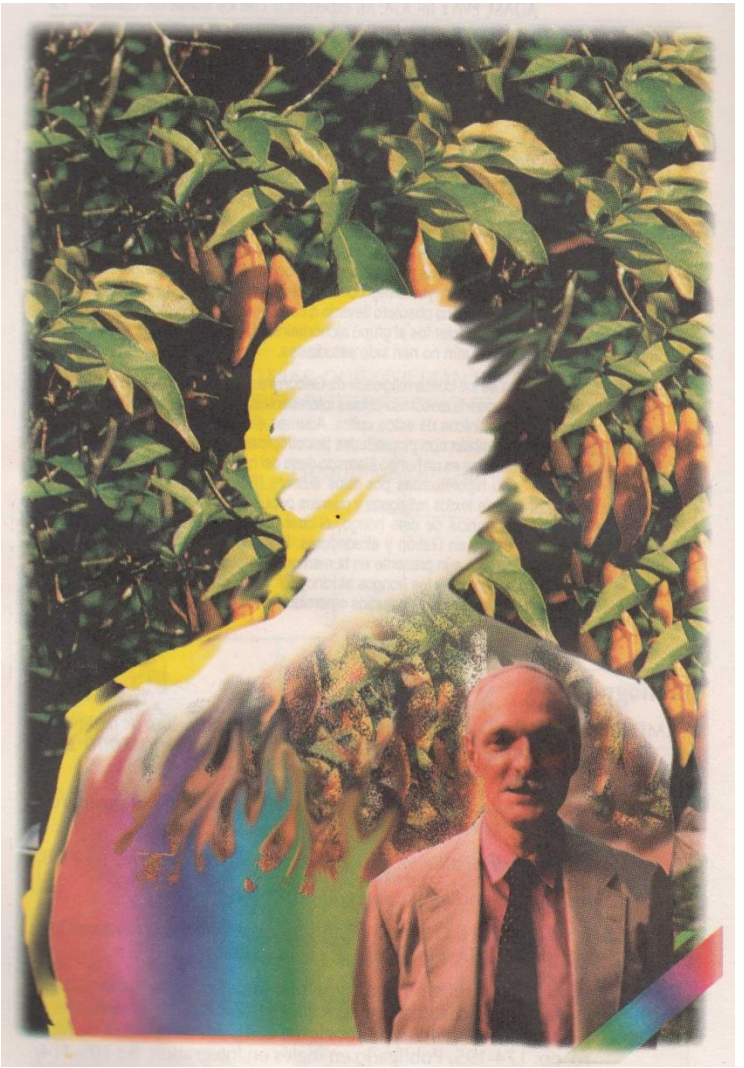


Una planta de iboga. Howard S. Lotsof

IBOGAÍNA EN EL TRATAMIENTO DE PROBLEMAS DE DEPENDENCIA QUÍMICA

Howard S. Lotsof

RESUMEN Y BIOGRAFÍA: Howard S. Lotsof nació en 1943 en Nueva Yord (Estados Unidos). Su interés por la etnobotánica empezó a los 15 años y ya a los 19 realizaba una investigación "salvaje" sobre varias sustancias psicoactivas. Fue durante este período, en 1962, que descubrió el uso de ibogaína en el tratamiento de adicciones. A partir de 1981 investigó el tema durante un año y eso lo condujo a depositar patentes para el tratamiento de adicciones y las dependencias a cocaína, alcohol, nicotina y poli toxicomanías.

Letsof es presidente de NDA internacional Inc, empresa que proporciona ibogania destinada a tratar adicciones. Él nos cuenta aquí los primeros resultados de la aplicación de este original tratamiento.

Dedicado al trabajo de J. Bastiaans y N. Adrians,
En recuerdo de N. Kribus

*Traducido del inglés por Takiwasi, publicado en MAPS Bulletin, Vol. V, Nº3, 1993

El primer propósito de este artículo es proporcionar una información general al clínico que utilizará el Procedimiento Lotsof (Goutarel, 1993) desarrollado por NDA International, Inc en el cual la ibogaína se da para tratar los problemas de dependencia química. Se trata de un reporte preliminar. La base de pacientes sobre la cual mis conclusiones fueron realizadas cuenta con 35 sesiones de tratamiento. Todas las observaciones clínicas hechas después de 1963 fueron realizadas en pacientes tratados fuera de Estados Unidos.

La ibogaína no es un sustituto de narcóticos o estimulantes, no es adictivo y es administrado en una sola modalidad de administración (SAM). Es un interruptor de la dependencia química. Un nuevo tratamiento puede ser eventualmente necesario hasta que la persona tratada con ibogaína sea capaz de apagar ciertas respuestas condicionadas relacionadas con las drogas de las cuales abusaron. Datos recientes sugieren que para muchos pacientes, un período de aproximadamente dos años de tratamientos intermitentes puede ser necesario para alcanzar el alivio a largo plazo de una abstinencia de drogas y estimulantes. La mayoría de los pacientes tratados con ibogaína queda liberada de la dependencia química durante un período de tres a seis meses después de una sola dosis. Aproximadamente un 10% de los pacientes tratados con ibogaína son liberados de dependencia química por dos años o más con un solo tratamiento y un porcentaje equivalente vuelve al uso de las drogas dentro de las dos semanas que siguen el tratamiento. Varias administraciones de ibogaína durante un período son generalmente más eficientes para conseguir largos periodos de abstinencia. Vale la pena subrayar que 29 de los 35 pacientes tratados con éxito con ibogaína tuvieron fracasos previos con otros tratamientos.

