

# Psicodélicos y muerte digna. Uso de sustancias psicodélicas al final de la vida

Psicodélicos e morte digna. O uso de psicodélicos no final da vida

Psychedelics and dignified death. Use of psychedelic substances at the end of life

Como citar: Vinasco Barco JA. Psicodélicos y muerte digna. Uso de sustancias psicodélicas al final de la vida. *Av Enferm.* 2020;38(3):369-379.  
DOI: <http://doi.org/10.15446/av.enferm.v38n3.80713>

## 1 Jaime Andrés Vinasco Barco

Can Benet Vives, Fundació Josep Maria Fericgla (Tordera, Catalunya, España).  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9076-5207>  
Correo electrónico: [jailau52@gmail.com](mailto:jailau52@gmail.com)

Contribución: participó en todo el proceso de elaboración del artículo.

DOI: <http://doi.org/10.15446/av.enferm.v38n3.80713>

Recibido: 27/06/2019 Aceptado: 19/01/2020

ISSN (IMPRESO): 0121-4500  
ISSN (EN LÍNEA): 2346-0261



## Resumen

**Objetivo:** repensar el potencial de los psicodélicos para la construcción de un marco psicoespiritual al final de la vida.

**Síntesis del contenido:** con las recientes investigaciones que reafirman el potencial de los psicodélicos para lograr experiencias místicas, estáticas y de trascendencia, los diferentes enfoques de atención al paciente moribundo se están enfrentando a una resurgente y revalidada terapia psicodélica y a un emergente paradigma psicoespiritual que procura una muerte digna, atendiendo trastornos psicológicos del final de la vida como la ansiedad, la depresión e incluso el miedo a la misma muerte. La terapia con psicodélicos favorece la construcción de un marco psicoespiritual en el moribundo, el cual está asociado a una mejor protección contra la depresión, la desesperanza, la desmoralización e incluso el deseo de una muerte acelerada.

**Conclusiones:** entre las variables del marco de una muerte digna destaca la autonomía que tiene el moribundo para elegir qué hacer o no hacer con su cuerpo, su enfermedad o el final de su vida. Aquí se expone la necesidad de considerar el uso de psicodélicos para ayudar al moribundo a afrontar su deceso con paz, coraje y, sobre todo, dignidad.

**Descriptor:** Psicodélicos; Derecho a Morir; Actitud Frente a la Muerte; Salud Mental; Espiritualidad (fuente: DECS, BIREME).

## Resumo

**Objetivo:** repensar o potencial do uso de psicodélicos para a construção de uma estrutura psicoespiritual no final da vida.

**Síntese de conteúdo:** com as pesquisas mais recentes que confirmam o potencial do uso de psicodélicos para atingir experiências místicas, estáticas e transcendentais, as diferentes abordagens para o cuidado do paciente moribundo trazem uma resurgente e revalidada terapia com o uso de psicodélicos e um paradigma psicoespiritual emergente que procura uma morte digna, atendendo transtornos psicológicos no final da vida como a ansiedade, a depressão e, inclusive, o medo da própria morte. Essa terapia favorece a construção de uma estrutura psicoespiritual no paciente moribundo que está ligada a uma melhor proteção contra a depressão, a perda da esperança, a desmoralização e até o desejo de uma morte acelerada.

**Conclusões:** entre as variáveis no contexto de uma morte digna destaca-se a autonomia do moribundo para eleger o que fazer ou não com seu corpo, com a doença e com o final da vida. Neste trabalho, é exposta a necessidade de considerar o uso de psicodélicos para ajudar o moribundo a encarar sua morte em paz, coragem e, principalmente, com dignidade.

**Descritores:** Psicodélicos; Direito de Morrer; Atitude ante a Morte; Saúde Mental, Espiritualidade (fonte: DECS, BIREME).

## Abstract

**Objective:** To rethink the potential of psychedelics for the construction of a psycho-spiritual framework at the end of life.

**Content synthesis:** With the recent studies that re-confirm the potential of psychedelics to get mystical, static and transcendent experiences, the different approaches to attention at dying patients are facing a resurgent and revalidated psychedelic therapy and an emerging psycho-spiritual paradigm that seeks a dignified death, attending psychological end-of-life disorders such as anxiety, depression and even fear of death itself. Psychedelic therapy favors the construction of a psycho-spiritual framework in the dying person, which is associated with a better protection against depression, despair, demoralization, and even the desire for an accelerated death.

**Conclusions:** The autonomy of the dying person to choose what to do or not to do with his body, illness or the end of his life is a prominent issue among the variables in the framework of a dignified death. This work exposes the need to consider the use of psychedelics in order to help the dying patient face their decease with peace, courage and, above all, dignity.

**Descriptors:** Psychedelics; Right to Die; Attitude to Death; Mental Health; Spirituality (source: DECS, BIREME).

## Introducción

Con una creciente consciencia acerca del sufrimiento psicoespiritual al final de la vida (1), en los últimos años ha sido posible obtener la aprobación regulatoria y los fondos necesarios para resucitar las terapias psicodélicas en pacientes moribundos (también las necesarias discusiones éticas y científicas para finalmente hacer efectivo el derecho a morir con dignidad) (1). Actualmente se están realizando investigaciones y terapias psicodélicas en universidades como Harvard, Johns Hopkins, Universidad de California (UCLA y UCSF), New York University, Imperial College London y la Universitat Autònoma de Barcelona (2). Así mismo, en países como Colombia se están llevando a cabo las reglamentaciones pertinentes para los procedimientos de eutanasia, ortotanasia y distanasia, incluso para menores de edad.

