna de estas sustancias.

Palabras Clave: *Usos terapéuticos, LSD, MDMA, THC, GHB, DMT, Psilocybina, Mescalina, potencial de abuso, Derechos Humanos.*

Abstract

This paper makes a brief of the therapeutic uses have had the LSD, MDMA, THC, GHB, DMT, Psilocybin and Mescaline in history, as well as some of the benefits referred to physical and mental health that are considered today. This scientific information seems contrary to international legislation on drugs, which classifies as prohibited substances in Schedule I, due to its lack of acceptance medical use by the United States and its high potential for abuse. In this way also try to understand what makes this potential reference, and the reasons that could be behind the ban on therapeutic use of these drugs. In this framework, we consider health consequences of the population, which violate the human rights of people who may require some of these substances.

Key words: *Therapeutic use, LSD, MDMA, THC, GHB, DMT, Psilocybin, Mescaline, potential for abuse, Human Rights.*

En la actualidad, las sustancias psicoactivas se encuentran reguladas por tratados internacionales, como la Convención única de Estupefacientes de 1961 y la Convención sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971, las que establecen una clasificación de dichas drogas según cri-

terios médicos y científicos. La Drug Enforcement Administration (DEA) –que pertenece al Departamento de Justicia de Estados Unidos– es la encargada de decidir a qué categoría corresponde cada sustancia y si en algún momento se la debe cambiar a otra clasificación, solici-

Recibido 10.5.13 Aceptado 30.5.13

¹ Psicóloga clínica. Magister © en Psicología Clínica de Adultos Universidad de Chile. Mail de contacto: ingridtartakowsky@gmail.com .

tando evaluaciones y recomendaciones a la Food and Drug Administration (FDA) y al National Institute on Drug Abuse (NIDA) –que pertenecen al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos–.

En la Lista I se encuentran las sustancias totalmente prohibidas, excepto para fines médicos y de investigación científica muy limitados, ya que se considera que tienen un alto potencial de abuso, además de que no tienen un uso médico aceptado por Estados Unidos y que no cuentan con una seguridad aceptada para su uso bajo supervisión médica.

Dentro de esta Lista encontramos sustancias como la Dietilamida de Ácido Lisérgico (LSD-25), 3,4-Metilen-dioximetanfetamina (MDMA), Tetrahidrocannabinol (THC), Gammahidroxibutírico (GHB), Psilocybina, Mescalina y Dimetiltriptamina (DMT). Sin embargo, si hacemos un recorrido por la historia de cada una de estas drogas, es llamativo que todas hayan tenido en algún momento pasado y/o actual algún uso terapéutico, y que la mayoría haya sido validado con argumentos médicos y científicos. Además, es llamativo que muchas de ellas tengan un uso médico aceptado por Estados Unidos y que cuenten con una seguridad aceptada para su uso bajo supervisión médica.

La LSD es una droga semisintética que se obtiene a partir del hongo *Claviceps purpurea*, que crece en algunos granos como el centeno, y que ha sido utilizada para la investigación y tratamiento de trastornos psiquiátricos desde que el químico suizo Albert Hofmann la ingirió en 1943. Otro alcaloide obtenido del mismo hongo corresponde a la Ergotamina, utilizada actualmente en tratamientos para la migraña, tal como ocurre con el Cefalmin® de Laboratorios Sanitas, el Migranol® de Bagó y el Migratán® de Laboratorio Chile (1).

Otro alcaloide sintetizado del mismo hongo corresponde a la Ergobasina, que ha sido muy valiosa para la obstetricia ya que estimula el útero, aumentando la frecuencia y amplitud de sus contracciones. Este medicamento que también se utiliza como abortivo, se encuentra bajo su forma comercial Methergin® de Laboratorio Novartis (1).

Es importante señalar que la LSD se distribuyó bajo el nombre comercial Delysid® en los años `50, por el la-

boratorio Sandoz² de Suiza donde trabajaba Hofmann. Dichas ampollas se repartieron entre psiquiatras y psicoanalistas de varios países, para investigar las denominadas psicosis modelo y para reducir la ansiedad y el malestar psíquico de pacientes en tratamiento por dependencia a alcohol, depresión, trastorno obsesivo compulsivo y en enfermos terminales para reconciliarlos con la muerte (1, 2, 3).

