

LA FUNCIÓN DEL MÉDICO EN ESTUDIOS ETNOBOTÁNICOS *IN SITU*

Por: **Andrew Kahl**

*V.A. Medical Center Houston, Texas and Baylor College of Medicine,
Houston, Texas.*

Jesús M. Idrobo: *Botánico. Traductor*



EN LOS TIEMPOS DE LA CONQUISTA, EL HOMBRE BLANCO APRENDIÓ A ASIMILAR LA SABIDURÍA TRIBAL DE LOS INDIOS. SIN EMBARGO, ESTE CONOCIMIENTO HOY CORRE EL RIESGO DE QUEDAR RELEGADO A LA HISTORIA PUES NO SE HA SALVAGUARDADO NI ESTUDIADO. PARA EL AUTOR DE ESTE ARTÍCULO, REALIZAR INVESTIGACIÓN SOBRE ETNOBOTÁNICA Y ETNOFARMACOLOGÍA ES IMPORTANTE NO SÓLO POR CONOCER LOS LOGROS DE UNA MEDICINA ANCESTRAL SINO PORQUE SE PUEDE ENCONTRAR NUEVAS MEDICINAS. TAMBIÉN ORIENTA EL ARTÍCULO HACIA LAS RAZONES DEL POR QUÉ LOS ESTUDIOS ETNOMÉDICOS DEBIERAN SER CONSIDERADOS COMO MEDIOS PARA LA PRESERVACIÓN DE LA RIQUEZA TANTO DEL CONOCIMIENTO COMO DEL AMBIENTE.

Los bosques tropicales, que cubren solamente 7% de la superficie de la tierra, contienen más de la mitad de las especies de la biodiversidad del mundo entero y son los más ricos depositarios de diversos compuestos orgánicos (1). ¿Cuántos de ellos tienen propiedades farmacológicas? es un interrogante de pura conjetura que abre una oportunidad casi ilimitada para la investigación. Sin embargo, si a la deforestación se le permite progresar

según la proporción que se ha venido dando desde 1985, puede resultar una desaparición total de los bosques tropicales entre los años 2015 y 2020 (2).

El área amazónica soporta más de 50.000 especies de plantas superiores (cerca de 20% del total mundial) (3) y pertenece a una de las regiones más diversas biológicamente en los trópicos. A comienzos de este siglo era el hábitat de centenares de tribus indígenas (el número exacto jamás será conocido) y una

sola tribu de indios amazónicos usaba más de 100 especies de plantas con propósitos medicinales (4). Había, por supuesto, sobreposición intertribal considerable en las especies de plantas medicinales pero estas cifras indican la extensión de la riqueza farmacológica de la región. Desgraciadamente, a finales del siglo más de 90 tribus amazónicas se han extinguido totalmente (4). Esto conduce a una pérdida vertiginosa e irremplazable del conocimiento etnofarmacológico y medicinal de la



❖ CERCANÍAS DE MOCOA. PUTUMAYO

PAYÉ YUKUNA. CAÑO GUACAYÁ, RÍO
MIRITIPARANÁ, AMAZONAS.
(EVANS SHULTES Y RAFFAUF, 1994, P. 66)



LA TRADICIÓN TRIBAL ES
UNA MINA DE ORO DE
COMPUESTOS FARMACOLÓGICOS
ACTIVOS Y LAS PRÁCTICAS DE
CACERÍA TRIBALES PROPORCIONAN
EJEMPLOS NOTABLES

gente del bosque tropical. La situación es más dramática aun dado que actualmente se está extinguiendo de una a dos especies de plantas diariamente (5).

La investigación etnobotánica en el área amazónica, iniciada por aventureros en los tiempos de la conquista, se ha llevado a cabo más tarde por los exploradores botánicos quienes acumularon deslumbrantes informes de plantas medicinales y prácticas curativas de los indios. Richard E. Schultes, etnobotánico contemporáneo de la Universidad de Harvard, empleó 48 años de investigación entre los indios del oriente de Colombia y Ecuador. En esta área que comprende solamente 10% del bosque de la amazonía, coleccionó más de 1500 especies de plantas medicinales y tóxicas y concluyó que «esto representa solamente parte de la riqueza farmacológica de esta región» (3).