Una breve historia

La ibogaína, un alcaloide natural encontrado en Tabernanthe ¡boga y en otras especies de plantas de Africa Centro-Occidental, fue por primera vez señalada como eficiente para interrumpir los problemas de dependencias a narcóticos con la patente de Estados Unidos NQ 4 499 O96 (Lotsof, 1985), los problemas de dependencia a la cocaína (patente 4.587 243 - Lotsof 1992) y los problemas con diversas otras drogas (patente NQ 5.152.994 - Lotsof 1992). Los estudios iniciales demostrando los efectos de ibogaína sobre la dependencia a cocaína y heroína se realizaron en una serie de grupos de experimentación por H.S. Lotsof en 1962 y 1963. Datos adicionales sobre aspectos clínicos de la ibogaína en el tratamien-

to de dependencias químicas fueron reportados por Kaplan (1993), Sisko (1993), Sánchez-Ramos y Mash (1994) y Sheppard (1994). Previamente a la evaluación de la ibogaína para la interrupción de varias dependencias químicas, el uso de la ibogaína fue reportado en psicoterapia por Naranjo (1969, 1973) y en la Primera Conferencia Internacional sobre ibogaína ,en París (Zeff, 1987). El, uso de plantas conteniendo ibogaína fue reportado durante siglos en Africa Occidental tanto en prácticas religiosas como en medicina tradicional (Fernández, 1982; Gollnhofer y Sillians 1983, 1985). Un panorama general de la historia de la investigación y uso de la ibogaína fue publicada por Goutarel et al. (1993).

Declaraciones de eficacia en el tratamiento de las dependencias a opiáceos, cocaína, alcohol en seres humanos se apoyaron en estudios preclínicos hechos por investigadores de Estados Unidos, Holanda y Canadá. Dzoljic et al. (1988) fueron los primeros investigadores en publicar datos sobre la aptitud de la ibogaína para atenuar el síndrome de abstinencia a narcóticos. Stanley D. Glick et al. (1992) del Albany Medical College publicaron una investigación original y una reseña sobre el tema de la atenuación de dicho síndrome. Maisonneuve et al. 11991) determinaron las interacciones farmacológicas entre la ibogaína y la morfina, y Glick et al. (1 992) Señalaron la aptitud de la ibogaína en reducir o interrumpir la autoadministración de morfina en ratas. Woods et al. (1990) encontraron que la ibogaína no actúa como un opiáceo, y aceto et al. (1991) establecieron que la ibogaína no suscita signos de abstinencia ni causa dependencia.

Cappendijk y Dzoljic (1993) publicaron que la ibogaína reducía la auto administración de cocaína en ratas. Las investigaciones de Broderick et al. apoyaron los descubrimientos de Sershen et al. (1992) revelando que la ibogaína reducía la estimulación motora inducida por la cocaína en el ratón. Sershen (1993) demostró también que la ibogaína reducía el consumo de cocaína en ratones. Glick (1992) y Cappendijk (1993) descubrieron en modelos animales que múltiples administraciones de ibogaína en el tiempo eran más eficientes que una simple dosis para interrumpir o atenuar la autoadministración de morfina y cocaína, confortando los hallazgos de Lotsof en sujetos humanos (1985).

Popik et al. (1994) determinaron que la ibogaína es un inhibidor competitivo del MK-801 vinculando al complejo receptor del NMDA.

El MK-801 ha demostrado atenuar la tolerancia a los opiáceos Trujillo & Akil 1991) y al alcohol (Khanna et al. 1989). El MK-801 se mostró también como un bloqueador de "tolerancia revertida" de esti-

mulantes (Karler et al. 1989). Los efectos de la ibogaína sobre la dopamina, una sustancia hipotéticamente responsable de reforzar los efectos placenteros del abuso de drogas, y el sistema dopaminérgico fueron encontrados por Maisonneuve et al. (1991 i. Broderick et al. (1992) y Sershen et al. (l 992). El vínculo de la ibogaína con el receptor opiáceo kappa ha sido señalado por Deecher et al. †'l992l. Empezamos a ver, pues, un amplio espectro de mecanismos mediante los cuales la ibogaína puede moderar el uso de sustancias tan diversas como los narcóticos opiáceos, los estimulantes y el alcohol.

Práctica clínica

Los efectos del tratamiento con ibogaína son estudiados en tres categorías: agudo, a intermedio y a largo plazos. Los efectos agudos e intermedios son a veces señalados como efectos y post-efectos. Los dos mayores efectos de la ibogaína son: A2 Aptitud de interrumpir el síndrome de abstinencia de los narcóticos y estimulantes: y B) La atenuación o eliminación del ansia de buscar y consumir opiáceos, estimulantes y alcohol (Lotsof 198-5, 1986, l989Ír- Los conocimientos sobre el uso de la ibogaína para tratar la dependencia al alcohol se limitan a: l) Un único paciente solamente dependiente del alcohol; y 2) La atenuación y, en algunos casos. el cese del consumo de alcohol en personas tratadas por problemas de politoxicomanía. La capacidad de tratar la dependencia a la nicotina (Lotso, 1991) ha sido observada en sujetos polidependientes tratados inicialmente por abuso de opiáceos o cocaína.

En primer lugar, veamos algunas consideraciones generales. Las primeras obligaciones del equipo terapéutico son cuatro: ll ganar la confianza del paciente, 2) mantener el confort del paciente, 3) asistir los pacientes para la interrupción de su dependencia química y 4) proporcionar la red de soporte psicosocial necesaria a la mayoría de los pacientes para permitirles desarrollar un sentido de realización personal y la capacidad de funcionar como miembros productivos de la sociedad. Es el proceso que la comunidad terapéutica holandesa llama la normalización.

En el Procedimiento Lotsof 5, para lo cual un manual está siendo ahora preparado, el sentido de conflicto visto en la mayoría de modalidades de tratamiento entre el doctor y el paciente sobre el cese inmediato del uso de drogas no existe. Los pacientes han sido autorizados, si son narcótico-dependientes, a continuar su uso de narcóticos hasta un cierto tiempo previo al tratamiento con ibogaína. No hay conflicto sobre el uso de opiáceos antes del tratamiento ya que nuestra posición

ha sido que la ibogaína eventualmente funcionará para interrumpir la dependencia o no. Los pacientes dependientes de estimulantes no son mantenidos bajo efectos de estimulantes y ello no ha creado problemas para los pacientes o el equipo médico.

Efectos agudos

Régimen

Los efectos agudos de la ibogaína son dramáticos. La reacción inicial se deja notar a los 45 minutos luego dela ingesta de la dosis oral y los plenos efectos son generalmente evidentes a las dos a dos y media horas. La más temprana indicación subjetiva de los efectos de la ibogaína reportada por los pacientes es un insistente sonido oscilatorio. El paciente tiende a echarse y, si se le pide pararse o caminar, muestra señales de ataxia.