Durante el último tiempo se han llevado a cabo algunos estudios con esta sustancia, con pacientes que presentan problemáticas como las recién mencionadas y que además participaron en tratamientos tradicionales, de los que no obtuvieron resultados beneficiosos para la salud ni una mejora de su calidad de vida³.

Cabe mencionar que si bien esta sustancia se clasifica en la Lista I, en la web de la DEA se señala que actualmente se ha aceptado su uso médico en Estados Unidos (4).

La MDMA es una sustancia aislada accidentalmente por laboratorios Merck en 1912. En los años `80 el bioquímico norteamericano Alexander Shulgin descubre sus propiedades farmacológicas y efectos empatógenos, por lo que la vuelve a sintetizar para pruebas terapéuticas. Esta droga se utilizó ampliamente en investigaciones que daban cuenta de sus beneficios para psicoterapia, pero debido a la expansión de su uso en espacios recreativos bajo la forma de comprimidos denominados “éxtasis”, fue declarada ilegal en 1985 por Estados Unidos. Actualmente se realizan estudios científicos con esta droga, los que siguen evidenciando su efectividad terapéutica (5).

Respecto de estas investigaciones, destacan las llevadas a cabo por la Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies (MAPS) con veteranos de guerra, y otros estudios en diversos países con pacientes que presentan Estrés Postraumático asociado a otras causas. Es importante destacar que las personas que participan en estos estudios también cuentan con fracasos en tratamientos anteriores, llevados a cabo con fárma-

2 En la actualidad éste corresponde al Laboratorio Novartis

3 Uno de estos estudios fue llevado a cabo por el médico suizo Peter Gasser, con pacientes que presentaban ansiedad asociada a un estadio avanzado de alguna enfermedad terminal. Se puede revisar el Protocolo de este estudio clínico, que se terminó de elaborar el 2007: <http://www.maps.org/research/lsd/swisslsd/LDA1010707.pdf>

cos y psicoterapia tradicional. En parte esto se explica debido a la dificultad de manejo que conlleva el Estrés Postraumático, ya que corresponde a un trastorno muy severo que perdura en el tiempo con sintomatología psiquiátrica aguda, para el cual existen pocos tratamientos reconocidos como efectivos (6, 7).

El THC es un cannabinoide natural que corresponde al principio activo de la *Cannabis Sativa*, y fue aislado en 1964 por el químico nacido en Bulgaria Raphael Mechoulam. Sus propiedades terapéuticas se están estudiando en la actualidad, y al parecer actúan en conjunto con otros cannabinoides que lo modulan, como el Cannabidiol (CBD). En el campo de la salud, el laboratorio GW Pharmaceuticals de Inglaterra lanzó al mercado un medicamento denominado Sativex[®], que consiste en un spray que se absorbe a través de la membrana bucal, y que se encuentra disponible para pacientes que realizan tratamiento por esclerosis múltiple. Del mismo modo, en Estados Unidos se encuentra disponible el Marinol[®], un medicamento hecho a base de cannabinoides sintéticos que se encuentra aprobado por la DEA⁴, y que se prescribe para el tratamiento de náuseas y vómitos derivados de quimioterapia y para estimular el apetito en personas con VIH o SIDA que han perdido peso (8, 9, 10, 11).

En la actualidad se están llevando a cabo estudios con esta sustancia tanto para el ámbito de salud física como psíquica. Destacan algunos estudios realizados con veteranos de guerra que presentan Estrés Postraumático⁵, y otros estudios con cannabis cruda para salud física (12).

Sobre esto último destacan los trabajos del Doctor William Courtney, que dan cuenta del máximo aprovechamiento de los beneficios terapéuticos al utilizarla fresca y cruda. El Dr. Courtney refiere que al quemar la planta no sólo se pierde potencial terapéutico, sino que también esta se vuelve psicoactiva, ya que el THC y el CBD se encuentran en la planta en forma de ácido de THC (THCA) y ácido de CBD (CBDA). Comprender este punto resulta de vital importancia, ya que significa que los usuarios medicinales pueden utilizar sus beneficios sin

que se presenten los efectos agudos psicoactivos del THC⁶, es decir, sin tener que "volarse" (13).

