

Alternativas a la medicalización convencional

El renacimiento psicodélico

De la farmacología crónica a la experiencia transformadora

IX Jornada RED GÉNERO, DROGA Y ADICCIONES

Madrid 08/05/2026

Tre Borràs Cabacés

Psiquiatra - Psicoterapeuta

EL CONTEXTO: UNA PSIQUIATRÍA EN CRISIS

- Incremento sostenido del consumo de psicofármacos en las últimas décadas
- Estancamiento en la innovación terapéutica (mismos mecanismos desde los años 80)
- Eficacia limitada en trastornos complejos (depresión resistente, trauma, adicciones)
- Iatrogenia: dependencia, efectos secundarios, cronificación

La psiquiatría actual está mostrando sus límites estructurales.

LA LÓGICA DE LA MEDICALIZACIÓN

- Reducción del sufrimiento psíquico a desequilibrios neuroquímicos
- Intervenciones centradas en la supresión sintomática
- Modelo pasivo del paciente
- Tratamientos crónicos, no resolutivos

Un sistema diseñado para estabilizar... no necesariamente para transformar.

¿QUÉ SON LOS PSICODÉLICOS?

- Sustancias que alteran la percepción, la cognición y el sentido del yo.
- Ejemplos:
 - Psilocibina
 - MDMA
 - LSD
 - Ketamina
 - Ibogaína
- Actúan sobre redes neuronales (default mode network)
- Inducen estados de alta plasticidad cerebral

No son fármacos convencionales → son catalizadores de experiencia

DEL FÁRMACO AL PROCESO

Modelo psicodélico:

- Diferentes sesiones (no tratamiento diario)
- Preparación + experiencia + integración
- Contexto terapéutico esencial (“set & setting”)

***No se trata de tomar algo para “no sentir”,
sino de atravesar lo que no ha podido ser procesado.***

EVIDENCIA CIENTÍFICA ACTUAL

- Depresión resistente → resultados prometedores con psilocibina
- TEPT → avances significativos con MDMA
- Adicciones → investigaciones con ibogaína y psilocibina
- Ansiedad en enfermedad terminal

Instituciones clave:

- Johns Hopkins University
- Imperial College London
- MAPS
- Hospital de Sant Pau
- Parc Sanitari SJD
- Clínica Synaptica

La ciencia ha vuelto. Y esta vez con datos

MECANISMOS: ¿QUÉ ESTÁ PASANDO EN EL CEREBRO?

- Disolución del “ego” (disminución de la rigidez mental)
- Aumento de la conectividad global
- Reprocesamiento emocional profundo
- Apertura a nuevas narrativas personales

Flexibilidad donde antes había bucles.

EL PAPEL DEL ACOMPAÑAMIENTO

- El terapeuta no dirige → sostiene
- Importancia de la seguridad emocional
- Integración posterior: clave del cambio duradero

Riesgo:

Sin contexto → potencial desorganización

Con contexto → potencial terapéutico

RIESGOS Y LÍMITES

- No es una solución universal
- Contraindicaciones (psicosis, vulnerabilidad psiquiátrica)
- Riesgo de banalización o uso recreativo sin contención
- Necesidad de regulación rigurosa

Realismo clínico:

Potencial alto ≠ herramienta inocua

ACCESO Y DESIGUALDAD

- Costes elevados en contextos privados
- Riesgo de elitización del tratamiento
- Brecha global en acceso terapéutico

¿Quién podrá beneficiarse de esta revolución?

DIMENSIÓN CULTURAL Y ANCESTRAL

- Uso tradicional en contextos rituales (ayahuasca, iboga)
- Saberes indígenas vs apropiación occidental
- Necesidad de respeto, no extracción
- Reconocimiento por otros usos más orientados al placer, hedonismo y crecimiento personal

Innovar sin borrar la memoria.