Desde que el hombre blanco «descubrió» América empezó a elaborar la ciencia farmacológica de los indios. Dos puntos de partida son dignos de mención. En 1644 un mi-

sionero jesuita Padre Bartolomé Tafur, envió del Perú a Roma un remedio contra la malaria —una corteza de árbol de la fiebre (*Cinchona affinalis*, Rubiaceae)— el primer remedio efectivo contra esta mortal enfermedad. Desde entonces la «corteza de los jesuitas» fluyó continuamente a Europa. Once años después, en el cónclave que eligió al Papa Alejandro VII, ningún cardenal sucumbió por malaria (6) y el remedio cambió su nombre por el de «corteza del cardenal». Durante los siglos siguientes salvó incontables vidas y en 1820 fue aislada la quinina su principio activo e introducido para el tratamiento en forma pura. Una intrincada historia del asunto del hombre con el curare (7) está más allá del alcance de este artículo, pero nunca debe olvidarse que este mortal veneno que hizo posible la anestesia moderna, era extraído desde viejos tiempos por casi todas las tribus amazónicas de la corteza de lianas pertenecientes a las familias Menispermaceas y Loganiáceas.

De «descubrimientos» más recientes del hombre blanco en América tropical hay uno que merece ser mencionado: La EPIBADINA —un calmante 200 veces más fuerte y estructuralmente diferente de la morfina que ha sido aislado de las secreciones de la piel de una ranita ecuatoriana (*Epidobates tricolor*, Dendrobatidae) (8). Los indios Kofanes usaban estas ranas para envenenar sus dardos. La etnofarmacología de la región amazónica parece tener la clave para el tratamiento del mal más común de la humanidad, el dolor. La medicina moderna puede ofrecer contra los síndromes dolorosos crónicos solamente agentes no esteroideos antiinflamatorios los cuales proporcionan un alivio in-

completo. Los opiados debido a la adicción son evitados cuando se necesita un tratamiento prolongado. La *epibadina* obra mediante un mecanismo morfino-independiente y en los experimentos preliminares con ratones, no causa adicción.

La tradición tribal es una mina de oro de compuestos farmacológicos activos y las prácticas de casería tribales proporcionan ejemplos notables. El análisis de secreciones de la piel de rana, usadas para envenenamiento de dardos, ha revelado un intrigante número de compuestos que tienen alta afinidad con los receptores específicos en las neuronas y el músculo cardíaco (9). Aquellos que han facilitado aislamiento, purificación y síntesis (batrachotóxicas, histrionicotoxinas, piretroides para nombrar unos pocos), son poderosas herramientas para el estudio de las membranas excitables. Varios se unen y modifican los canales de voltaje-sensitivo del sodio (10). Nuestros anestésicos locales y una clase de antiarrítmicos (lidocaina y derivados) y varios medicamentos antiepilépticos actúan mediante el mismo mecanismo de bloqueo de los canales del sodio y son en realidad congéneres de las toxinas que los indios americanos han estado extrayendo a lo largo de siglos para envenenar dardos. La cocaína, el primer anestésico local descubierto por el hombre, pertenece al mismo grupo de bloqueadores del canal sódico.

El hombre blanco asimiló la sabiduría tribal de los indios y esto es solamente una de las razones para que este conocimiento debiera ser salvaguardado y estudiado antes de que quede relegado a la historia.

La investigación sobre etnobotánica y etnofarmacología —los dos pilares de la medicina tribal— es una tarea urgente no sólo en pro de encontrar nuevas medicinas, sino de mayor importancia para proteger los logros de la mente humana y conocer nuevas ideas. Dentro de este marco conceptual, los estudios etnomédicos debieran ser considerados como medios para la preservación de la riqueza tanto del conocimiento como del ambiente.