Si bien en las últimas décadas se han producido mejoras en los cuidados al final de vida con el desarrollo del movimiento de hospicios y el campo de la medicina paliativa, está claro que incluso con estos innovadores enfoques muchas personas pasan por la fase final de sus vidas con altos niveles de ansiedad, miedo, depresión y sustancial desmoralización (1). Esto ha sido clave para recuperar la atención sobre el potencial de los psicodélicos para la salud mental al final de la vida y un factor decisivo para que las sociedades más compasivas, como alternativa o solución, ofrezcan a los moribundos la posibilidad de elegir entre procedimientos como la eutanasia (aceleración de la muerte), la distanasia (prolongación de la muerte) o la ortotanasia (muerte natural sin aceleraciones ni prolongaciones).

Desde el campo de la investigación psicodélica, y tras décadas de estudios truncados por una legislación restrictiva que respondía al uso no supervisado de sustancias como la LSD, la psilocibina y la MDMA (realizado por las jóvenes generaciones de la década de los 60 y además difundido por medios sensacionalistas) (2), grandes investigadores del actual "Psychedelic Hall of Fame"<sup>1</sup> y asociaciones como Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies (MAPS), EROWID y Bluelight empiezan

a plantearse que estamos frente a un emergente paradigma médico psicoespiritual, el cual tiene su base en recientes investigaciones que evidencian el potencial de los psicodélicos para lograr verdaderas experiencias místicas, estáticas y de trascendencia, pero sobre todo para resolver trastornos psicológicos al final de la vida como la ansiedad, la depresión e incluso el miedo a la misma muerte (3, 4).

Actualmente, los psicodélicos son usados en estos campos, pero, además, como remedadores de psicosis o psicomiméticos (5, 6); aunque más valioso que eso, como remedadores o reveladores de la muerte (en un tipo de entrenamiento psicoespiritual para la muerte), que también podría llamarse terapia tanatomimética o tanatodélica, respectivamente. En cuanto a estas terapias y la práctica de procedimientos como la eutanasia, ortotanasia y distanasia —todos ellos procedimientos alternativos o "solución" a los padecimientos al final de la vida—, algunas autoridades científicas con suficiente respaldo empírico (por ejemplo, Grob, Bossis y Griffiths) aseguran que contribuyen a un mayor bienestar psicoespiritual, una mejor protección contra la depresión, la desesperanza, la desmoralización e incluso el deseo de una muerte acelerada (1).

Esta relación entre psicodélicos y procedimientos para acelerar, prolongar o mantener el cauce natural de la muerte, así como el argumento de que "el modelo de tratamiento con psicodélicos es el único enfoque que tienen las ciencias del comportamiento para generar experiencias que promuevan el bienestar espiritual y la reducción de la ansiedad y el miedo ante la muerte" (1, p. 298), serán los ejes fundamentales de la reflexión de estas líneas y los planteamientos para evidenciar tanto que los psicodélicos ayudan con el dolor existencial y espiritual ante el inminente final de la vida, como que estas mismas sustancias, que facilitan un cambio radical de la consciencia, podrían interferir, incluso, en el deseo profundo de una muerte acelerada.

## Precisiones conceptuales

Nunca inoportuno ha sido el estilo de los autores clásicos que, antes de empezar a desarrollar cualquier tema, puntualizaban el sentido de los términos que iban a utilizar. No obstante, considerando las limitaciones editoriales para la extensión de

1 Stanislav Grof, James Fadiman, William Richards, David Nichols, Rick Doblin, Anthony Bossis, Amanda Feilding, Torsten Passie, Jordi Riba, Roland Griffiths, Alicia Danforth, Paul Stamets, Dennis McKenna, Charles Grob y Rick Strassman, entre otros.

este artículo, a continuación se precisa solamente la etimología de los siguientes términos:<sup>2</sup>

### **Eutanasia**

La palabra *tánatos* viene del griego *thánatos*, que significa muerte (esta se usa como prefijo, sufijo o raíz). La palabra eu-*tanasia* viene del griego *eu*, que significa bien, y junto a *thánatos* viene a significar “buena muerte” o, en sentido estricto, “muerte piadosa o por compasión, que se provoca voluntariamente, por actos u omisiones”.

### **Ortotanasia**

El prefijo *orto* viene del vocablo griego *orthos*, que significa recto y ajustado a la razón. La palabra ortotanasia se refiere a una muerte natural, a su debido tiempo, sin abreviaciones ni prolongaciones desproporcionadas, o, en otras palabras, a dejar morir.

### **Distanasia**

El prefijo *dis* viene del vocablo griego *dys*, que significa dificultad. La palabra distanasia (también relacionada con el encarnizamiento, obstinación o ensañamiento terapéutico) se refiere al empleo de todos los medios posibles, sean proporcionados o no, para combatir la muerte y prolongar la vida a cualquier precio.

### **Tanatógeno**

El sufijo *geno* viene del vocablo griego *genos*, que significa engendrar o producir. La palabra tanatógeno alude en principio a sustancias letales, mortíferas o inductoras de la muerte. En medicina, para prácticas de eutanasia se utilizan principalmente como tanatógenos los barbitúricos y los opioides.

### **Tanatodélico**

El sufijo *délico* viene del vocablo griego *delos*, que significa visibilidad, manifestación o revelación. La palabra tanatodélico se refiere en principio a las sustancias que facilitan la visibilidad de la muerte o el tránsito hacia ella. Un claro ejemplo del uso de una de ellas, la LSD, puede leerse en los textos que hablan de la muerte del mundialmente reconocido intelectual y filósofo inglés Aldous Huxley.

<sup>2</sup> Las precisiones conceptuales y etimológicas que se articulan en este apartado están hechas con base en el Diccionario Etimológico Español en Línea (DEEL) y su sección de prefijos, raíces y sufijos griegos (7).