HACIA UN NUEVO MODELO DE SALUD MENTAL

- Integración de biología + experiencia + contexto social
- Paciente como agente activo
- Terapias puntuales con impacto profundo
- Redefinición de “curar”

No eliminar el síntoma, sino comprender su origen y aprender a gestionarlo

ANÁLISIS: NO BASTA CON “AJUSTAR POR SEXO”

- No ajustar y olvidar
- Analizar e interpretar

Muchas investigaciones introducen sexo como covariable, ajustan el modelo y siguen adelante. Eso no es perspectiva de género. Hay que analizar diferencias, interacciones, trayectorias, efectos adversos, abandonos y resultados diferenciados. El sexo y el género pueden ser modificadores del efecto, no simples factores de confusión.

INTERPRETAR SIN CAER EN REDUCCIONISMOS

- Biologizarlo todo
- Sociologizarlo todo

Si encontramos diferencias, no debemos explicarlas automáticamente por biología ni por cultura. Una mejor interpretación integra niveles: neurobiología, historia vital, condiciones sociales, violencia, acceso al sistema y relación terapéutica. La perspectiva de género exige complejidad, no consignas.

INTERSECCIONALIDAD

El género no actúa solo:

- Edad
- Clase social
- Origen
- Migración
- Identidad de género
- Orientación sexual
- Discapacidad

No todas las mujeres tienen la misma exposición al riesgo. No todos los hombres tienen el mismo acceso al tratamiento. La interseccionalidad permite entender cómo se acumulan o se compensan vulnerabilidades. En salud mental y adicciones, esto es clave para no producir una evidencia aparentemente inclusiva pero socialmente plana.

PREGUNTAS HIPÀTIA / AQUAS I

Antes de diseñar un estudio:

- ¿Afecta igual el problema?
- ¿La exposición al riesgo es diferente?
- ¿La muestra representa la diversidad real?

El enfoque del Grup Hipàtia de AQuAS nos obliga a empezar antes del análisis estadístico. La perspectiva de género empieza en la hipótesis de investigación. Hay que preguntarse si el problema, los riesgos y la población estudiada están siendo conceptualizados de manera adecuada.

PREGUNTAS HIPÀTIA / AQUAS II

Durante el diseño:

- ¿Qué variables de género se recogen?
- ¿Se analizarán diferencias?
- ¿Cómo se interpretarán?
- ¿A quién serán aplicables los resultados?

Estas preguntas funcionan como una brújula metodológica. Obligan a revisar si el estudio tiene capacidad real para detectar diferencias relevantes. No basta con declarar sensibilidad de género: el protocolo debe permitir demostrarla.

APLICABILIDAD CLÍNICA

La evidencia debe servir para personas reales, no solo para poblaciones ideales.

En salud mental y adicciones, la práctica clínica es compleja: comorbilidad, trauma, pobreza, polimedicación, recaídas, discontinuidad asistencial. Si la investigación no se diseña con esta complejidad, luego los tratamientos fallan precisamente en quienes más los necesitan.

CONSECUENCIAS DE IGNORAR EL GÉNERO

Ignorar el género puede producir:

- Infradiagnóstico
- Sobremedicalización
- Dosis inadecuadas
- Efectos adversos evitables
- Abandono terapéutico

El sesgo no es abstracto. Tiene consecuencias clínicas. Puede hacer que no detectemos depresión en hombres porque se expresa como irritabilidad o consumo. Puede hacer que medicalicemos el malestar de mujeres sin explorar violencia o sobrecarga. Puede hacer que usemos dosis o intervenciones menos seguras.

QUÉ MEJORA UNA INVESTIGACIÓN CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

Mejora:

- Precisión diagnóstica
- Seguridad terapéutica
- Adherencia
- Eficacia
- Equidad

La perspectiva de género no debilita la ciencia. La fortalece. Permite formular mejores hipótesis, diseñar estudios más útiles, detectar riesgos diferenciales y producir recomendaciones clínicas más ajustadas.