Desde una perspectiva puramente utilitaria debiera hacerse la siguiente pregunta: ¿la metodología etnofarmacológica es efectiva en la búsqueda de nuevas terapéuticas? La respuesta es positiva sin temor a equivocarse. En 1985 la base de datos NAPRALERT⁽¹⁾ mostró un total de 119 terapéuticos derivados de plantas superiores (de 90 especies de plantas) usados en forma químicamente pura en el mundo entero (11). Setenta y cuatro por ciento de estos compuestos fueron descubiertos como resultado de estudios etnobotánicos. Además, estas drogas se usan ahora para tratamiento de condiciones similares o relacionadas con

aquellos para los cuales las plantas originales se usaron en prácticas curativas tradicionales (12,13).

La magnitud de la riqueza farmacológica del reino de las plantas puede apreciarse mediante la comparación del insignificante número de 90 plantas, de las cuales proceden todas las drogas corrientes de origen vegetal con el total de 250.000 especies vegetales superiores de este planeta. 10% (un estimativo conservador) incluye las especies que han sido o son usadas en medicina tradicional. Menos de 1% se ha sometido a estudio farmacológico (3).

EL ANÁLISIS DE SECRECIONES DE LA PIEL DE RANA, USADAS PARA ENVENENAMIENTO DE DARDOS, HA REVELADO UN INTRIGANTE NÚMERO DE COMPUESTOS QUE TIENEN ALTA AFINIDAD CON LOS RECEPTORES ESPECÍFICOS EN LAS NEURONAS Y EL MÚSCULO CARDÍACO



Fotografía de Roberto Quiñones

(1) La sigla para «Alerta para los Productos Naturales»; base de datos en la Universidad de Illinois, Chicago, III.

La investigación moderna sobre nuevas drogas de origen vegetal involucra cuatro métodos: 1. Colección al azar de las plantas para una investigación total; 2. exámen de herbales y otras fuentes de literatura antigua; 3. vía quimiotaxonómica basada sobre la asunción de que las especies dentro de cada familia comparten ingredientes comunes farmacológicamente activos y 4. la vía etnobotánica basada en información folclórica (14). El último método es el más efectivo por que se confía a los resultados finales de la investigación obligatoria, que se ha llevado a cabo durante milenios por gentes nativas en sujetos humanos.

En 1795 William Withering M.D., llamó la atención pública hacia la digital, *Digitalis purpurea*, después de analizar hierbas con campesinos de Shropshire (Islas Británicas) usadas para tratamiento de hidropesía (15). Doscientos años después el glicósido de la *Digital* (Digoxina) es la piedra fundamental en el tratamiento del fallo cardíaco crónico.

Hay por lo menos cuatro razones para la vinculación a un médico en la investigación farmacológica *in situ*. El traer la pericia médica moderna al lugar donde los etnobotánicos coleccionan las plantas medicinales permitirá:

1. Establecer la diagnosis preliminar de las condiciones de salud tratadas;
2. Verificar la eficacia de las modalidades del tratamiento;
3. Aprender nuevas ideas en la teoría y práctica de la medicina;
4. Construir un puente conceptual entre la medicina de los indios y la nuestra.

LA IMPORTANCIA DE ESTABLECER LA DIAGNOSIS PRELIMINAR

Los datos etnobotánicos estandar incluyen el sitio de colección, nombre del informante, nombre común de la planta medicinal, nota sobre suelo y medio ambiente, indicación del uso medicinal y el espécimen botánico depositado para un registro permanente en un herbario de conocida idoneidad. Algunos detalles sobre la preparación del remedio, métodos y frecuencia de aplicación y duración de la terapia son registrados también.