El protocolo del Procedimiento Lotsof[sm] estipula que el paciente queda echado en cama con menos movimientos posible durante el tiempo de administración de la ibogaína, ya que se probó que las náuseas asociadas a la ibogaína son relacionadas al movimiento o, en etapas ulteriores (las que se presentan cuatro horas luego de la administración), posiblemente se relacionan a una reacción psicosomática a experiencias traumáticas previamente reprimidas. Además de quedarlo más inmóvil posible, usamos un anti-emético sin phenothiazines, ya que las phenothiazines pueden interferir con las propiedades psicoactivas de la ibogaína. Si el paciente vomita antes de dos horas y media después de la administración de ibogaína, un examen del material regurgitado será efectuado para determinar cuánto de ibogaína ha sido ya asimilado por el paciente. Una infusión rectal para suplir a la porción perdida de ibogaína puede ser proporcionada si esta dosis no puede ser administrada oralmente. La administración rectal ocurrirá sólo si el paciente ha otorgado previamente su consentimiento para esta modalidad de administración.

Visualización

Uno de los principales efectos de la ibogaína durante su primera fase de acción es producir un estado que estimula el ensueño, aparte del hecho que el sujeto está perfectamente despierto y es capaz de contestar a las preguntas del equipo. En la mayoría de los casos, la gente bajo influencia de una dosis terapéutica de ibogaína no desea hablar. Prefiere más bien prestar atención a la presentación visual de recuerdos o

fenómenos que está experimentando, los cuales muestran tanto connotaciones freudianas como jungianas.

La experiencia del material visual es veloz. Algunos pacientes la describieron como una película proyectada en alta velocidad; otros como una proyección de transparencias, cada una conteniendo una imagen de un evento específico o de una vivencia de la vida del interesado. En todo caso, la presentación del material visual es tan densa y veloz que el distraer al paciente hasta por un momento puede interferir con el proceso de abreacción. Por lo tanto, en el tratamiento, la intrusión del equipo médico debe reducirse a un mínimo durante la primera fase de la sesión de ibogaína.

Respuestas del sistema autónomo

De la primera a la quinta hora existe una elevación moderada de la presión arterial de 10 a 15% y, en algunos casos, una disminución asociada del pulso. El cambio más significativo del sistema autónomo ocurre entre la primera hora \/ media a dos horas juego de la administración de la dosis terapéutica de ibogaína. En muchos casos, el puiso esta acelerado debido a la ansiedad previa a la administración.

En dos ocasiones, personas con hipertensión transitoria fueron atendidas. En una de estas oportunidades, la presión sanguínea del paciente volvió a niveles normales durante la primera y segunda etapa del tratamiento. Ei segundo paciente hipertenso mostró poco cambio a una dosis terapéutica de 23mg./kg., pero manifestó un cambio significativo en dos ocasiones cuando se le proporcionó sólo una dosis de prueba de 1.6 mg./kg. Las dos dosis de 1.6 mg./kg. fueron aplicadas en función de nuestra preocupación por la hipertensión del paciente. Fue tratado previamente con una dosis de 18 mg.kg. por el Dutch Addict Seif-Heip (DASHi aparentemente sin resultados negativos. El alivió en algo nuestra preocupación por la seguridad del paciente. La variación posible en reacciones individuales de pacientes debe ser anticipada.

Seguridad de las pacientes mujeres

Una paciente de 24 años tratada con ibogaína para una dependencia química murió por causas no diagnosticadas en Holanda. A pesar de que la autopsia no determinó las causas de su muerte, se midieron niveles de ibogaína de 0.75 mg./litro en su sangre. Estas cifras no demostraron ser tóxicas durante nuestra investigación sobre animales o

nuestros previos estudios en seres humanos. Como consecuencia de m deceso y de una muerte anteriormente señalada de una mujer suiza que recibió ibogaína durante una sesión de psicoterapia en Europa sin ningún vínculo con el programa de investigación del NDA, la FD excluyó a las mujeres de las presentes pruebas que tienen lugar -en la Universidad de Miami. Sin embargo, la decisión del FDA es contraria a las líneas directoras del género del instituto Nacional de Salud. líneas directoras a este respecto solicitan la inclusión de las mujeres desde las más tempranas etapas de selección clínica pues proporcionaría una mayor determinación de seguridad para las mujeres. Treinta por ciento de los pacientes de NDA internacional fueron mujeres que mostraron efectos negativos tomando ibogaína, durante o después de tratamiento. Sin embargo, considerando todas las circunstancias, el Procedimiento debería ser administrado solamente en un hospital o una clínica con un paciente bajo control permanente del equipo y de un seguimiento electrónico.

Un programa de investigación internacional, actualmente en curso, está desarrollando evidencia para determinar una hipótesis para la causa de la muerte de la mujer en Holanda. Estamos además buscando la cooperación del gobierno suizo a propósito de la muerte de la mujer suiza. Los resultados de esta investigación pueden facilitar un criterio de exclusión o un antídoto permitiendo a la ibogaína tratar con seguridad las adicciones en mujeres.

Evaluación cognitiva

La segunda fase de la acción de la ibogaína durante el Procedimiento Lotsof es la evaluación intelectual del paciente, de sus experiencias y decisiones previas. Eso ocurre después de la fase de visualización que termina generalmente de manera abrupta dentro de tres a cinco horas. Sin embargo, las reacciones individuales y las variaciones son la norma y no la excepción dentro de los parámetros del procedimiento.

A propósito de este proceso de evaluación del paciente, en muchos casos, cuando varias decisiones fueron tomadas por el paciente en el pasado, estas decisiones aparecen como siendo las únicas opciones válidas en este momento. Ahora bien, como consecuencia de la Habilidad de la ibogaína de permitir una revaluación de la vida de las .acciones y del comportamiento de uno, es posible para el paciente entender que las alternativas a sus decisiones originales eran válidas y este conocimiento parece permitir al paciente modificar su comportamiento corriente y parar su dependencia de la droga.

Inmovilidad comportamental

Durante los periodos de visualización y extendido a la etapa de la evaluación cognitiva, los pacientes demuestran un estado de inmovilidad comportamental (Depoortere, 1987) durante lo cual las ondas (patterns) del cerebro asociadas con el sueño y el ensueño, pero diferentes de estos estados, son representadas por una actividad rítmica lenta de 4-6 Hz. Esos modelos EEG son asociados a un estado caracterizado por una falta de movimiento. Algunos primeros observadores del procedimiento (Kaplan, 1990) creyeron inicialmente que esta condición representaba una parálisis, pero cuando se pidió a los pacientes pararse y moverse, fueron capaces de hacerlo, empero con dificultad.