SESGO HISTÓRICO Y FALTA DE REPRESENTACIÓN

- **Exclusión sistemática:** Durante décadas, las mujeres fueron excluidas de la investigación clínica para evitar la "complejidad" de sus ciclos hormonales o por precauciones tras la tragedia de la talidomida.
- **Baja participación actual:** A pesar de los cambios en las políticas de salud (como el mandato de la NIH de 1993), las mujeres representan hoy solo aproximadamente el **33% de los participantes** en estudios psicodélicos.
- **Invisibilidad Queer y TGE:** Las personas transgénero, no binarias y de género expansivo (TGE) han estado mayoritariamente ausentes de la investigación, y sus necesidades específicas rara vez han sido el foco de estudio.

INTERACCIÓN ENTRE HORMONAS Y SEROTONINA

- **El factor del estrógeno:** El estrógeno (especialmente el 17- β estradiol) potencia la síntesis de serotonina y aumenta la densidad y sensibilidad de los receptores **5-HT_{2A}**, que son el objetivo principal de los psicodélicos.
- **Variabilidad según el ciclo:** La respuesta a sustancias como la psilocibina o el LSD puede variar significativamente según la fase del **ciclo menstrual**, la menopausia o el uso de anticonceptivos, ya que estas etapas alteran la química cerebral de la serotonina.
- **Sensibilidad femenina:** Las mujeres suelen mostrar una respuesta más intensa a dosis iguales por kilogramo de peso; por ejemplo, en estudios con MDMA, las mujeres reportaron más alteraciones perceptivas y mayor miedo a perder el control corporal que los hombres.

SALUD MENTAL Y DIFERENCIAS DE GÉNERO

- **Mayor susceptibilidad:** Las mujeres presentan tasas más altas de **depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático (TEPT) y trastornos de la conducta alimentaria (TCA)**, condiciones donde los psicodélicos muestran mayor potencial terapéutico.
- **Resultados en modelos animales:** Los estudios sugieren que las hembras podrían ser más sensibles a los efectos **anticompulsivos** de la psilocibina y mostrar una mayor eficacia en la extinción del miedo en comparación con los machos.
- **Síntomas de abstinencia:** En el caso de la ketamina, las mujeres han reportado síntomas de discontinuación más severos, como mayor ansiedad y temblores, además de percibir más deterioro cognitivo.

PERSPECTIVAS DE LA COMUNIDAD QUEER Y TGE

- **Sanación del "estrés de minorías":** Las personas queer utilizan psicodélicos para procesar el trauma derivado de la homofobia, la transfobia y el estigma, promoviendo la **autoaceptación** y la exploración de la identidad.
- **Crítica a la medicalización y colonización:** Especialmente entre las personas TGE que pertenecen a comunidades BIPOC (Negras, Indígenas y Personas de Color), existe una gran preocupación sobre cómo la ciencia occidental reproduce dinámicas coloniales y racistas al ignorar las raíces indígenas de estas medicinas.
- **Espacios de transformación:** Se ha observado que los psicodélicos pueden catalizar cambios en la orientación sexual o la fluidez de género, lo que requiere un apoyo de integración que comprenda estas transiciones de identidad.

ÉTICA, SEGURIDAD Y DISEÑO DE TERAPIAS

- **Riesgos en retiros:** La vulnerabilidad física y emocional en estados alterados de conciencia ha dado lugar a incidentes de abuso o **contacto físico no consensuado** por parte de facilitadores, lo que resalta la necesidad de protocolos de consentimiento rigurosos.
- **Espacios exclusivos para mujeres:** El auge de los retiros solo para mujeres responde a la necesidad de crear "refugios seguros" donde se pueda explorar la vulnerabilidad sin las dinámicas de poder masculinas o el miedo al acoso.
- **Diseño centrado en la usuaria:** Se aboga por que los productos, servicios y entornos de terapia sean diseñados **por y para mujeres**, teniendo en cuenta sus necesidades fisiológicas y psicológicas específicas (como la ergonomía de los espacios o la monitorización del ciclo hormonal).

RECOMENDACIONES PARA EL FUTURO

- **Inclusión obligatoria:** Es imperativo que las investigaciones incluyan a ambos sexos con poder estadístico suficiente y que se reporte sistemáticamente el estado hormonal de las participantes.
- **Equipos diversos:** Los equipos de investigación y facilitación deben ser diversos e incluir a personas queer, TGE y mujeres en roles de liderazgo para garantizar una atención culturalmente humilde y éticamente responsable.