La pericia taxonómica del etnobotánico es de importancia primordial en el establecimiento de la unión entre el nombre local y el científico de la planta. Desafortunadamente, la descripción de la enfermedad en tratamiento en literatura

etnobotánica es vaga frecuentemente. Términos como «micción dolorosa en la vejez», «estados hidrópicos», «condiciones pulmonares», «movimientos descontrolados del cuerpo» (3), al describir las diferentes características fenomenológicas de las enfermedades no permiten hacer una diagnosis.

¿Podría un médico diagnosticar una enfermedad en el bosque tropical? La barrera del lenguaje (los indios de la amazonía colombiana solamente representan más de diez grupos lingüísticos), no hace posible llevar a cabo un examen médico completo debido a restricciones culturales y dificultades prácticas, falta de facilidades auxiliares, etc.

No obstante, el médico, con la investigación etnobotánica *in situ*,



LA QUINA (*CHINCHONA DISSIMILIFLORA*), PLANTA TROPICAL UTILIZADA PARA COMBATIR EL PALUDISMO. CRECE CON ABUNDANCIA EN LA REGIÓN AMAZÓNICA. (CONFLICTO AMAZÓNICO 1932/1934, 1994, p.38)

puede clarificar sustancialmente el diagnóstico dudoso de términos usados por quien no sea médico. A este respecto su papel queda definido con precisión: dotado de habilidades profesionales y unos pocos útiles portables (esteptoscopio, esfingomanómetro, termómetro, martillo neurológico, audífono, papel tornasol 7L(2) y algunas veces, guantes quirúrgicos) debería tratar de hacer un diagnóstico tentativo. Al vincular la diagnosis con el remedio farmacológico específico, u otra práctica curativa, está estableciendo la base para la comprensión del conducto médico.

EL DIAGNÓSTICO EN UNA INVESTIGACIÓN ETNOMÉDICA

Hay dos ejemplos escogidos para ilustrar la capacidad del médico para hacer una diagnosis tentativa en una investigación etnomédica in situ. La descripción de las condiciones («micción dolorosa en la vejez» y «estados hidróticos»), son citas textuales tomadas de «The Healing Forest» del famoso etnobotánico, profesor Richard E. Shultes (3).

La referencia a «micción dolorosa en la edad senil» de inmediato acciona en la mente del médico la pregunta acerca del sexo del paciente. Si la respuesta es «masculino» entonces, instantáneamente viene la pregunta: ¿«el chorro de la orina es lento y difícil al inicio»? Si esta respuesta es positiva y al examinar el abdomen del paciente la vejiga se encuentra distendida, entonces el síndrome de obstrucción del tracto urinario inferior, debido a inflamación, de la próstata, emerge como la diagnosis probable, aun sin recurrir a tacto

rectal para tantear el tamaño de la glándula prostática. Si la barrera del lenguaje previene el conseguir una respuesta detallada para la segunda pregunta, observación de la orina puede dar suficientes claves para discriminar entre agrandamiento de la próstata e infección del tracto urinario inferior. Y el valor del encontrar el nuevo remedio potencial para el agrandamiento de la próstata (al ser causado por simple hipertrofia de la próstata o su cáncer) no puede ser sobrestimado.

«Estados hidróticos», que en medicina moderna corresponden a síndromes de sobrecarga de fluido, proviene de falla cardíaca, renal o hepática. La característica común es, por supuesto, varios grados de hinchazón de tobillos y pies, respiración corta en adición a pulso acelerado y distensión de las venas del cuello. Pero algunas características adicionales pueden indicar falla de uno de los tres órganos mencionados.

Presión sanguínea normal o baja, descoloración azulosa, enfriamiento de las yemas de los dedos, nariz y orejas favorece la diagnosis del fallo cardíaco. Esto puede ser confirmado con respuesta positiva a la pregunta «¿ha tenido alguna vez ligeros dolores del tórax? Si la barrera idiomática se interpone en el camino, la seña universal, que cubre todas las razones y culturas, llega al rescate: el puño fuertemente cerrado se aplica contra el pecho —expresión no hablada de angina pecto-



«LA CURACIÓN CHAMÁNICA IMPLICA UNA LIMPIEZA TOTAL DEL ENFERMO Y UNA ACTITUD RESPETUOSA DE LOS PARTICIPANTES» ILUSTRACIÓN DE LA CARTILLA «LA MEDICINA INGA», SENA 1991. (ZULUAGA, 1994, P. 73)

ris y ataques cardíacos. El examen de corazón y pulmones proporciona informaciones adicionales. Finalmente, la inspección ocular con la ayuda de un oftalmoscopio puede revelar cambios de retina consistentes con (previa) hipertensión.