### **Tanatodélico**

El sufijo *mimesis* viene del vocablo griego *mimesis*, que significa imitar. La palabra tanatodélico se refiere en principio a sustancias que remedan, imitan o simulan la muerte. En este estatus se encuentra el brebaje amazónico “ayahuasca”, decocción hecha principalmente con las plantas *Psychotria viridis* y *Banisteriopsis caapi*.

### **Planteamiento**

El uso de sustancias psicodélicas es milenario y contemporáneo (8). Estas son poderosos compuestos que expanden la consciencia y que, en distintas partes del mundo, en diferentes rituales y contextos, han sido utilizados en procesos de sanación, ritos de paso, misterios de muerte y renacimiento, entre otros (2). Los más conocidos psicodélicos naturales son el peyote (*Lophophora williamsii*), los hongos psicodélicos (*Psilocybe cubensis*), el ololiuqui (*Rivea corymbosa*), la ayahuasca (*Banisteriopsis caapi*), la salvia (*Salvia divinorum*), el iboga (*Tabernanthe iboga*), el san Pedro (*Echinopsis pachanoi*) y algunos rapés psicodélicos como el *Virola* o la *Anadenanthera peregrina* (yopo). En cuanto a los psicodélicos sintéticos, los más conocidos son la dietilamida del ácido lisérgico (LSD), la dimetiltripramina (DMT), la 3,4-metilendioxi metanfetamina (MDMA), la ketamina (clorhidrato) y las fenetilaminas de la familia 2-C, como el 2-CB, 2C-I y 2C-E.

De forma lenta, pero segura, en los últimos años la terapia con psicodélicos vuelve y se asoma en los hospitales e institutos de investigación de Suiza, Australia, Inglaterra, España y Estados Unidos (9). Se evidencia así, por ejemplo, la terapia con psilocibina, ayahuasca y ketamina para tratar los estados depresivos severos (aquellos con tendencia suicida, por ejemplo), la terapia con salvia y psilocibina para tratar dependencias a la heroína, el alcohol, el tabaco u otras drogas de carácter estatal (medicamentos psiquiátricos), la LSD, psilocibina y MDMA para tratar pacientes con enfermedades terminales (para la ansiedad y la depresión inducidas por la muerte inminente) (9) y, a tenor con lo que nos convoca, la ayahuasca y la psilocibina para causar experiencias espirituales que son significativas en la mayoría de las personas sanas (1, 8, 10).

Con una evidencia científica clara acerca del sufrimiento psicoespiritual al final de la vida (1), se observa que desde poco antes del cambio de milenio, el Occidente conservador y tanatofóbico

está haciendo reanimación a este tipo de terapias. Por lo tanto, parece que la verdadera angustia y el sufrimiento que padecen las personas en su proceso de fenecer ahora se está atendiendo con los paradigmas que ponen atención en los problemas físicos, sociales y psicoespirituales de los moribundos (1, 8, 11), pero conjuntamente con terapias psicodélicas que, además de mitigar la ansiedad, el miedo y la depresión que induce el óbito, facilitan en las personas experiencias que, incluso, alcanzan a enriquecer la vida misma, hasta el punto en que el deseo de una muerte acelerada se replantea o inclusive tiende a desaparecer (1).

Para una población de personas que lucha con abrumadores niveles de ansiedad existencial y sustancial desmoralización —de hecho, Breitbart *et al.* argumentan que no hay mayor crisis existencial que enfrentar la propia muerte (12)—, la experiencia con psicodélicos puede tener la capacidad de reinfundir sentido, significado y propósito a la vida, incluso cuando esta se está culminando (1). El objetivo y el resultado de esto es transformar la ansiedad, la desesperación y la desesperanza en nuevas formas de explorar la relación con uno mismo y los demás, y promover el bienestar emocional y espiritual que puede encontrarse, incluso, en el último momento, en el último aliento, o de cara a la muerte (1, 10)<sup>3</sup>.

Según Grob *et al.* (1, 10), en estudios recientes de la Johns Hopkins University, autoridades vigentes en terapia psicodélica revelan que, en condiciones cuidadosamente controladas, las dosis altas de psilocibina (30 mg/70 kg) causan experiencias personales y espirituales en la mayoría de los participantes (1, 10, 14). Junto a ello, estos autores también evidencian que los psicodélicos generan: a) mejora del bienestar psicoespiritual y existencial; b) capacidad de replantear emocional y cognitivamente el impacto de la enfermedad, la agonía y la muerte; c) mayor capacidad para apreciar el tiempo de vida; d) mayor aprecio y experiencia de conexión con lo sagrado, la naturaleza, las relaciones y la familia; e) capacidad de atender asuntos pendientes; f) la posibilidad de conceptualizar la muerte no como “el fin” sino como una transición de la consciencia; g) mayor sentido de significado y propósito; y h) mayor aceptación y paz con la muerte (1).

3 Víctor Frankl, uno de los fundadores del movimiento psiquiátrico existencial y sobreviviente de Auschwitz, enfatizó que el significado de la vida puede encontrarse en el último momento de existencia, incluso ante la muerte (13).

Si resulta difícil discutir a nivel institucional el cannabis medicinal aun para enfermos crónicos, mucho más difícil es discutir el asunto de los psicodélicos para enfermos terminales (menos con desinformados que fácilmente los confundirán con luces estroboscópicas de discotecas) (9). No obstante, en cualquier caso, es necesario preparar el camino para ello y, ante todo, recordar que: i) el moribundo tiene derecho a información científica para la toma de decisiones sobre su tratamiento y final de vida (15), ii) el cuidador profesional (médico, enfermero, psiquiatra, etc.) tiene el deber de estudiar, comprender, gestionar y ejecutar un cuidado basado en la evidencia científica disponible, y iii) “el cuidado al final de la vida”, en los últimos años, ha sido cuestionado por la falta de consenso sobre lo que significa muerte digna.