TESTIMONIOS DE MUJERES (IBOGAÍNA / METADONA)

1. ORIGEN — TRAUMA Y CONSUMO

PACIENTE (MUJER — PDG 5)

“Cuando tenía unos 18 años, había probado la cocaína, pero muy de vez en cuando, y me escapé de casa con un novio, pero él murió a los seis meses. Pasé por un gran trauma entonces, y fue entonces cuando me enganché a la heroína.”

PACIENTE (MUJER — FDG 5)

“Tengo siete hermanos y dos hermanas. Una familia numerosa, pero ya no hablo con nadie. Es por mi familia que consumo drogas. No quiero volver al pasado con mi padre, que bebía mucho. Sufrí abusos sexuales cuando era pequeña, desde los doce hasta los diecisiete años, cuando me fui de casa. Cada vez que veía a mis padres, mientras bebía, consumía drogas. Para olvidar.”

TESTIMONIOS DE MUJERES (IBOGAÍNA / METADONA)

2. RELACIÓN CON LA METADONA (CAPTURA)

PACIENTE (MUJER — PDG 5)

“Sí, además lo de la metadona es complejo, porque es como se impregna tanto en el cuerpo y la mente, los que llevan muchos años, es como algo incorporado que es muy difícil de separar mentalmente y físicamente.”

3. URGENCIA DE CAMBIO

PACIENTE (MUJER — FDG 5)

“Si funciona... mejor, sinceramente no pediría nada mejor porque llevo demasiados años tomando metadona, quiero dejarlo, pero espero que funcione y no haya dolor... (...) Voy a dejar de tomar metadona y voy a parar como sea, pero voy a parar. Así que es un buen momento. No puedo esperar. No puedo esperar.”

TESTIMONIOS DE MUJERES (IBOGAÍNA / METADONA)

4. RETIRADA Y CICLO

PACIENTE (MUJER — FDG 5)

“Intenté dejarla varias veces, pero cuando llego a cero, recurro al alcohol. Así que siempre tengo que compensar. Cuando no tengo metadona, bebo alcohol.”

5. EXPERIENCIA CON IBOGAÍNA (AMBIVALENTE)

PACIENTE (MUJER — FDG 5)

“Y al mismo tiempo, la ibogaína para mí, no fue muy bien. Pero después, bueno, fue una muy buena experiencia. Se lo aconsejo a las personas que quieran detener la metadona (...) pero la experiencia de los efectos de la ibogaína no la aconsejo.”

TESTIMONIOS DE MUJERES (IBOGAÍNA / METADONA)