La presión sanguínea alta, brevedad respiratoria, edema en disco de nervio óptico (examen de los ojos) y concentración alta de proteína en la orina (chequeada con el papel tornasol 7L) favorece a los riñones como culpables. Paciente emaciado, normotensivo con esclerótida amarilla y venas prominentes con abdomen

(2) Para chequear el pH de la orina y la presencia de hemoglobina, leucitos, proteína, glucosa, cetona y otras sustancias.

inflado con fluido, está sufriendo un daño hepático.

En medicina moderna es importante el reconocimiento de qué órgano (corazón, riñones o hígado) está fallando en los pacientes con las piernas hinchadas. Aunque el uso de los diuréticos es todavía muy común, últimamente están surgiendo métodos terapéuticos específicos. Es posible que los indios, al usar un marco teórico diferente puedan haber desarrollado modalidades curativas precisas para casos discretos de «estado hidróticos». Quien quiera que desprecie esta posibilidad por insen-

médico: la orina del paciente actúa como un imán sobre las hormigas. Pero entonces viene la pregunta crucial omitida virtualmente siempre por los etnobotánicos: «¿El paciente es obeso?» y «¿normalmente pierde el peso?» La respuesta trae la clave para la distinción esencial entre las enfermedades reunidas, desafortunadamente, bajo el mismo nombre. Un paciente obeso es, muy probablemente un diabético tipo II. Pero un paciente flaco, que está perdiendo peso con aliento a acetona tiene diabetes tipo I —una enfermedad completamente diferente. De acuer-

elementales en el diagnóstico diferencial es imposible y tiene que descartarse una parte tangible de información potencial disponible.

Las funciones del etnobotánico y el médico al trabajar en equipo en las comunidades indígenas se complementan mutuamente. Dos preguntas claves, que optimizan dos áreas del conocimiento deberán hacerse in situ de los estudios etnobotánicos. Estas preguntas son: «¿Qué clase de plantas medicinales usa usted?» y «¿puedo ver los pacientes que está usted tratando?» Estas preguntas hechas en forma consistente



♦ "VASIJA DEL ALTO VAUPÈS, COLOMBIA, EN LA QUE SE ELABORA EL YAGÈ QUE SE CONSUMÍA EN LAS CEREMONIAS" (CULTURAS INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA 1992, FIG. 224)

A ÉL SE LE PRESENTARÁN HIPÓTESIS, CREENCIAS Y PROCEDIMIENTOS CUYO SIGNIFICADO PRÁCTICO ESCAPE A LA COMPRESIÓN DE QUIENES NO SEAN MÉDICOS. ÉL ESTÁ IDEALMENTE EQUIPADO PARA CAPTAR LA IMPORTANCIA DE FENÓMENOS CULTURALES AL PARECER TRIVIALES QUE TIENEN CAPACIDAD DE ABRIR NUEVOS HORIZONTES EN «NUESTRA» MEDICINA.

sata debiera recordar que ellos extractaron y concentraron curare aunque no fueron entrenados en laboratorios químicos.

Abundan los ejemplos de cuando el médico enfoca instantáneamente consideraciones diagnósticas las cuales habían pasado desapercibidos de otra manera. El caso más obvio involucra a un paciente que siente sed constante y micción frecuente. Imaginar la diabetes no requiere un profundo entrenamiento

do con «nuestra» medicina el debe ser tratado inmediatamente y por el resto de su vida, con inyecciones de insulina; de otra manera morirá en coma pronto. Es una consideración espeluznante que en un bosque tropical un indio con diabetes tipo I pueda sobrevivir con la ayuda de un remedio vegetal.