Es importante destacar que el THC y la cannabis se encuentran en la Lista I de la clasificación internacional, y que la DEA indica que ambas no cuentan con un uso médico aceptado en Estados Unidos. Sin embargo, en la actualidad ya hay 18 estados de dicho país que han legalizado la cannabis para uso medicinal (4).

El GHB fue sintetizado artificialmente en 1960 por el Doctor francés Henri Laborit que investigaba los efectos del neurotransmisor GABA en el cerebro. El GHB es un depresor del Sistema Nervioso Central, es decir disminuye los niveles de su actividad, y se produce de forma natural en pequeñas cantidades en él. Su acción se asocia a la regulación de la actividad física, la vigilia y el sueño principalmente.

Durante los '80 se utilizó y distribuyó ampliamente en locales de comida saludable en Estados Unidos, ya que era usado como suplemento alimenticio por parte de algunos fisicoculturistas. Las personas asociadas a este ámbito del trabajo corporal se interesaban en la capacidad del GHB de liberar hormonas del crecimiento, lo que les ayudaba en la reducción de la grasa y en la adquisición de una mejor formación de masa muscular (14).

En noviembre de 1990 la FDA prohibió su venta en Estados Unidos. Sin embargo, actualmente se elabora el Xyrem[®], un compuesto de GHB autorizado por la DEA⁷, que se distribuye para tratar el trastorno del sueño denominado narcolepsia. También se utiliza en Italia para reducir el deseo de beber y para tratar el síndrome de abstinencia que presentan pacientes con dependencia al alcohol. Además se ha utilizado como anestésico y como coayudante en partos, debido a que incrementa la fuerza de las contracciones, disminuye el dolor y aumenta la dilatación del cuello del útero (4, 14).

Sobre sus riesgos para la salud y su potencial de abuso, diversos estudios estiman que no se reportan efectos

4 La DEA clasifica al Marinol[®] en la Lista III, ya que considera que tiene uso médico aceptado y menor potencial de abuso que la cannabis o que el THC (4).

5 Se sugiere revisar el Protocolo Clínico de este estudio, así como también otros llevados a cabo (12).

6 Estas investigaciones se están llevando a cabo en Cannabis International, institución fundada por el Dr. Courtney, quien también trabaja en GW Pharmaceuticals, el laboratorio del Sativex[®]. Para mayor información sobre estos estudios con cannabis cruda se sugiere la web de la institución (13).

7 Cabe señalar que la DEA considera al GHB como una sustancia de la Lista I, pero al mismo tiempo indica que el Xyrem[®] se clasifica en la Lista III, ya que es un producto de GHB (4).

adversos a largo plazo, ni potencial de dependencia asociado al cese de su uso (14, 15).

La DMT fue aislada por primera vez en 1946 por el químico brasileiro Oswaldo Gonçalves de Lima, sin embargo el etnobotánico Jonathan Ott considera que esa fórmula química encontrada es una forma impura de DMT.

Esta es una sustancia que se encuentra de manera natural en mamíferos, algunos anfibios y en especies vegetales como la *Mimosa hostilis* o la *Psychotria viridis*, las que se han utilizado en conjunto con otras especies que contienen inhibidores enzimáticos (IMAOs), como la *Banisteriopsis caapi* o la *Peganun harmala*, para elaborar un brebaje conocido como ayahuasca. Estas últimas especies permiten que la DMT se active al ser ingerida por vía oral, lo que de otra manera no posibilitaría la aparición de sus efectos psicoactivos por esta vía. Este brebaje se ha utilizado desde antaño en pueblos nativos de la selva amazónica, y en la actualidad se sigue utilizando no sólo como un elemento de religiosidad sino que también para el tratamiento de diversas enfermedades, sobre todo para adicciones (16, 17, 18, 19, 20).