Atenuación del síndrome de abstinencia

Uno de los mayores efectos agudos experimentados con el tratamiento con ibogaína es la atenuación o la eliminación del síndrome de abstinencia con pacientes dependientes de opiáceos. Esto es extremadamente importante con pacientes dependientes que viven con el temor del síndrome de abstinencia.

La experiencia de tratamiento del equipo en este campo es de la más grande importancia de tratar con este aspecto del procedimiento puesto que los síntomas de abstinencia son una combinación de manifestaciones físicas y en muchos casos psicosomáticas que son guiadas por la ansiedad. En consecuencia, es imperativo para el equipo médico y paramédico tener experiencia en reconocer y distinguir estas variedades de síntomas.

Los que siguen son ejemplos de las manifestaciones psicosomáticas de abstinencia demostradas por dos de los pacientes tratados fuera de Estados Unidos.

Primer ejemplo

En una oportunidad fui llamado por un colega 24 horas después que la ibogaína fuera administrada a un hombre de 25 años dependiente de heroína. El paciente había consumido aproximadamente l/4 de gramo de heroína por día, pero de repente subió su consumo diario a 2 gramos cuando estaba en Holanda.

Se me informó que el paciente se quejaba de espasmos musculares; le pregunté si era verdad y aprobó. Le pregunté si podía ver esos espasmos y aceptó enseñándome su pantorrilla. El paciente mostraba lo que parecían ser movimientos involuntarios. \/erifiqué sus pupilas y

observé que no estaban dilatadas y tampoco mostraba cualquier otra forma de manifestación de abstinencia. Cuando me volteé hacia mi colega para conversar, noté que los espasmos del paciente habían cesado. Cuando me volteaba hacia el paciente y examinaba de nuevo su pantorrilla, sus espasmos volvían. Me di la vuelta otra vez pero seguí mirándole y sus espasmos cesaron de nuevo. Informé al paciente que pensaba que los espasmos tenían un origen psicosomático. Puse una almohada bajo su pantorrilla para darle un soporte y lo cubrí con una manta. Los espasmos desaparecieron.

Segundo ejemplo

En una otra oportunidad, recibí una llamada de una persona involucrada en grupos DASH (autoayuda de dependientes holandés) y que había observado varios tratamientos. Me informó que una mujer de Yugoslavia de la mitad hasta el fin de sus 20 años se quejaba de un síndrome de abstinencia durante el tratamiento con ibogaína, pero el observador de DASH no creía que era el caso ya que no había signos observables de abstinencia.

Cuando llegué, la paciente estaba sentada en un sofá. Verifique sus pupilas y observé que no estaban dilatadas y le pregunté si estaba en abstinencia. Ella dijo que sí.

-¿Cómo te sientes en abstinencia? ¿Cuáles son las manifestaciones? pregunté.

-Me siento mal -dijo. Le pregunté si sus ojos estaban llorando.

-"Sí" -dijo, pero sus ojos no estaban llorando.

-¿Está tu nariz húmeda?

-“Sí” -dijo, pero su nariz estaba seca.

-¿Tienes escalofríos?” -pregunté.

-“Sí” -dijo, pero le hice reparar que no tenía escalofríos y finalmente, le dije:

-¿Tienes diarrea?

-“Sí” -dijo, pero no tenía cómo averiguar su declaración.

La paciente pidió que se le proporcionara fondos para volver a su casa y le contesté que yo no pensaba que era sabio para ella irse en este momento, pero que le daría para su pasaje en la mañana. Al día siguiente, el observador del DASH me informó que la paciente se había ido cuatro horas después de mí, informando al observador, como se iba, que no estaba mal, que solamente lo había dicho así. Este ejemplo demostraba la importancia de tratamientos administrados en hos-

pitales con un equipo médico completo de psiquiatras, neurólogos, internos, terapeutas, enfermeras, consejeros pares y abogados de pacientes capaz de evaluar y contestar cualquier aspecto de la condición del paciente en todo momento.

Abstinencia retardada

La queja de síndrome de abstinencia después de haber dejado el tratamiento fue reportada en tres casos. Hemos proporcionado tratamientos adicionales de seis meses hasta un año después del tratamiento inicial a pacientes que eran de nuevo adictos y planteaban que habían experimentado una cierta forma de abstinencia en la semana que siguió su primer tratamiento con ibogaína. Nuestro equipo de trabajo decidió guardar en observación pacientes que se quejaban así durante períodos iguales al número de días después del tratamiento, durante los cuales los pacientes planteaban que habían previamente experimentado síntomas de abstinencia.

Nuestros descubrimientos fueron que bajo esas condiciones de control, los signos de abstinencia anunciados son habitualmente síntomas de ansiedad o condiciones de ansiedad que los pacientes relacionan con abstinencia, quiere decir náuseas, diarreas o subidas de la presión arterial para un paciente hipertenso.

Post-efectos

Interrupción de la apetencia

La interrupción repentina del deseo de buscar y consumir abusivamente drogas es específica del procedimiento Lotsof como una modalidad de tratamiento para los problemas de dependencias químicas. Este efecto no es habitualmente percibido por el paciente hasta que los principales efectos de la ibogaína (visualización, evaluación cognitiva, inmovilidad comportamental y estimulación residual significativa) no sean más evidentes y que el paciente tenga la oportunidad de dormir. El reconocimiento inicial de la ausencia de deseo está habitualmente percibida 48 a 72 horas después de la administración de la ibogaína.

Nuestra experiencia obtenida estos últimos años a través del tratamiento de 20 personas fuera de Estados Unidos mostró que la mayoría de los pacientes pueden necesitar una serie de tratamientos antes que sean extinguidas las respuestas condicionadas (deseo) por una larga historia de dependencias químicas. Sin embargo, para tres de esos pacientes un solo tratamiento interrumpió la dependencia por un míni-

mo de dos años. La ventaja de la ibogaína es que empieza a permitir al paciente períodos de tiempo libres de apetencia durante los cuales el psiquiatra, el trabajador social, el terapeuta, el paraclínico y el paciente muchas veces se comprometen juntos en un trabajo de grupo para lograr un estado de no-dependencia de largo plazo para el paciente con la(s) droga(s) por las cuales está bajo tratamiento.