## Distanasia

El asombroso avance de la ciencia médica en las últimas décadas ha permitido brindar la esperanza de prolongar la vida a muchos enfermos (16). Sin embargo, esa prolongación no siempre se lleva a cabo con calidad y —esa forma de actuación tecnificada y rígida— confronta nuestros valores morales y agravia en gran medida los aspectos psicológicos, familiares, sociales y espirituales del paciente moribundo (17). Este enfoque de atención ha recibido diversos apelativos como distanasia, muerte dolorosa, agonía prolongada e incluso encarnizamiento terapéutico. Esto porque el objetivo es seguir luchando a toda costa para evitar el final de la vida (o dificultar el morir), incluso desde unidades de terapia intensiva, lejos de familiares o amigos, con sensación de abandono y bajo el uso de sondas, agujas, catéteres y aparatos que generan una muerte artificializada, además considerada por muchos como algo poco digno (16).

La razón de este enfoque no se encuentra solamente en la tecnificación referida o en la promesa de la ciencia de alargar nuestro ineludible final (18) —incluso a veces ilusionando a muchos con la crionización de los cuerpos esperando resucitar algún día—, sino que también tiene su base en el narcisismo del profesional que ve en toda muerte un fracaso o una derrota que es no digna de aceptarse (16), o en la pobreza espiritual del moribundo que se aferra penosamente a algunos meses o semanas de vida. Pero como se pregunta el tanatólogo Fericgla:

“¿Por qué concebimos la muerte como fracaso, si es algo ineludible, inclu-

so deseable a partir de cierta edad y cuando el estado físico y/o mental del sujeto ha decaído tanto que no merece la pena seguir viviendo? ¿No sería mejor y de más sentido común ayudar a los moribundos a concluir su paso por el mundo en lugar de interrumpirles su proceso natural de fenecer?" (18, p. 44-45).

A estas preguntas los antropólogos sociales responden que es porque en "Occidente la muerte ha pasado de ser un acontecimiento natural y social a ser asumido como algo vergonzoso e individual que quiere ser evitado a toda costa" (19, p. 24); los antropólogos de la salud que es porque en este hemisferio del mundo "los grupos sociales actuales hemos desarrollado rituales de evitación y ocultamiento de la muerte, incluso desarrollando rituales para reducir la muerte a enfermedad" (20, p. 153); los historiadores y escritores que es porque en el Occidente contemporáneo la muerte se ha legitimado, oficializado y reconocido en los hospitales más que en las casas para que el moribundo no sufra o no tenga miedo a morir sin atención (21), entre otras afirmaciones.

En cualquier caso, como menciona Fericgla:

"La visión de la propia muerte en Occidente está dividida básicamente en dos grandes tipos de reacción: a) aquellos que luchan contra el final ineludible de la vida incluso defendiendo la enunciada distansia, y b) aquellos que no quieren saber nada del óbito, niegan la muerte, o giran su mirada en otra dirección, argumentando que es mejor que la muerte los sorprenda cuando se encuentren durmiendo. Ante estas visiones del óbito, los especialistas de la muerte argumentan que tampoco es para tanto" (18, p. 39).

O como afirma Blackman: "La muerte es un tránsito sobre el que es posible tener cierto control, y una profunda transformación que puede acabar de diferentes maneras y, para que acabe bien, uno debe prepararse con suficiente anterioridad" (22, p. 108).

Por todo lo anterior es que aquí se presenta la necesidad de repensar el proceso de muerte y las terapias psicodélicas que permiten a las personas tener experiencias subjetivas de lo numinoso, lo espiritual e inclusive de la misma muerte (18). Con esto

se promueve una concepción de la muerte mucho más acorde a la naturaleza humana; la creación de acontecimientos sagrados que vienen a enriquecer la vida misma; la promoción de recursos existenciales fundamentales para ayudar al moribundo a reconciliarse con su pasado, su presente y su futuro; la práctica de experiencias espirituales de apertura a lo inefable y, lo más meritorio, las imitaciones o revelaciones de la muerte, para ayudar a que la muerte real se convierta en su momento en una repetición de menor importancia (23).

## Ortotanasia

El término ortotanasia se refiere a la no utilización de procedimientos innecesarios e inhumanos para superar el proceso de fenecer. No se relaciona con negligencia o abandono del paciente, pero sí con un proceso que se caracteriza por la abstención o limitación de los esfuerzos terapéuticos (LET). En términos generales, la ortotanasia se rige por la humanización de los cuidados, los cuales se encaminan a brindar calidad de vida y muerte a los pacientes. La Organización Mundial de la Salud (OMS) encarga esta tarea a los cuidados paliativos, a los que define, por un lado, como los que promueven la calidad de vida de pacientes y familiares ante cualquier enfermedad amenazadora de la vida y, por otro, como los que gestionan un impecable tratamiento del dolor y otras situaciones angustiosas de naturaleza física, psicosocial o espiritual ante el inminente final de la vida (24).

Además de propender por ese cuidado pleno y humano, los cuidados paliativos también procuran rescatar la dignidad del paciente en su final, respetando su autonomía y priorizando el principio de la no maleficencia como medio para evitar la "obstinación del equipo terapéutico" (la distansia). Para respaldar estas acciones, los comités de medicina han legitimado documentos que permiten suspender los procedimientos que innecesariamente prolongan la vida y justificado el pliego de cuidados necesarios para el alivio del sufrimiento, en la perspectiva de una asistencia integral, respetando la voluntad del paciente o de su representante legal (24). A pesar de lo dicho, se reconoce que esa práctica, aunque respaldada legalmente, no prevalece en los hospitales por la resistencia social, cultural y la formación académica de muchos profesionales (17). Esto vuelve a poner de manifiesto la necesidad de entender la finitud humana como algo natural y la dignidad y voluntad del moribundo como algo simplemente innegociable.