Al respecto cabe destacar el trabajo que se realiza en diversos centros de tratamiento ubicados en la selva amazónica, los que utilizan estas y otras plantas sagradas para tratar la adicción severa a drogas. Entre ellos destaca el Centro Takiwasi⁸ que funciona desde 1992 hasta la fecha, y es dirigido por el médico francés Jacques Mabit (21).

La psilocybina es el principio activo presente en más de 200 especies de hongos nativos de América del Sur, México y Estados Unidos, dentro de los cuales la especie más conocida corresponde a la *Psilocybe*⁹ (22).

Esta sustancia fue aislada y sintetizada por Albert Hofmann en 1958, y actualmente se sabe que estos hongos fueron utilizados por diversos pueblos como medio de comunicación con los dioses y para curar algunas enfermedades. Al respecto destacan los trabajos de Roger Gordon Wasson y su esposa Valentina Pavlovna sobre el

uso tradicional que tenían con estos hongos los nativos pertenecientes a la localidad mazateca de Huautla de Jiménez, en México. En 1955 la curandera María Sabina les permitió participar de una ceremonia del *teonanacatl*¹⁰, con lo que probablemente se convirtieron en los primeros blancos que pudieron participar de una jornada de estas características (1, 16, 17, 20).

Durante el último tiempo se están llevando a cabo estudios científicos que dan cuenta de sus beneficios como ansiolítico para personas con diagnóstico de cáncer terminal, y de su efectividad para tratamientos en adicciones. Es importante señalar que los pacientes con que trabajan en estas investigaciones, son personas que ya han intentado tratamientos con fármacos tradicionales y con psicoterapia, pero que no obtuvieron beneficios de ello. Al respecto, destacan las investigaciones que se están llevando a cabo en la New York University y en la Johns Hopkins de Estados Unidos, donde se han observado muy buenos resultados y una disminución considerable de la ansiedad de los pacientes que presentan un diagnóstico de alguna enfermedad terminal (23, 24, 25, 26).

La mescalina es el principio activo de cactus conocidos popularmente como Peyote (*Lophophora williamsii*) y San Pedro (*Trichocereus pachanoi*), y fue aislada por primera vez por el farmacólogo alemán Arthur Heffter en 1986 (16).

Sus usos se remontan a culturas aborígenes de Norteamérica, donde en sus ceremonias esta sustancia vehiculizaba la comunicación con los dioses y curaba enfermedades (16, 17, 20, 27).

En la década de 1920 se iniciaron investigaciones científicas con esta sustancia para tratamientos de trastornos psiquiátricos, las que se extendieron hasta su prohibición en los años `70, si bien ya habían demostrado su efectividad con varios pacientes (3, 27).

Sus primeros usos en medicina hacen referencia a la búsqueda del origen de la psicosis, ya que en los años `20 se sostenía la hipótesis de que estos trastornos eran generados por una sustancia tóxica endógena, la que parecía actuar de forma similar a la mescalina. Por ello diversos investigadores intentaban estudiar la psicosis

8 Para mayor información sobre estos tratamientos o sobre visitas que se pueden realizar para una purga y toma de plantas maestras se sugiere revisar la web (21).

9 Interesante y actualizada información sobre estos hongos se encuentra en el blog del libro "Psilocibes" editado por PhD José Carlos Bouso (22): <http://psilocibes.com/>

10 Este corresponde al nombre de estos hongos en nahuatl, el idioma azteca, y su significado puede traducirse como "hongo divino".

generando intoxicaciones a pacientes con esta sustancia, hasta que con el transcurrir del tiempo se dieron cuenta de que eran estados muy diferentes y no equiparables. Dichos estudios se enmarcan en el paradigma psicomimético¹¹, que postulaba que los estados de intoxicación debidos a una sustancia psicoactiva eran modelos para estudiar las psicosis (3, 27).

Actualmente el uso del Peyote se mantiene en pueblos originarios de México, los que lo consideran parte de su idiosincrasia y religiosidad. Además, esta cactácea es el elemento central de religiones nativas norteamericanas, las que se encuentran protegidas bajo la Ley de Libertad Religiosa de Estados Unidos que les permite utilizar estos cactus (16, 17, 20, 28).