Una vez se haya terminado la colección de datos etnobotánicos por quien no sea médico, todo intento a posteriori de reconstruir los pasos

y coordinada tienen un efecto autoestimulante y un acelerado progreso de la investigación.

VERIFICACIÓN DE EFICACIA DE LAS MODALIDADES DE TRATAMIENTO

No se necesita mucho entrenamiento médico para evaluar los resultados de aplicar la savia de un árbol sobre la piel en el tratamiento

de una infección fúngica. El tratamiento médico significa que la cocepción y los pelos duros de la piel desaparecen. El paciente será el primero en saberlo y quedará satisfecho. Igualmente, cuando la cocción de una planta es recetada para el tratamiento de debilidad y olvido, el primero en darse cuenta que el tratamiento fue un éxito es el paciente.

En algunos casos sin embargo, unos parámetros más sutiles que la cocepción y descaspe de la piel tienen que ser analizadas y es necesario entrenamiento médico para se-

ridad y encontrar sonidos (y patologías) específicas al escuchar el corazón y pulmones del paciente. Si el tratamiento es efectivo estos sonidos se desvanecen y desaparecen algunos días antes de que disminuyan la hinchazón de las piernas. Así mismo, el pulso que disminuye y se regulariza puede anunciar el progreso. Contar el pulso y escuchar el corazón y pulmones debiera ser una diaria rutina de evaluación del bienestar del paciente y la eficacia del tratamiento. Además, el disminuir el número de pulsaciones del primero

como indicación de la eficacia del tratamiento.

En un paciente obeso que constantemente tiene sed y orina con frecuencia, pero niega molestia alguna al orinar (diabetes melitus, tipo II), la glucosa en la orina (y cetona, algunas veces) debe observarse durante el tratamiento. Al contrario, en una mujer que se queja de micción dolorosa y frecuente (infección del tracto urinario inferior), la sangre y leucocitos en la orina, serían los parámetros más apropiados para el seguimiento.

CÓMO CONOCER IDEAS NUEVAS EN TEORÍA Y PRÁCTICA DE LA MEDICINA

Esta es, probablemente, la razón más importante para enviar un médico a las comunidades de los indios. La pericia en «nuestra» medicina lo capacita para apreciar aquellos aspectos de la medicina tribal que están fuera del alcance de los etnobotánicos. A él se le presentarán hipótesis, creencias y procedimientos cuyo significado práctico escape a la comprensión de quienes no sean médicos. El está idealmente equipado para captar la importancia de fenómenos culturales al parecer triviales que tienen capacidad de abrir nuevos horizontes en «nuestra» medicina.

Hace tres años, en Ecuador, un shamán waorani me explicaba el concepto de una etiología dual de las enfermedades: (a) las enfermedades shamanísticas son causadas por «flechas» disparadas por un shaman maligno a solicitud de un enemigo del paciente, (b) las enfermedades infecciosas son causadas por un agente capaz de «saltar» de una persona a otra. En 1861 el Dr. Ignaz Philip Semmelweis, que ejercía la

leccionar las directrices más apropiadas a seguir, especialmente en las primeras fases del tratamiento. Si esta selección se hace con cuidado algunas veces puede hasta deducirse el modo de acción de algunos remedios. Los siguientes ejemplos ilustrarán este punto.

En un paciente con hidropesía causada por deficiencia cardíaca, el médico está debidamente preparado para pensar en la utilidad de chequearle las pulsaciones y su regula-

al segundo día del tratamiento puede indicar el modo de acción de un agente terapéutico: su actividad tipo Digitalis.