Soporte psicológico

Todos los aspectos del tratamiento de problemas de dependencia química comunes a otros métodos de tratamiento son comunes al uso de la ibogaína. Las características del paciente en términos de psicopatología, comportamiento, realización social así como las habilidades del equipo de tratamiento son significantes en los resultados del tratamiento.

En raros casos, cuando el paciente todavía tiene ocupación, educación y las facultades necesarias para lograrse en la sociedad, la tarea puede ser más fácil. En los casos donde el paciente no tiene esas facultades sociales o sufre la falta de atención médica para otros problemas, la atención y el entrenamiento deben ser proporcionados con estructuras de soporte psicológico.

El trauma sufrido por el paciente durante su infancia parece jugar un papel importante en el manejo del amor el miedo del abandono que es común en muchos de los pacientes que hemos tratado.
(Bastiaans, 1991).

Todos los paradigmas de apoyo psicológico deberían ser válidos para el paciente después del fin del tratamiento. Sus usos deberían ser contingentes con la evaluación de las necesidades y el progreso del paciente.

Una de las primeras diferencias que los trabajadores sociales, consejeros y terapeutas que ofrecen soporte psicológico notan en los pacientes tratados con ibogaína, comparando con sujetos no tratados, es la velocidad con la cual el soporte puede y debe ser proporcionado para ayudar al paciente a realizar sus objetivos y tomar decisiones. La ibogaína presenta una oportunidad de apertura libre de síntomas que el paciente y el terapeuta deben aprovechar. Un paciente lo presento 'ibogaína y los 12 pasos (grupos) te ayudan los dos a estar en contacto con tu alma. Ibogaína es como la gasolina de un cohete en (Village Beat, 1990). Es imperativo que el control de te se quede en contacto con el paciente y eso significa moverse dalmáticamente para ayudar al paciente a establecer metas 'ms tiene la posibilidad y el deseo de hacerlo.

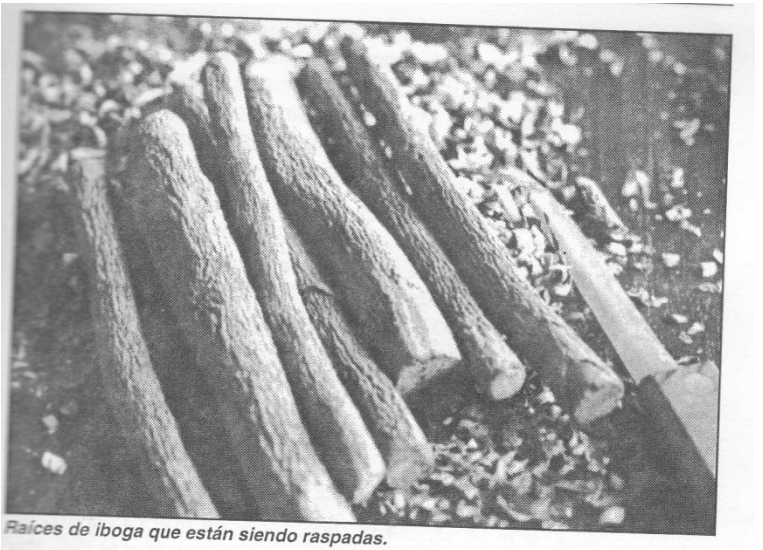
La ibogaína generalmente pone al paciente en un estado psicológico receptivo. Eso produce una relación entre el paciente y el terapeuta mutuamente recompensadora y benéfica, pero requiere que la persona provea un apoyo psicológico para trabajar a la vez más duro y más rápido que lo normal en modalidades de otros tratamientos. Previo al uso de la ibogaína en el tratamiento de dependencias químicas, puede haberse tomado de 3 a 24 meses (Judd, 1993) utilizando métodos tradicionales para asistir al paciente a lograr un estado de bien-estar libre del deseo de drogas (Kaplan et al., 1993). Esa ventaja que trae el tratamiento con ibogaína permite al equipo de asistencia apoyar al paciente a tomar decisiones para permitir su normalización e-integración en la sociedad como seres humanos autorrealizados y productivos.

Muchos de los parámetros aceptados en cuanto a la distancia entre el terapeuta y el paciente no son efectivos en el tratamiento con ibogaína. Los pacientes van a requerir un acompañamiento más intensivo y cercano, y generalmente están más abiertos a ello. Necesitarán una intervención más rápida para adquirir habilidades sociales y para superar y entender objetivamente diversos traumas experimentados durante sus vidas.

Reducción de la necesidad de sueño

En todos los casos, la ibogaína reduce temporalmente la necesidad de sueño del paciente hasta a tres o cuatro horas por noche. Este efecto puede durar un mes o más, volviendo gradualmente a la normalidad. Dos teorías han sido propuestas al respecto. Una teoría sugiere una larga bio-disponibilidad de la ibogaína o de uno de sus metabolitos. Esto concuerda con los estudios de farmacodinámica llevados a cabo en la Universidad de Miami (Mash, 1995). La segunda teoría sugiere que la causa está en la disminución de las necesidades psicológicas del sueño asociado con la necesidad de soñar. Las evidencias apoyando esta teoría están en el hecho de que la ibogaína promueve un intenso estimulo del ensueño que dura muchas horas durante su fase aguda de actividad.

La reducción en la necesidad de dormir es vista por la mayoría de los pacientes como una incomodidad, ya que usaron las drogas y el sueño como mecanismos de escapatoria. Esos pacientes pueden requerir alguna forma liviana de sedación durante los primeros días después del tratamiento con ibogaína. Las precauciones normales se tomarán al proveer sedantes a pacientes con una historia de dependencia química. En una minoría de casos, los pacientes han utilizado este nuevo tiempo disponible en provecho de su programa de actividades.



Raíces de iboga que están siendo raspadas.

Efectos a largo plazo

Se consideran de largo plazo los efectos notados entre 1 y 24 meses después del tratamiento, y en algunos casos más tiempo aún. Aporto tres ejemplos.