Si se contrapone este breve recorrido histórico con la clasificación internacional que prohíbe estas drogas por no poseer un uso médico aceptado, aparecen varias incongruencias. Sobre ello, llama la atención que los estudios científicos y los usos terapéuticos de estas sustancias, tanto los de antaño como los actuales, dan cuenta de múltiples beneficios para tratar diversas dolencias, algunas de las cuales incluso no logran remitir con tratamientos tradicionales. Del mismo modo, llama la atención que muchas de las investigaciones que se están llevando a cabo, se realizan en Estados Unidos, y que es aquí también donde se autorizan usos de medicamentos elaborados con sustancias prohibidas.

Una vez que queda despejada la interrogante por el potencial terapéutico de estas sustancias, surge la pregunta por su capacidad para generar una relación de abuso, ya que este es otro aspecto que se considera para clasificarlas en la Lista I. Al respecto, el NIDA señala que se abusa de las sustancias justamente porque son psicoactivas, y que el potencial de abuso se refiere a la posibilidad de que una droga sea tomada por razones, formas o cantidades no indicadas por un médico, o que sea tomada por alguien que no corresponde al paciente a quien se le prescribe la droga¹² (29).

Resulta interesante detenerse en este punto para destacar que el posible abuso está referido a un uso no prescrito o no autorizado, y no sólo a la situación hipotética de ingesta de una cantidad "excesiva" de alguna droga, como podría pensarse en un primer momento. Esto también queda evidenciado en la etimología de la palabra "abuso", que viene del latín *abusus*, y que significa "uso indebido". Esta explicación ayuda a comprender que la regulación de estas drogas establece que corresponde a algo "debido" o "indebido", y que no establece estos límites sólo con el objetivo de evitar sobredosis. En este sentido, se podría considerar que un abuso de drogas también corresponde al uso indebido que un paciente puede hacer con los medicamentos que le prescribe su médico, no sólo tomando mayor cantidad, sino que también tomando menos o en un orden distinto al recetado.

Además el NIDA asocia el potencial de abuso con el riesgo de adicción o dependencia que la sustancia pueda generar. Al respecto, cabe mencionar que en la actualidad pareciera haber consenso entre la mayoría de los estudios científicos sobre el bajo riesgo de adicción que las drogas aquí mencionadas conllevan, ya que consideran que no generan una dependencia física (1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 30).

En relación con la dependencia psicológica cabe mencionar que en términos generales se considera que cualquier sustancia puede potencialmente generar una dependencia psicológica, estado al que se le denomina a la necesidad psíquica de consumir, aunque no haya un compromiso físico asociado. Al respecto cabe destacar que esta categoría diagnóstica se podría estipular en relación a cualquier objeto, actividad, persona o droga que gatille estas sensaciones. En este sentido, es importante destacar que la posibilidad de generar una dependencia psicológica no es una cualidad que resida en una droga en sí, como una especie de esencia constituyente, sino que corresponde a un modo de relación que puede establecer cualquier persona con cualquier instancia.

Además, esta dependencia psicológica podría explicarse como un estado principalmente ansioso que acontece ligado al cese del consumo de aquello que opera como un estabilizador de alguna situación. En este contexto, si se interrumpe o disminuye la relación habitual establecida con aquello que estabiliza, se entiende que

11 Respecto de los distintos paradigmas que han enmarcado las investigaciones con uso de sustancias psicoactivas, se sugiere revisar el libro "Hacia una medicina psiquedélica" de Richard Yensen (3).

12 La explicación en inglés original tal como aparece en la web del NIDA indica que: "Some medications have psychoactive (mind-altering) properties and, because of that, are sometimes abused –that is, taken for reasons or in ways or amounts not intended by a doctor, or taken by someone other than the person for whom they are prescribed" (29).

pueda aparecer un estado de ansiedad como consecuencia, por lo que esta situación resulta comprensible.

Sin embargo, que resulte comprensible tampoco significa que ciertos modos ansiógenos de relación con objetos, actividades, personas o drogas no sean un campo de preocupación para el ámbito de la salud mental, sino que muy por el contrario, lo son. Por ello, corresponde evaluar caso a caso lo que sucede en esa relación con esa instancia estabilizadora, pero no necesariamente para terminar con ella, sino que más bien para observar qué hay ahí, con el objetivo de que la persona pueda decidir si quiere mantenerla o modificarla. En definitiva, para que vea qué tanto le acomoda.