Para lograr coherencia entre la teoría y la práctica de los cuidados paliativos, es necesario que el equipo multidisciplinario entienda a profundidad y con compasión los fundamentos filosóficos y científicos del cuidado al final de la vida. Esto significa comprender la importancia de eliminar la angustia terminal combinando ciencia sólida y un marco de atención sensible y psicoespiritual (25); comprender que los factores espirituales y psicológicos del moribundo influyen de manera determinante en el “dolor total” del mismo (26); y conocer que los factores psicoespirituales del moribundo están relacionados con una “falta de significado”, y que esta puede ser inducida o reinfundida en una terapia intensiva mediada por psicodélicos (1, 10).

Aunque es usual que estas terapias al final de la vida generen rechazo y hasta pánico en muchos países, sobre todo aquellos conservadores, la espiritualidad como marco terapéutico tiene una importancia creciente y los cuidados paliativos ya comienzan a integrarla. Lo anterior se debe a que una rama de este enfoque ha entendido que la espiritualidad ayuda a solventar y mitigar el miedo a fenecer (ver, por ejemplo, el Mushroom Trial for Dying del St. Vincent's Hospital de Melbourne, Australia) y a que innovadoras terapias procuran restablecer la salud psicoespiritual del moribundo (e incluso de las personas sanas), abriendo espacio a lo numinoso, a la experiencia trascendental, a la búsqueda del sentido integrado, a responder preguntas espirituales y religiosas inherentes a la condición humana,<sup>4</sup> a recuperar el sentido último de la existencia y a preparar al individuo para aceptar y tener una buena muerte (ver, por ejemplo, los talleres impartidos por la Societat d'Etnopsicología Aplicada en Can Benet Vives) (27).

## Eutanasia

En los últimos años la medicina ha sido criticada por su exagerada tecnificación para prolongar la vida (distanasia) y la pérdida de su humanismo tradicional en la atención del proceso natural de fenecer (ortotanasia). Ante esto, existe un reclamo social en busca de una muerte digna, en el que la

4 En este artículo la religión se entiende como sistemas de creencias estructurados que abordan cuestiones universales y que pueden proporcionar un marco para dar sentido a las cuestiones fundamentales de significado (para expresar la espiritualidad). La espiritualidad, en cambio, es una categoría más amplia e inclusiva. Se entiende como “lo que le permite a una persona experimentar un significado trascendente en la vida” y “una búsqueda personal de sentido y propósito en la vida, que puede o no estar relacionada con la religión” (1).

medicina enfrenta una enorme disyuntiva que pone en tela de juicio sus fundamentos de cuidar la vida como el bien mayor de los seres humanos (16, 17). Según Garduño y Sánchez (16), la disyuntiva radica en que la mayoría de los profesionales entiende que morir con dignidad es morir rodeado de cariño y apoyo de los seres queridos, eliminando los síntomas molestos, sobre todo el dolor de la muerte, sin manipulaciones innecesarias, aceptando el óbito con serenidad y con la asistencia médica precisa y el apoyo espiritual, si se desea. Pocos profesionales relacionan esto con la posibilidad de elegir el momento de la muerte porque se sigue considerando que en este proceso el paciente tiene escasa o nula participación (16).

Permitir que el paciente muera digna y tranquilamente es un asunto que, ante todo, plantea cuestiones polémicas desde todo punto de vista bioético (además de que el concepto “muerte digna” está definido de manera diferente en cada país y por distintas instituciones). Esto porque mientras para algunos es pertinente la distanasia, y no actuar sobre el paciente significa un acto de omisión (ortotanasia), para otros sufrir agonías lentas es inútil (e inhumano) e incluso digno de que el moribundo lo interrumpa, acelerando su proceso de fenecer (eutanasia). Y es que en ese último punto (la eutanasia) muchas personas encuentran la solución al dolor físico o los padecimientos psicoespirituales al final de la vida. Sin embargo, por la resistencia social, cultural y los códigos y leyes de cada país, esto simplemente no se acepta, e incluso se sigue pensando que ante su propia muerte el paciente tiene muy poco o nada que opinar (16).

Pero como se cuestiona Fericgla: “¿Cuándo perdimos la capacidad para actuar volitivamente en el morir?” (18, p. 33). A esto, él mismo responde que:

“Fue con la difusión del cristianismo, en especial a partir del siglo VI, cuando se extendió la idea del monoteísmo, de un Dios único, dueño y señor absoluto de nuestra humana existencia, con lo que las personas quedaron sin el derecho a disponer libremente de su vida. La existencia pasó a ser propiedad divina y, por ejemplo, se empezó a penalizar el suicidio y a concebir que todo lo esencialmente bueno nos llega de fuera. Esta ideación determina el carácter básico del occidental medio que no suele buscar

poder personal sino aceptación pasiva ante la muerte, y, tal pasividad, incluye el llamado encarnizamiento médico, que significa que el equipo terapéutico decida cómo tratar o no tratar al moribundo" (18, p. 33-34).

Y es que es cierto que, basados en el cristianismo, muchos occidentales perdieron en cierto modo la dignidad a la hora de morir. Fenecer pasó a ser responsabilidad de las deidades, incluso bajo la creencia de que éstas manifiestan su voluntad divina a través de las manos de los médicos. Las personas dejaron de lidiar "para obtener el máximo poder personal de cara a la muerte y, con la vida entendida como propiedad absoluta de Dios, uno ya no cede nada por propia decisión, sino que simplemente se somete a la voluntad divina" (18, p. 34). Afortunadamente, como dice el autor, "cada vez son más las personas que realizan un testamento vital, indicando en un acto notarial, cómo quieren o no quieren que sea tratado su cuerpo" (18, p. 34). Pero más allá de poner de manifiesto que es necesario recuperar la propiedad y dignidad de nuestra propia vida (y muerte que es lo mismo), merece la pena considerar ahora que la terapia psicodélica puede llegar a interferir en el deseo profundo de una muerte acelerada.