Ejemplo 1

Una pareja de heroíno-dependientes fue tratada. La mujer de 26 años era una relativa nueva adicta de tres meses mientras su esposo de 27 años tenía una historia de diez años de consumo de heroína. Al momento de su tratamiento se seguía un protocolo de atención de un solo paciente a la vez. Eran tratamientos iniciales y el equipo médico estaba familiarizado con lo que se podía esperar de tales episodios.

Partes de los episodios de tratamiento fueron observadas por el doctor Carlo Contoreggi, médico director del Addiction Research Center del Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas de Baltimore y el doctor Lester Grinspoon de la Escuela de Medicina de Harvard.

El esposo fue atendido primero, y la esposa fue totalmente colaboradora y de gran ayuda durante su tratamiento. Al día siguiente, cuando se administró su dosis de ibogaína a la mujer, su marido pidió autorización para dejar su cuarto y echarse en cama con ella. Informó

el personal médico y paramédico presente que hasta que encontrara su camino iba crear una perturbación al interferir con el tratamiento de su esposa. En lugar de una confrontación con un paciente enojado y agresivo, decidimos que era menos dañino dejarlo seguir adelante. Perturbó continuamente a su esposa durante su tratamiento. De allí decidimos tratar simultáneamente las parejas en cuartos separados.

Él se recuperó antes que su esposa, ya que ella tomó ibogaína 24 horas después de su tratamiento. Se quejó de que le afligía la cama y que no la aguantaba más y pidió permiso para dar un paseo en bicicleta. Al irse, su esposa rompió en llanto en los brazos de una mujer del personal, afirmando que no sabía si podría quedarse con su esposo, pero que tenía miedo de que se muriera si lo abandonaba. Era el motivo por el cual él la estresaba continuamente durante su tratamiento.

Después del tratamiento, el hombre prosiguió con su costumbre de controlar los contactos de su esposa con las demás personas, incluyendo el equipo terapéutico, negándoles el acceso a ellos. Supimos más tarde que ambos volvieron al consumo de heroína. Sin embargo, tres meses más tarde su esposa se dio cuenta de que su esposo era incapaz de amarse a sí mismo y a ella y no era la vida que deseaba. Dejó de consumir heroína, se inscribió en una escuela de enfermería, empezó los trámites de divorcio con su esposo, y es ahora enfermera especializada en psiquiatría.

Aunque inicialmente no reconoció que su decisión de dejar la heroína se debía al tratamiento con ibogaína, cuando los meses pasaron se dio cuenta de que su determinación a cambiar su vida fue catalizada por su experiencia con ibogaína.

Ejemplo 2

Un paciente adicto a la cocaína/cocaína base fue tratado según el Procedimiento Lotsof y experimentó una aguda interrupción de su consumo de droga. Durante su tratamiento con ibogaína tuvo la fuerte impresión que si continuaba consumiendo droga Dios le iba a castigar. Se quedó libre de todo consumo por alrededor de treinta días, luego de lo cual incrementó su consumo de droga durante nueve meses y fue tratado de nuevo. La dosis que recibió demostró ser inadecuada por el vómito de lo ingerido y una reacción intestinal inmediatamente luego de la administración rectal de ibogaína, que requirió para paliar la pérdida de la dosis oral. Su consumo de droga prosiguió pero muy por debajo de los niveles originales antes de su tratamiento.

Unos seis meses después de retomar su tratamiento, el primer grupo de terapia con ibogaína apoyado por la Coalición Internacional de

Auto-Ayuda al Adicto, dirigida por la psicoterapeuta Bárbara Judd, se estableció en Nueva York. El paciente siguió esas sesiones hasta quince meses después de su tratamiento inicial, cuando reconoció que tenía que alejarse de su barrio infestado de droga. Entonces se fue para Florida.

En Florida, se quedó libre de todo consumo, a pesar de tener acceso a la cocaína. Está empleado en la industria constructora, en una empresa propiedad de ex-adictos que también la conducen con estrictos patrones de no consumo de drogas.

Ejemplo 3

Una de las más importantes ideas enseñadas por personas tratadas con ibogaína es que la adicción puede ser reversible. Las personas dependiendo de drogas como los opiáceos o la cocaína no son capaces de reconocer que la químico-dependencia es un fenómeno reversible.

El tercer ejemplo es de la única persona químico-dependiente del estudio de 1962-1963 que recibió una serie de tratamientos a un nivel terapéutico con ibogaína. El sujeto quedó libre de adicción durante aproximadamente tres años y medio como resultado de su serie de tratamientos.

Durante este período se fue para California, se casó y trabajó en una farmacia. Más tarde perdió su empleo, aceptó una oportunidad de retorno a Nueva York y volvió a una vida de dispendio y consumo menor de droga que concluyó con su detención y encarcelamiento.

Luego de su liberación, trabajó un tiempo como conductor y paulatinamente retornó a su consumo de heroína y su dependencia en 1969. Felizmente, fue la época en que los programas de metadona se expandieron y pudo entrar en uno de los mejores conducido por el Hospital Beth Israel. En este momento, los programas disponían de un buen personal con médicos, enfermeras y asesores adecuados, y el paciente llegó al punto de reconocer que la vida de un adicto a la heroína no era lo que deseaba. No era sólo la heroína, sino el contexto en sí mismo, donde una vida humana no tenía valor, donde a veces un ser humano podía ser matado por dos centavos de un polvo inocuo en un sobre plástico. El paciente estaba dispuesto a abandonar la heroína, pero era un esclavo de su ansia de consumir opiáceos por el alivio ansiolítico que proporcionaban.

En un período de más de dos años, el paciente se estabilizó por sí sólo con metadona. Probó heroína una vez, dos semanas después de haber empezado la metadona y se encontró satisfecho del nivel de bloqueo que la metadona ofrecía, y nunca más consumió heroína.

A lo largo de los años siguientes, los programas de metadona cambiaron. Numerosos y competentes asesores no podían proseguir más por la situación de estrés y la sensación de frustración en su trabajo, una condición común en las comunidades terapéuticas. El Gobierno Federal instaló más y más restricciones a la libertad de movimiento de los pacientes con metadona y, a pesar que se considera que la metadona mantiene su consumidor por un lapso de veinticuatro horas, en muchos casos no es así. El paciente empezó un lento proceso de desintoxicación a partir de 100 mg. diarios de metadona, lo que requirió aproximadamente dieciocho meses.