6. POST-TRATAMIENTO (DESEQUILIBRIO)

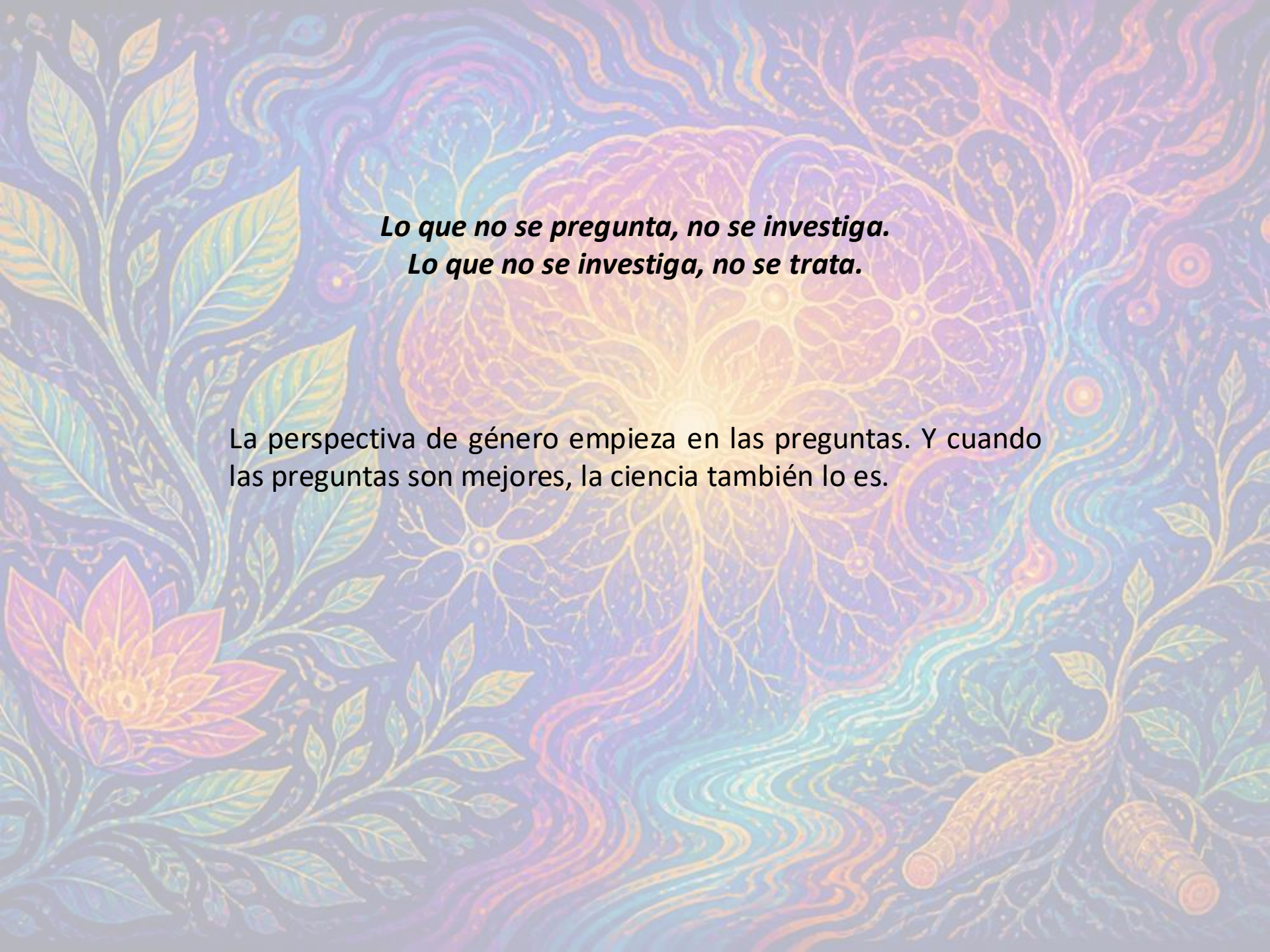
PACIENTE (MUJER — FDG 5)

“Desde que tomé ibogaína (...) con mi marido no es la misma cosa. No es la misma cosa. Estoy lejos de mi marido. (...) Estoy muy nerviosa, tengo dolor en todos lados (...) No estaba bien, no estaba bien al principio.”

7. RESILIENCIA (CIERRE ABIERTO)

PACIENTE (MUJER — FDG 5)

“Pero va a pasar, va a pasar. Estamos fuertes.”



***Lo que no se pregunta, no se investiga.
Lo que no se investiga, no se trata.***

La perspectiva de género empieza en las preguntas. Y cuando las preguntas son mejores, la ciencia también lo es.

CONCLUSIÓN

Estamos ante un cambio de paradigma:

- De la anestesia emocional → a la experiencia consciente
- De la cronificación → a la posibilidad de transformación
- Del control → a la comprensión

***Quizás no se trata de silenciar la mente...
sino de escuchar lo que lleva años intentando decir.***



<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11259856/>

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2950484826000044>


<https://psychedelic.support/resources/sex-differences-in-psychedelic-responses/>

<https://dandelion.events/e/n5emo>

<https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2024.1472559/full>

<https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2024.1472559/full>

<https://psychedelicsociety.org.uk/read/why-women-are-being-left-behind-in-the-psychedelic-movement-and-how-we-fix-it>



**muchas gracias por vuestra
atención !!!
treborras@gmail.com**