En este recorrido, que intenta esclarecer la pregunta por el potencial de abuso de una sustancia, tampoco se puede olvidar el placer que muchas de ellas conllevan para sus usuarios, sobre todo considerando que el NIDA explica los abusos de drogas como consecuencia de su cualidad psicoactiva, es decir, debido a su capacidad de alterar la mente. Este aspecto es fundamental para la comprensión de la relación que establece una persona con una droga, relación que podría parecer “abusiva” en casos en que no cumpla con las normas internacionales establecidas, pero donde quizás no haya más que un sustento de placer sin tantos riesgos para la salud. Esto significa que en una búsqueda de placer, un usuario de drogas podría “abusar” de ella en la medida en que la utilice de una forma “indebida”, de acuerdo con las normas internacionales, pero que desde un enfoque de salud esa forma de uso podría resultar placentera, terapéutica e incluso inocua respecto de posibles riesgos o daños. Todo ello se podría evaluar considerando el tipo de sustancia, su pureza, su dosificación, vía de consumo, frecuencia, mezcla con otras drogas, experiencias previas con esa u otras drogas, efectos deseados y no deseados asociados al consumo, antecedentes de trastornos médicos y psiquiátricos, estado emocional de la persona al momento de consumir, características del ambiente en que se ingiere, entre otros, ya que todos estos aspectos determinarán los posibles riesgos o daños que podrían acompañar ese consumo (31).

Por ello, el deseo de consumir una sustancia que conlleva un objetivo terapéutico también podría ser visto como una relación “abusiva” con esa droga, en la medida en que no cumpla con las normas internacionales, si bien ese consumo podría conllevar beneficios para

la salud física y/o mental. Este punto es de vital importancia, ya que significa que pueden chocar gestiones terapéuticas individuales con intereses de instancias reguladoras, lo que puede coartar la libertad individual asociada a la salud y a la elección de las mejores posibilidades para alcanzarla.

Bajo estas condiciones expuestas, es difícil no preguntarse por las motivaciones que sostienen estas normativas en vigencia. Quizás en esta búsqueda de respuestas alguien podría pensar que la posible toxicidad de estas sustancias es lo que finalmente las mantiene en la Lista I. Sin embargo, es importante destacar que esto no aparece mencionado como criterio de clasificación en estas Listas. Además, sin siquiera mencionar algo sobre los posibles niveles de toxicidad de cada una de estas drogas, este criterio resulta insostenible para clasificarlas, ya que nunca ha sido un impedimento para la venta legal de sustancias. Para ello, sólo basta recordar que drogas como la nicotina, el alcohol y las benzodiazepinas cuentan con un fácil acceso en el mercado, si bien presentan importantes niveles de toxicidad e incluso de dependencia física, lo que no ocurre con las sustancias aquí presentadas (1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 30).

Una vez que esto queda al descubierto, surgen nuevamente las preguntas: ¿por qué las sustancias aquí presentadas se encuentran en la Lista I? Y ¿por qué esto se mantiene vigente a nivel internacional?

Si intentamos encontrar estas respuestas, al parecer habría que buscarlas en el desarrollo histórico de la prohibición de estas drogas, ejercicio que da cuenta de fenómenos sociales, políticos y económicos ligados a ello. Al respecto, diversos autores han documentado la aparición y despliegue de políticas prohibicionistas ligadas a estos aspectos, y no asociados a temas concernientes a la salud de la población. En este sentido, la historia evidencia que la prohibición de estas sustancias no tiene que ver con una falta de beneficios para la salud, ni con riesgos de generar adicciones ni con posibles efectos tóxicos para el organismo (32, 33, 34).

Lo que esta historia también documenta, es que estas sustancias parecieran ser efectivas para el tratamiento de diversas enfermedades, ya que en varias oportunidades han posibilitado mejoría en diversas personas, e incluso han llegado a mostrar una mayor efectividad

en comparación con otros tratamientos farmacológicos autorizados por la misma normativa.