La etapa final de desintoxicación fue seguida por la entrada del paciente en una formación de nivel superior luego de conseguir una beca para una universidad renombrada-. Al momento de la desintoxicación, la filosofía de los pacientes con metadona era que no se podía dejarla, pero habiendo tenido anteriormente su experiencia con la ibogaína, el paciente afirmaba que sabía que la adicción era reversible y este conocimiento le permitió con éxito dejar atrás su dependencia.

Una de las más importantes ideas enseñadas por personas tratadas con ibogaína es que la adicción pùede ser reversible.

Tratamiento habitual: un informe personal
(comunicación personal 1994)

El informe siguiente es del tipo de paciente que hemos buscado durante años: un doctor en medicina que requería un tratamiento con ibogaína. El sujeto era químico-dependiente de 600 mg. de Demerol diarios y había intentado interrumpir su consumo de droga numerosas veces sin el menor éxito. Nuestro interés particular en el asunto era la esperanza de que, como médico, nos podría proporcionar algún alcance profesional sobre el resultado de su tratamiento. Tomó notas y nos proporcionó un informe, sobre las cuatro diferentes dosis que recibió, que presentamos en su integridad. Este sujeto se mostró más sensible a la ibogaína que ningún otro individuo en los estudios conducidos fuera de Estados Unidos, y tuvo una experiencia completa desde la dosis de 10 mg./kg. El paciente participó en un protocolo de investigación que proponía una dosis intermediaria de ibogaína de 10 mg./ kg., administrada como parte de un estudio farmacocinético y de lo cual no se esperaba tuviera efectos terapéuticos, pero los tuvo. Como parte del protocolo, se administraba luego a los pacientes una dosis de 20 mg./kg. de conocidos efectos terapéuticos.

Primer día - 100 mg. (dosis de prueba NQ 1)

Tomé mi dosis de ibogaína y me fui a la cama, y me quedé echado. No sentí nada, hasta que el equipo médico llegó para las pruebas de la primera hora. Me sorprendió porque según mi evaluación mental, pensé que había tomado ibogaína unos 20 minutos antes. Cuando me paré, me sentí un poco soñoliento, y me era difícil caminar en línea recta. Tenía fotofobia y cualquier ruido menor me parecía más fuerte que en realidad. Los sonidos me molestaban mucho.

Durante las pruebas de las dos horas, los síntomas eran peores. Me era muy difícil caminar en línea recta, y el cuarto parecía latir, como un corazón. Me sentí muy cansado, y la única cosa que quería era descansar en cama. Cada movimiento de cabeza parecía empeorar las cosas.

Cuando me levanté para las pruebas de las tres horas sentí que los síntomas habían desaparecido. Tenía mucha hambre y comí. Después de comer, sentí algunas náuseas. Durante las horas siguientes no sentí nada, excepto que mis imágenes mentales eran más ricas en detalles que antes, como en una película en tres dimensiones.

Comí sin náuseas, dormí muy bien, y me desperté en muy buenas condiciones.

Segundo día - 25 mg. (dosis de prueba NQ 2)

Después de esta dosis de ibogaína, no sentí nada diferente de mi estado normal.

Tercer día - 10 mg. /kg. *(dosis experimental)*

Durante las primeras dos horas me sentí un poco diferente, como si hubiera fumado marihuana. Estaba muy tranquilo y relajado y toda la tensión del inicio del proceso se había ido. El cuarto parecía un poco diferente y los colores más vivos que lo normal. Las luces y los sonidos me molestaban, como la primera vez. De repente, con los ojos cerrados empecé a ver imágenes que aparecían en una pantalla, exactamente como en pantallas de televisión o cine. Esas pantallas aparecían en tamaño reducido y luego se ampliaban a medida que focalizaba mi atención sobre ellas. A veces aparecían pequeñas y luego empezaban a crecer como si estuviera caminando en su dirección, y a veces iban de la izquierda a la derecha, en un movimiento continuo.

.

Las imágenes en las pantallas se movían como en cámara lenta y eran muy vivas y muy nítidas. Vi árboles moviéndose con el viento, un hombre con campanas en las manos, varios paisajes con montañas y el ocaso del sol. En este momento sentí un poco de náuseas, y cuando los médicos me pidieron pararme para algunas pruebas, vomité. De las centenares de imágenes que vi este día, reconocí sólo dos: la primera, una imagen de mí mismo cuando niño, estático como sobre una foto. Esta imagen comenzó a acercarse y crecer, pero algo ocurrió en el cuarto y abrí los ojos, perdiendo la imagen. La segunda imagen que reconocí era de unos caballos danzando en un circo. Era un programa de televisión que había visto dos días antes. El tiempo parecía ir muy rápido, porque después de unas cuatro horas (en mi mente), ¡me dijeron que había tomado la ibogaína nueve horas antes! Me era muy difícil hablar inglés o castellano. Era sólo capaz de hablar en mi idioma materno. En este momento las imágenes empezaron a aparecer a un ritmo más lento y durante otras dos horas vi sólo pantallas sin imágenes. Desaparecieron unas 10 a ll horas después del inicio del experimento.

Comí muy bien y me quedé despierto toda la noche, entrando en sueño sólo a las 7 dela mañana, casi 24 horas después de haberse administrado la medicación. Durante la noche tuve algunos esclarecimientos sobre mi vida y las cosas que entendí hacía mal. Me quedé todo el día siguiente muy cansado, con sueno, pero muy feliz relajado, como nunca había experimentado antes.