En un paciente con dolor de cabeza y hemorragia nasal sin trauma precedente, la hipertensión debe sospecharse. El tratamiento efectivo causa un decrecimiento rápido y sostenido de la presión alta y la desaparición de algún otro sonido patológico del corazón. El médico hace el seguimiento de estos parámetros



SELVA DEL DEPARTAMENTO DE PUTUMAYO



CEIBA EN DESCOMPOSICIÓN. SELVA DEL DEPARTAMENTO DE PUTUMAYO.

medicina en la culta Viena concluía que la fiebre puerperal era causada por un agente transferido por las manos de los médicos que examinaban los pacientes. De acuerdo con esto, ordena que las manos deberían ser lavadas con un blanqueador antes que el doctor tocara una mujer durante el parto. La mortalidad por fiebre puerperal decreció inmediata y dramáticamente en el hospital donde se impuso la orden del Dr. Semmelweis. Pero el nuevo concepto de la expansión y prevención de la fiebre puerperal estaba más allá del alcance de la comunidad médica de Viena. El Dr. Semmelweis fue ridiculizado y declarado loco, si el hubiera explicado su idea a los indios waorani, ellos posiblemente hubieran valorado al sabio hombre blanco que llegó, aunque posteriormente a sus antepasados, a similar con-

clusión sobre la difusión de ciertas enfermedades.

Durante siglos los indios quechuas ecuatorianos trataban el dolor de cabeza con tallos de *Brugmansia arborea* (Solanaceae), cortados longitudinalmente y colocados sobre el cuero cabelludo. En esa forma los alcaloides del *tropano* de la planta habían estado entrando a la circulación y proporcionaban un alivio del dolor a los 15 minutos o un efecto soporífero si el contacto de las astillas de la planta duraba más tiempo (15). Nuestra medicina moderna ha estado usando la acción de las drogas transdermales durante los últimos veinte años. El parche de escopolamina aplicado detrás de la oreja para el tratamiento del vértigo se vende en los Estados Unidos desde hace 10 años. El retardo de la llegada de los parches cutáneos ha sido

causado por la mezquina apreciación de que las drogas absorbidas a través de la piel pueden ser confiables.

CONSTRUIR UN PUNTE CONCEPTUAL ENTRE LA MEDICINA DE LOS INDIOS Y LA NUESTRA

La construcción de un puente conceptual entre la medicina de los indígenas y la nuestra es una tarea sumamente difícil en la investigación etnomédica. El análisis del concepto de los indígenas sobre la salud, la enfermedad, la muerte y el origen de las enfermedades es el primer paso en esta dirección. De dos teorías y prácticas curativas —herbalismo y shamanismo— estamos capacitados para comprender solamente la primera.

El marco intelectual del cual un curandero hace la curación difiere del nuestro ¿pero comparten puntos comunes? ¿cuáles parámetros sigue él y por qué? ¿cuál es el punto final del tratamiento? ¿Cómo explica los mecanismos mediante los cuales sus prácticas tienen éxito o fallan? Estas preguntas van más allá de las fronteras del entrenamiento médico moderno. Requieren la participación de antropólogos y lingüistas y enfatizan la naturaleza multidisciplinaria de la investigación etnomédica.

La idea fundamental se expande a todas las culturas indígenas: la conexión mágica entre el hombre y su medio ambiente. Este concepto profundamente inspirante, probablemente común a todas las sociedades humanas, en ciertas etapas del desarrollo, está desafortunadamente, tan perdido en la cultura occidental que un hombre contemporáneo educado frunce los hombros cuando se le recuerda que semenjante unión

puede existir. No sabemos todavía cuál es la magnitud del precio que tenemos que pagar por nuestra indiferencia a este concepto. Los estudios etnomédicos pueden ayudar a comprender esta unión, resucitarla y adoptarla a las culturas modernas.

En la era del proyecto genoma y biología molecular hoy y siempre debiera haber un espacio para la investigación fuera del camino restringido del pensamiento contemporáneo. El shamanismo o la creencia en el significado sagrado de cada cosa en el medio ambiente parece extra-

ño y fuera del alcance de las mentes entrenadas en la física, la química y la medicina. Pero esto no es prueba de que estas prácticas y creencias son «estúpidas» o «sin valor». El enfrentar los enigmas en las culturas exóticas debiera estimular la voluntad de observar, analizar y entender (o sea hacer traslado a términos e ideas familiares). Esto es la avenida para asimilar los logros de las mentes y pericias humanas extrañas.