Además pareciera importante destacar que la mayoría de las investigaciones y tratamientos llevados a cabo con las sustancias aquí presentadas, se han realizado en Estados Unidos, en renombradas instituciones universitarias y médicas, y que sus resultados se encuentran disponibles para el público en diversas webs y revistas de divulgación científica. Este aspecto da cuenta de la seriedad con que se ha manejado el tema por parte de los científicos y terapeutas interesados en estas sustancias, que bajo el alero de las mismas instancias prohibitivas han podido investigarlas.

Del mismo modo, esta historia da cuenta de que mientras esta clasificación internacional se mantenga vigente, las sustancias aquí presentadas no podrán estar al alcance de cualquier paciente que las requiera, lo que significa que sus beneficios terapéuticos resultan inalcanzables para la población general. Esta situación es muy preocupante, no sólo para los pacientes que requieran de ellas, sino que también para los profesionales de la salud que con este estado actual de la normativa internacional no logran administrar y ofrecer todas las alternativas efectivas a la población.

Por ello, pareciera que el aspecto más preocupante de esta normativa clasificatoria de sustancias no es su falta de coherencia y sustento científico, tal como hasta ahora se ha expuesto, sino que quizás su gravedad reside en que al prohibir el acceso a drogas que podrían ser terapéuticas se atenta contra la salud de las personas. En este sentido, se podría suponer que si existe una medicina efectiva para alguna enfermedad o sufrimiento, esta tenga que ser accesible de forma inmediata para cualquier ciudadano, del mismo modo que se podría suponer que los profesionales de la salud y el Estado deban hacer todo lo posible por mitigarla.

Pero "suponer" es demasiado, ya que la historia nos recuerda que con esta normativa se atenta no sólo contra la salud, sino que también contra los Derechos Humanos de las personas, pero sobre todo de los pacientes que podrían necesitar de estas sustancias. Quizás lo más difícil de entender tenga que ver con esto, con este atropello internacional y cotidiano al que nuestro país adscribe, y del que somos parte integrante como muchos testigos partícipes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hofmann A. *La historia del LSD. Cómo descubrí el ácido y qué pasó después en el mundo*. Barcelona: Gedisa Editorial; 2006.
2. Grof S. *Psicoterapia con LSD. El potencial curativo de la medicina psiquedélica*. Barcelona: La liebre de marzo; 2005.
3. Yensen R. *Hacia una medicina psiquedélica. Reflexiones sobre el uso de enteógenos en psicoterapia*. Barcelona: Los libros de la liebre de marzo; 1998.
4. *Drugs fact sheet [Internet]*. Washington: Drug Enforcement Administration; s/f (DEA). (consulta el 28 de mayo de 2013). Disponible en: http://www.justice.gov/dea/druginfo/all_fact_sheets.pdf
5. Bouso J. *Qué son las drogas de síntesis*. Barcelona: RBA Libros; 2003.
6. *MDMA/PTSD U.S.Study (Veterans of War) [Internet]*. Santa Cruz: Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies (MAPS); 2013 [Consulta el 28 de mayo de 2013]. Disponible en: http://www.maps.org/research/mdma/mdma_ptsd_u.s._study_veterans_of_war/
7. *Treating PTSD with MDMA-Assisted Psychotherapy [Internet]*. Santa Cruz: Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies (MAPS); 2013 [Consulta el 28 de mayo de 2013]. Disponible en: <http://www.md-maptsd.org/>
8. Colectivo Interzona, editor. *Cannabis*. Madrid: Amargord Ediciones; 2005.
9. Grotenhermen F. *Cannabis como medicamento. Guía práctica para el uso del cannabis y del dronabinol*. Madrid: Cábano Ediciones; 2008.
10. Grotenhermen F, Russo E, Navarrete R, editores. *Cannabis y cannabinoides. Farmacología, toxicología y potencial terapéutico*. Barcelona: Castellarte; 2003.
11. Sociedad Española de Investigación sobre Cannabinoides (SEIC). *Actualización sobre el potencial tera-*