Quinto día - 20 mg./kg. (dosis terapéutica)

Las primeras tres horas fueron similares a la última vez; fotofobia y una sensación desagradable con pocos ruidos. Después las imágenes empezaran a aparecer, a un ritmo más lento que la vez anterior. Había menos imágenes, pero las reconocía todas como partes de mi infancia. Me vi jugando en la granja de mi padre, manejando motocicleta, jugando con un primo, alimentando un pez y otras cosas más. Vi algunas imágenes recientes, como una de mi padre, riéndose en la sala de mi casa. Ello ocurrió aproximadamente un año antes. Entendí que tuve una infancia feliz, y no había nadie a quien culpar de mi adicción, sino a mí mismo. Sentí el amor procediendo de mis familiares y amigos. Sentí la misma distorsión del tiempo que ,el otro día, y luego de muchas horas tuve de repente una revelación. Era que mi mente y el universo eran la misma cosa, y que todas las personas en el universo y todas las cosas en el universo eran uno solo. Vi muchos errores que cometí durante mi vida, muchas actitudes que hubiera podido evitar, y ello me ayudó a decidir muy firmemente que nunca consumiré más el Demerol. Ahora puedo ver muy claramente que no necesitó Demerol para llevar mi vida. Y me siento mejor si no lo uso. Durante las primeras ocho horas después de tomar ibogaína, vomité 4 ó 5 veces, siempre cuando intenté moverme. Fui capaz de dormir a las 4 de la mañana, y comer solamente a las 9 de la mañana del día siguiente. Me desperté sintiéndome débil, cansado y entorpecido. A medida que las horas pasaban, dormí mucho y comencé a sentirme mejor y a la mañana del día siguiente estaba normal.

Diferencias 'en la vida cotidiana después de la experiencia

Volví a mi vida normal sin ningún ansia de consumo, con un mejor apetito que antes, y altamente confiado en mí mismo. Ahora puedo ver diferencias en algunos aspectos de mi personalidad, las cosas han cambiado. Por ejemplo, solía evitar manejar de noche, porque me recordaba un accidente de carro que tuve años atrás. Ahora puedo manejar a toda hora, de día o de noche, sin ansiedad. Estoy seguro que ello se debe a la ibogaína, porque no soy la misma persona muy ansiosa de antes. No soy tan tímido tampoco como acostumbraba ser. Me es más fácil ahora contradecir a la gente cuando pienso que se equivoca, y darle a conocer lo que pienso y lo que quiero. Solía aceptar todo lo que los demás decían sólo para evitar una discusión, aun cuando estaba seguro que mi punto de vista era el correcto.

Esos son los mayores acontecimientos de mi experiencia con la ibogaína y las principales diferencias que puede percibir en esos pocos días.

Algunos meses más tarde

> La cosa más importante que aprendí con todo lo que ocurrió es que no puedo nunca subestimar el poder de la personalidad adicta que tengo adentro. No puedo decir nunca que estoy curado porque si lo hago, voy a olvidar protegerme de la droga mediante los pensamientos. Tengo que saber que tengo una enfermedad crónica que estará tranquila en su lugar hasta que le dé una oportunidad de crecer. Esta decisión, y ahí está el punto, es una decisión consciente. Si caigo, la enfermedad estará fuera de control en pocos días. Pero, si puedo ser fuerte para tomar un control real y honesto de mis ideas de consumo de Demerol, seré libre para siempre.
>
> Hace pocos días, en razón de necesidades profesionales, tuve que guardar dos dosis de Demerol conmigo, en casa, toda la noche. Para protegerme, los di a mi esposa. Pero fue sorprendente ver cómo no me sentía ansioso por consumirlos sino para darles a los pacientes que los necesitaban. Sentí claramente que el Demerol era un cosa extraña en mi entorno. No tenía curiosidad por saber dónde mi esposa los había puesto, no sentía ninguna angustia de consumo. Estaba sólo atento al momento que pudiera darlos al paciente y decir: lo hice. Y lo hice, gracias a todos ustedes del NDA.
>
> No quiero ser aburrido, pero no tengo palabras para decir cómo nos sentimos, mi familia y yo, agradecidos. Los recordaré por toda mi vida.

Hay que decir que este paciente ofrecía algunas ventajas en términos de desenlace de su tratamiento. Tenía una profesión, estaba altamente motivado, y no requería el significante apoyo psicosocial necesario en numerosos otros pacientes que no tienen esta base.

Resumen

El seguimiento de observaciones de pacientes que hemos sido capaces de realizar una significante minoría, posiblemente un 25%, es reducido. En numerosos casos hemos mantenido un contacto directo con el paciente solamente dos meses después del tratamiento. En un único caso, durante cinco años. Las dificultades en torno al contacto con los pacientes se deben a las distancias geográficas, tanto nacionales como

internacionales ya que nuestros pacientes procedieron de diversas ciudades y países. Este factor, como los problemas habituales para seguir la huella de la población químico-dependiente, debe tomarse en consideración para evaluar los datos de este artículo.

Las conclusiones generales basadas en el estudio de las observaciones son que una simple administración de ibogaína es un interruptor delos disturbios de la químico-dependencia. Una serie de tratamientos dados durante un período de tiempo producirá resultados más significativos y permitirá a algunos liberarse completamente de su dependencia, o su consumo, de opiáceos y estimulantes, incluyendo la cocaína y la nicotina por años. Los datos sobre el tratamiento de la dependencia alcohólica en sujetos humanos son mínimos.

La ibogaína tiene la capacidad de atenuar significativamente el síndrome de abstinencia a los opiáceos en todos los pacientes y, en el 90% de los casos tratados, de interrumpir, con una sola administración-, la compulsión individual a continuar el consumo de drogas, por períodos que van de un tiempo corto de dos días hasta un tiempo largo de dos años y medio. Al mismo tiempo, la ibogaína mostró su aptitud para facilitar la liberación de memorias reprimidas y fomentar un proceso de abreacción que creo es un importante aspecto en la capacidad de la ibogaína de interrumpir el químico-dependencia.

Con miras a conseguir los mejores beneficios para las personas tratadas con ibogaína, se debe proveer una estructura psicosocial. Los que ofrecen este procedimiento deben poseer un conocimiento en el campo del tratamiento de las químico-dependencia, y los pacientes deben ser tratados con amabilidad y respeto. En, numerosos casos, tal abordaje será la primera atención de esta naturaleza que el paciente habrá experimentado en décadas.

Los pacientes merecen cariño y respeto; este tipo de cuidado constituye una parte importante del proceso curativo. Finalmente, médicos y personal de apoyo deben ser específicamente 'entrenados en el Procedimiento Lotsof para entender plenamente la transformación física y psicológica del paciente, las ventajas del Procedimiento, y las *responsabilidades de los proveedores de ibogaína para el tratamiento de los problemas de las químico-dependencias. Además, la comprensión de la acción de la ibogaína puede entrañar datos importantes sobre la memoria, el aprendizaje, los sueños y el ensueño, como sobre la dependencia, la tolerancia y el abuso de sustancias químicas.