## Eutanasia y psicodélicos

Con un creciente cuerpo de evidencia que respalda la premisa de que a un mayor bienestar espiritual una mejor protección contra la depresión, la desesperanza y el deseo de una muerte acelerada (1, 10), existe un interés creciente en las intervenciones psicodélicas que mejoran el bienestar psicoespiritual en los pacientes moribundos (1, 10, 11). En los últimos años se han publicado revisiones de intervenciones dirigidas a mejorar el bienestar psicológico al final de la vida. No obstante, si bien algunas de estas tienen como objetivo mejorar el estado de ánimo, pocas intervenciones examinan el verdadero efecto del bienestar espiritual y pocos estudios de intervención están dirigidos a pacientes que desean una muerte acelerada (28, 30).

Según Breitbart *et al.* (12) y Grob *et al.* (1, 10), aparte de la experiencia mística inducida por psicodélicos, ninguna terapia al final de la vida proporciona los medios para una alteración directa e intensiva de la consciencia con el potencial de transformar lo sagrado y espiritual, al punto de que el moribundo quiera cambiar de opinión ante al deseo de una

muerte acelerada (1, 30). Esto, además de robustecer la idea de que el paciente que quiere morir tiene una necesidad profunda de *Ser* que sin resolverse se enmascara en un deseo de fenecer (18), robustece el argumento de que los psicodélicos: i) tienen la capacidad de replantear emocional y cognitivamente el impacto de la enfermedad, la agonía y la muerte; ii) generan una mayor capacidad para apreciar el tiempo de vida; y iii) dan mayor aceptación y paz con la misma muerte (1).

Sobre esa línea argumentativa, Fericgla (27) menciona que algunos psicodélicos pueden bien enfocarse hacia saludables y sagrados procesos de integración interior y hacia grandiosas y necesarias experiencias espirituales que dan apertura a las dimensiones más inefables de lo que es la existencia humana (27). Para el autor, por ejemplo, la ayahuasca es "una mixtura vegetal que se usa para ver y tener ganas de vivir" y un preparado complejo que actúa como una poderosa herramienta que permite programar nuestro ser hacia un estado de calma y fuerza interior, estado que, en el campo de acción primordial terapéutico al final de la vida, puede ayudar a despertar la profunda consciencia del *Ser* (27), incluso modificando el deseo de solicitar una muerte anticipada (1, 30).

Desde esa vertiente, Grob *et al.* (1, 10) mencionan que en sus investigaciones se ha comprobado que las dosis de psilocibina de entre 0,4 y 0,5 mg por kilogramo de peso (30 mg/70 kg aprox.) causan experiencias personales y espirituales que pueden tener la capacidad de reinfundir sentido, significado y propósito a la vida, incluso cuando esta se está culminando (1, 10). El objetivo de esto es encontrar un significado a la vida, aunque sea en su etapa final, y transformar la ansiedad, la desesperación y la desesperanza que genera la muerte en una nueva forma de explorar el mundo y conseguir el bienestar emocional y espiritual, aunque sea en los últimos momentos (1, 12, 29).

Al respecto, Stanislav Grof (31) menciona que las experiencias religiosas y místicas logradas con LSD (con entre 200 y 500 microgramos) (32) logran en ocasiones fidedignos procesos de muerte, que es lo mismo que aquí se ha denominado estados tanatimiméticos. Para el autor, cuando esto se logra en personas que desean la muerte, los impulsos suicidas a menudo desaparecen porque se trabaja, integra y relata la tendencia suicida como una verdadera ansia no reconocida de la muerte del ego (o de trascendencia). Lo anterior significa que la persona se



centraba psicológicamente en una situación de la realidad objetiva que tenía para ella un parecido con la muerte del ego, es decir, la destrucción física, y que la experiencia de muerte psicológica sí tiende a eliminar o reducir el deseo de fenecer (11, 28, 31).

De este modo, puede precisarse entonces que, de una u otra manera, el uso de psicodélicos al final de la vida incita lo espiritual, e incluso que el moribundo se replantee el deseo de una muerte acelerada (29, 30). Sin embargo, frente al tipo de sustancia a utilizar, conviene comentar, por ejemplo, que la ayahuasca y la psilocibina en algunos países son más toleradas y menos prohibidas que la misma LSD. Además, que la psilocibina tiene un rango más seguro de efectos cardiovasculares (31), y que, teniendo en cuenta que los pacientes terminales a menudo tienen múltiples fallas en el sistema de órganos, la MDMA genera mayores molestias simpaticomiméticas y la ayahuasca mayores contratiempos gastrointestinales (31).

## Conclusiones

En este artículo se comparte la idea de que la muerte digna es un derecho humano que, además, está enraizado inseparablemente en el derecho fundamental a vivir dignamente. Se relaciona con el derecho que tienen las personas a practicar su autonomía incluso al final de la vida, lo que también significa elegir, de manera libre e informada, lo que puede o no puede hacerse con el propio cuerpo antes, durante y después del deceso. Del crisol de variables que surgen de esta concepción, destacan principalmente la muerte anticipada (eutanasia), los tratamientos sofisticados para prolongar la vida (distanasia) y el respeto a la voluntad del moribundo para permitir que el proceso de muerte siga su curso natural (ortotanasia). Entre otras variables de este marco, destacan la posibilidad de elegir si se desea o no estar informado de la enfermedad, consultar o no una segunda opinión, elegir un tratamiento y decidir el sitio donde se quiere o no se quiere morir (casa, hospital, albergue, etc.).