- péutico de los cannabinoides. España: Universidad Complutense de Madrid; 2009.*
12. *Research Medical marijuana Multidisciplinary [Internet]. Santa Cruz: Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies (MAPS); 2013 [Consulta el 28 de mayo de 2013]. Disponible en: <http://www.maps.org/research/mmj/>*
 13. *Cannabis International [Internet]. William Cortney & Kirsten Courtney; s/f [Consulta el 28 de mayo de 2013]. Disponible en: <http://www.cannabisinternational.org/>*
 14. *Energy Control [Internet]. Barcelona: Energy Control; 2013 [Consulta el 28 mayo de 2013]. Disponible en: <http://energycontrol.org/infodrogas/otras/ghb.html>*
 15. *Erowid [Internet]. [acceso 28 mayo de 2013]. Disponible en: http://www.erowid.org/chemicals/ghb/ghb_research.shtml*
 16. *Ott J. Pharcotheon. Drogas enteogénicas, sus fuentes vegetales y su historia. Barcelona: La liebre de marzo; 2011.*
 17. *Rätsch, C. The Encyclopedia of Psychoactive Plants. Ethnopharmacology and its Applications. Vermont: Park Street Press; 2005.*
 18. *Bouso J, editor. Ayahuasca. Scientific Literature Overview. Barcelona: International Center for Ethnobotanical Education, Research & Service (ICEERS); 2010.*
 19. *Naranjo C. Ayahuasca. La enredadera del río celestial. Barcelona: Ediciones La llave; 2012.*
 20. *Schultes R, Hofmann A. Plantas de los dioses. Orígenes del uso de los alucinógenos. México: Fondo de Cultura Económica; 2008.*
 21. *Centro Takiwasi [Internet]. Tarapoto: Centro Takiwasi; 2013 [Consulta el 28 mayo de 2013]. Disponible en: <http://www.takiwasi.com/>*
 22. *Bouso J. editor. Psilocibes. Historia, farmacología, iconografía, usos terapéuticos, efectos, reflexiones, identificación, referentes culturales y aspectos legales. Madrid: Ultrarradio Ediciones; 2013.*
 23. *Research LSD & Psilocybin Assisted Therapy for Anxiety [Internet]. Santa Cruz: Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies (MAPS); 2013 [Consulta el 28 de mayo de 2013]. Disponible en: <http://www.maps.org/research/psilo-lsd/>*
 24. *Clinical Study Protocol. Psilocybin-assisted Psychotherapy in the Management of Anxiety Associated with Stage IV Melanoma [Internet]. Santa Cruz: Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies (MAPS); 2013 [Consulta el 28 de mayo de 2013]. Disponible en: <http://www.maps.org/research/cluster/psilo-lsd/pca1protocol.pdf>*
 25. *Psilocybin Cancer Anxiety Study [Internet]. Nueva York: New York University; 2011 [Consulta el 28 mayo de 2013]. Disponible en: <http://www.nyucanceranxiety.org/index.html>*
 26. *Psilocybin Cancer Project [Internet]. Baltimore: Johns Hopkins; 2009 [Consulta el 28 mayo de 2013]. Disponible en: <http://www.bpru.org/cancer-studies/>*
 27. *Anderson E. Peyote. El cactus divino. Barcelona: Laertes Ediciones; 2007.*
 28. *Oklevueha Native American Church [Internet]. 2013 [Consulta el 28 mayo de 2013]. Disponible en: <http://nativeamericanchurches.org/>*
 29. *Prescription Drugs [Internet]. National Institute on Drug Abuse (NIDA); 2012 [Consulta el 28 mayo de 2013]. Disponible en: <http://www.drugabuse.gov/drugs-abuse/prescription-drugs>*
 30. *Snyder S. Drugs and the brain. New York: Scientific American Library; 1999.*
 31. *Ott J. Pharmacophilia o Los Paraísos Naturales. Barcelona: Phantastica; 1998.*
 32. *Escohotado A. Historia general de las drogas. Madrid: Espasa; 2008.*
 33. *Fernández M. Drogas en Chile. 1900 – 1970. Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado; 2011.*
 34. *Fernández, M. Bebidas alcohólicas en Chile. Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado; 2010.*