La liana *Chondrodendron tormentosum* no mata ni anuncia su contenido del mortal curare. Para

extraerlo y concentrarlo, los indígenas desarrollaron varios pasos. La agencia directora que ellos usaron para llegar al éxito no es menos enigmática que su medicina. Esto debiera servirnos como advertencia contra nuestra arrogancia.&

AGRADECIMIENTO

El autor está profundamente agradecido con el Profesor Jesús M. Idrobo por la invitación a escribir este artículo, por su apoyo, alentadores consejos y gentil traducción al español.



BIBLIOGRAFÍA

- HOLDRIDGE, L.R. "Determination of plant formations from simple climatic data." **Science**. 1947; 105:367-68
- CAUFIELD, C. «Fever bark» pp. 209-217 in **In the Rainforest** C. Caufield ed., Univ. of Chicago Press, Chicago. 1984
- GENTRY, A.H. «Endemisms in tropical versus temperate plant communities» pp. 153-181 in «**Conservation Biology: The Science of Scarcity and Diversity**», M.E. Soul M.E., ed., Sinauer Associates, Sunderland, Mass.1986
- FARNSWORTH, N.R. «Screening plants for new medicines» pp. 83-97 in **Biodiversity**, Wilson E.O., ed., Natl. Acad. Press, Washington, D.C. 1988
- FARNSWORTH, N.R. Ethnopharmacology and future drug development: the North American experience. **J.Ethnopharmacol.** 1993; 38:145-152
- BENTLER, J.A., CARDELLINA II, J.H., MCMAHON, J.B., BOYD, M.R. "Anti-HIV and cytotoxic alkaloids from *Buchenavia capitata*". **J. Natl. Products** 1992; 55:207-21361.
- ATTA-UR-RAHMAN, ZAMAR, K., Medicinal plants with hypoglycemic activity. **J. Ethnopharmacol.** 1989; 26:1-55
- GUSTAFSON, K., et al "A nonpromoting phorbol from Smoan medicinal plant *Homalanthus mutans* inhibits cell killing by HIV-1. 1992"; **J. Medicinal Chem.** 35:1978-1986
- BISSET, N.G. "War and hunting poisons on the New World. PartI. Notes on the early history of curare." **J. Ethnopharmacol.** 1992; 36:1-26
- ERWIN, T.L. «The tropical forest canopy -the heart of biotic diversity» pp. 123-129 in **Biodiversity**, Wilson E.O. ed., Natl. Acad. Press, Washington, D.C. 1988
- ERHARDT, E.P. In search of Digitalis replacement **J. Medicinal Chem.** 1987; 30: 321-237
- CROAT, T.B. «The Flora of Barro Colorado Island» In Croat, T.B. ed., (sin título) Stanford Univ. Press, Standord, Calif. 19786.
- DE SOUZA, N.J. "Industrial development of traditional drugs: the forskolin example." **J. Ethnopharmacol.** 1993; 38:177-180
- GUSTAFSON, K.R., et al CARDELLINA II, J.H., MCMAHON, J.B., PANNELL, L.K., CRAGG, G.M., BOYD, M.R. "The peltatols, novel HIV-inhibitory catechol derivatives from *Pothomorphe peltata*. **J. Org.44 Chem.** 1992; 57:2809-2811.
- IVORRA, M.D., PAYA, M., VILLAR, A. "A review of natural plants as potential antidiabetic drugs." **J. Ethnopharmacol.** 1989; 27:243-275
- FARNSWORTH, N.R. SOEJARTO, D.D. Potential consequences of plant extinction in the United States on the current and future availability of prescribed drugs. **Economic Botany.** 1985;39:231-240