Para garantizar el derecho a una muerte digna es necesario que quienes cuidan y atienden la muerte comprendan que, como han puesto de manifiesto la antropología social y cultural, la arqueología, la prehistoria, la historia y la psicología Junguiana, la experiencia de lo numinoso es una de las cosas más anheladas por el ser humano incluso en su etapa final (27). Esto implica reconocer que el moribundo necesita un cuidado que considere lo numi-

noso, lo sagrado y lo espiritual; que la consecución de ese marco psicoespiritual es fundamental para lograr una mejor protección contra la depresión, la desesperanza y el deseo de una muerte acelerada; que la adquisición de dichos factores protectores puede lograrse a través de la terapia psicodélica y que dicha terapia ya se está aplicando con el fin de que los moribundos afronten su deceso con paz, coraje y, sobre todo, dignidad<sup>5</sup>.

A tenor con lo anterior, conviene comentar que en la III Conferencia Mundial de Ayahuasca se concluyó que “utilizando los criterios de la biomedicina los antidepresivos actuales pueden considerarse una práctica pseudocientífica” (34); esto porque todavía se sigue “creyendo” que los antidepresivos tradicionales (ISRS, IMAO y antidepresivos tricíclicos) mejoran los síntomas depresivos al aumentar la actividad de los neurotransmisores, y porque con cuestionada eficacia y seguridad la psiquiatría sigue utilizando medicamentos de hace 50 años, prescribiendo Valium® desde hace 65 años y Prozac® y sus derivados desde al menos cuatro décadas (35). En esa misma conferencia se concluyó que los psicodélicos como la ayahuasca tienen la capacidad de ir al principio del problema y solucionarlo desde su raíz; según científicos, no solo problemas como la depresión o el trastorno por estrés postraumático (TEPT), sino también la adicción a sustancias y en definitiva procesos de duelo o cercanos a la muerte (34).

Que hay peligros en el empleo de sustancias psicodélicas es algo que no se puede ocultar. Sin embargo, se ha demostrado que dichos peligros han sido exagerados o mal interpretados, por lo que es menester subrayar que los psicodélicos pueden utilizarse de modo tal que los beneficios superen a los riesgos (35). La terapia psicodélica tiene que ser dirigida responsablemente si se desea alcanzar el máximo provecho y no se comparte la idea de

5 Además de los estudios referidos en este artículo, la Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies (MAPS) y el St. Vincent's Hospital de Melbourne (Australia) también llevan a cabo estudios psicodélicos en los que se involucran a pacientes moribundos. En EE. UU. también se avanza en un movimiento pro-legalización de psicodélicos y plantas sagradas. En 2019, Denver (Colorado) se convirtió en el primer lugar de EE. UU. en descriminalizar los hongos mágicos y Oakland (California) en la primera ciudad en descriminalizar la psilocibina, la mezcalina, el iboga y la DMT contenida en la ayahuasca.

Quienes divulgamos estos avances investigativos tenemos la convicción de que muchos profesionales no recibimos formación para atender la muerte o tan siquiera hablar con propiedad sobre algunos psicodélicos. Por ello existen respecto a estos temas tantas interpretaciones diferenciadas e incluso erradas (31).

poner los psicodélicos al alcance de todos, o para su empleo en cualquier condición. Infortunadamente, el hecho de aplicar estas terapias al final de la vida depende no solo de los resultados de investigaciones científicas, sino de factores políticos, legales, económicos y de psicología de masas (2). Mostrarse esperanzados y optimistas acerca de los psicodélicos es una cosa, pero ser mesiánicos es otra. Por ello, aquí solo se trata de ser optimistas y realistas, aunque sosteniendo que la sociedad occidental ya se encuentra lo suficientemente madura como para atreverse a tratar con terapias que no se atrevía hace al menos unas siete décadas (35).

## Agradecimientos

A Carolina Pulgarín, quien, como yo, ha entendido que la muerte es un problema solo para aquel que se identifica exclusivamente con un organismo.

## Apoyo financiero

Este artículo no recibió financiación alguna.

## Referencias

(1) Grob CS; Bossis AP; Griffiths RR. Use of the classic hallucinogen psilocybin for treatment of existential distress associated with cancer. En: Carr B; Steel J. *Psychological Aspects of Cancer*. Boston: Springer; 2013. p. 291-308. DOI: [http://doi.org/10.1007/978-1-4614-4866-2\\_17](http://doi.org/10.1007/978-1-4614-4866-2_17)

(2) Grof S. Prólogo. En: Puente I. *Investigación y psicoterapia psicodélica: pasado, presente y futuro*. 1.ª ed. Barcelona: La Liebre de Marzo; 2017. p. xi-xx.

(3) Shafiekhani M; Mirjalili M; Vazin A. Psychotropic drug therapy in patients in the intensive care unit-usage, adverse effects, and drug interactions: A review. 2018;14:1799-1812. DOI: <http://doi.org/10.2147/TCRM.S176079>

(4) Templer DI; Arikawa H; Gariety PC. Psychotropic drugs in terminally ill patients: A review of the clinical and research literature. *Omega (Westport)*. 2004;49(3):249-274. DOI: <https://doi.org/10.2190/9V5J-FG82-QRRN-UF87>

(5) Camí J; Farré M. Farmacología de los alucinógenos. En: San L, Gutiérrez L, Casas M. *Alucinógenos: la experiencia psicodélica*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias; 1996. p. 11-28.

(6) Timmermann C. Neurociencias y aplicaciones psicoterapéuticas en el renacimiento de la investigación con psicodélicos. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*. 2014;52(2):93-102. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v52n2/art05.pdf>

(7) Diccionario Etimológico Español en Línea. Eti; 2019. <http://etimologias.dechile.net/>

(8) Serrano HD. La psilocibina: perspectiva histórica y farmacológica e investigaciones actuales autorizadas. *Cult Droq*. 2009;14(16):165-188. <https://bit.ly/2XogUwR>

(9) Samorini G. *Terapie psichedeliche, una storia inedita italiana*. Dolce Vita. 2018;78:104-105. <https://bit.ly/30pIpYM>

(10) Griffiths RR; Richards W; Johnson M; McCann UD; Jesse R. Mystical-type experiences occasioned by psilocybin mediate the attribution of personal meaning and spiritual significance 14 months later. *J Psychopharmacol*. 2008;22(6):621-632. DOI: <https://doi.org/10.1177/0269881108094300>

(11) Gasser P; Holstein D; Michel Y; Doblin R; Yazar-Klosinski B; Passie T *et al*. Safety and efficacy of lysergic acid diethylamide-assisted psychotherapy for anxiety associated with life-threatening diseases. *J Nerv Ment Dis*. 2014;2020(7):513-520. DOI: <http://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000113>

(12) Breitbart W; Rosenfeld B; Gibson C; Pessin H; Poppito S; Nelson C *et al*. Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: A pilot randomized controlled trial. *Psychooncology*. 2010;19(1):21-28. DOI: <https://doi.org/10.1002/pon.1556>

(13) Frankl VE. *The will to meaning: Foundations and applications of logotherapy*. 1.ª ed. Nueva York: Penguin; 1988.

(14) Grob CS. The use of psilocybin in patients with advanced cancer and existential anxiety. En: Winkelman MJ, Roberts TB. *Psychedelic medicine: New evidence for hallucinogenic substances as treatments*. Westport: Praeger. 2007; p. 205-216.

(15) Castro M; Simian D. La enfermería y la investigación. *Rev. Med. Clin. Las Condes*. 2018;29(3):301-310. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.04.007>

(16) Garduño EA; Sánchez GO. Ortotanasia: un enfoque de atención al niño con enfermedad terminal. *Cuad Bioét*. 1996;3:329-338. <https://bit.ly/33nw5tZ>

(17) Batista SJC; Santana DB; Machado CJM; Assis BJK. Ortotanasia en las unidades de cuidados intensivos: percepciones de los enfermos. *Rev Bioét*. 2017;25(1):158-167. DOI: <http://doi.org/10.1590/1983-80422017251177>

(18) Fericgla JM. Antropología del morir y de la muerte en Occidente. En: Arráez V; Pau M. *La muerte y el morir*. Barcelona: Escola de Vida, Valores; 2018.

(19) Grimberg M. VIH/Sida y proceso salud-enfermedad-atención: construcción social y relaciones de hegemonía. En: Seminario taller de capacitación de formadores. Buenos Aires: Lusida; 1992. p. 24-31.

- (20) Menéndez EL. Desaparición, resignificación o nuevos desarrollos de lazos y rituales sociales. *Relaciones*. 2006;27(107):147-178. <https://www.redalyc.org/pdf/137/13710706.pdf>
- (21) Prost A; Vincent G. La vida privada en el siglo xx. En: Ariès P; Duby G. *Historia de la vida privada*. Madrid: Altea, Taurus, Alfaguara; 1991.
- (22) Blackman S. *Despedidas elegantes. Como mueren los grandes seres*. 2.ª ed. Barcelona: Liebre de Marzo; 2012.
- (23) Burkert W. *Cultos místéricos antiguos*. Madrid: Trotta; 2018.
- (24) Alves AHR; Freitas MC. Prácticas de ortotanasia y cuidados paliativos en pacientes con cáncer terminal: una revisión sistemática de la literatura. *Enferm Glob*. 2018;17(3):529-544. DOI: <http://doi.org/10.6018/eglobal.17.3.299691>
- (25) Saunders C. *Velad conmigo: inspiración para una vida en cuidados paliativos*. 1.ª ed. Madrid: La Caixa; 2011.
- (26) Saunders C. Spiritual pain. *Palliat Care*. 1988;4(3):29-32. DOI: <http://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198570530.003.0032>
- (27) Fericgla JM. *Ayahuasca la realidad detrás de la realidad*. 1.ª ed. Barcelona: Kairós; 2018.
- (28) Johansen PØ; Krebs TS. Psychedelics not linked to mental health problems or suicidal behavior: A population study. *J Psychopharmacol*. 2015;29(3):270-279. DOI: <https://doi.org/10.1177/0269881114568039>
- (29) Hendricks PS; Thorne CB; Clark CB; Coombs DW; Johnson MW. Classic psychedelic use is associated with reduced psychological distress and suicidality in the United States adult population. *J Psychopharmacol*. 2015;29(3):280-288. DOI: <https://doi.org/10.1177/0269881114565653>
- (30) Argento E; Strathdee SA; Tupper K; Braschel M; Wood E; Shannon K. Does psychedelic drug use reduce risk of suicidality? Evidence from a longitudinal community-based cohort of marginalized women in a Canadian setting. *BMJ Open*. 2017;7(9):1-8. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016025>
- (31) Grof S. *Psicoterapia con LSD. El potencial curativo de la medicina psiquedelica*. 1.ª ed. Barcelona: La Liebre de Marzo; 2005.
- (32) Nichols DE. Psychedelics. *Pharmacol Rev*. 2016; 68(2):264-355. DOI: <https://doi.org/10.1124/pr.115.011478>
- (33) Freitas LTL; Banazeski AC; Eisele A; De Souza EN; Bitencourt OVJV; Souza SS. La visión de la enfermería ante el proceso de muerte y morir de pacientes críticos: una revisión integradora. *Enferm Glob*. 2016;15(41):322-334. <https://bit.ly/3ng1d59>
- (34) Berazaluze I. Utilizando los criterios de la biomedicina, los antidepresivos pueden considerarse una práctica pseudocientífica. *Público*; 2019. <https://bit.ly/2EbZHjq>
- (35) Masters RE; Houston J. *The varieties of psychedelic experience (LSD)*. Nueva York: Holt, Rinehart & Winston; 1966.