

Prof. JUAN DANIEL GÓMEZ ROJAS
 Psicólogo
 Universidad Nacional de Colombia-Bogotá
 e-mail: judago@starmedia.com

ETNOBOTÁNICA DE LAS ADICCIONES Y CULTURA DEMOCRÁTICA

En el mes de diciembre de 1995 el periódico alemán, "Frankfurter Rundschau", publicó un memorando en el que se trazaron las nuevas bases programáticas, en política de investigación, del Instituto para Estudios Sociales, del que surgió, hace más de medio siglo, la famosa "escuela de Frankfurt". En esencia, se sostienen en la tradición y derecho a reanudar una teoría crítica de la sociedad a partir de una reflexión filosófica, pero interdisciplinariamente inspirada, en la que se fusionan sistemáticamente la investigación social empírica y los problemas teóricos, bajo condiciones científicas e históricamente válidas contemporáneamente. Estas directrices fueron extractadas con base en las discusiones que sobre investigación social surgieron al final de

la década de 1980 y que condujeron a la construcción del problema clave de investigación "*cultura democrática*",¹ a partir de una propuesta de discusión internacional de la diada conceptual inclusión/exclusión, que a su vez puede representar, en la actualidad, para muchos investigadores colombianos una práctica crucial en la interpretación coyuntural de los conflictos políticos, económicos, socioculturales, étnicos y ambientales que aquejan a la nación.

Contrariamente a los teóricos críticos de los años 30, no une a los in-

vestigadores de dicho Instituto el objetivo de construir una teoría unificada, en tanto el memorando reclama que los problemas sociales internos e internacionales de distribución de riqueza, desempleo, discriminación racial, odio a los extranjeros, destrucción de los recursos naturales, ... ya no se dejan alinear más con el hilo de una teoría básica única, por lo que tampoco hay un mecanismo institucional exclusivo para resolverlos. Este reclamo es aplicable al globalmente sensible fenómeno de la producción, tráfico y consumo de sustancias psicoactivantes como la cocaína, y por esta razón implicaría que, en la búsqueda y aplicación de soluciones a los problemas asociados a este último fenómeno, no solamente deben estar involucrados los actores del control de

¹ H. DUBIEL, y L. VON FRIEDEBURG. Frankfurter Rundschau. Seite 10. Dokumentation. D/R/S. Dienstag, 19. Dezember 1995, Nr. 295.

su dinámica social, económica y jurídico-política, así como los diferentes actores del mercado; también, exige involucrar en la aplicación y búsqueda de soluciones a las comunidades indígenas cultivadoras y consumidoras de coca y otras plantas que producen efectos psicoactivantes como parte de sus tradiciones ancestrales milenarias, para quienes, por lo demás, el uso de estas sustancias nunca ha representado un problema de salud pública.

Después de la segunda guerra mundial —dice el memorando— las relaciones nortesur de la sociedad mundial se han manifestado, determinadas por la confrontación del universalismo occidental con desarrollos fundamentalistas en diferentes sociedades del tercer mundo; resultado de ello son el nacionalismo etnocéntrico y las políticas interna y exterior etnizadas que resquebrajan el modelo de integración social, a partir del otorgamiento de derechos subjetivos y de la construcción de la pertenencia bajo principios clásicos (*ius soli, ius sanguini*) que asocian todavía ascendencia con integración social e intentan montar la identidad colectiva a través de modelos de nacionalidad etnocéntricamente determinados. La consecuencia inmediata de este fenómeno es la erosión permanente de la tradición y de los fundamentos socio-morales de las minorías excluidas, y una dramática escalada de crisis de integración social, condiciones que deben resolverse civil y democráticamente. Esta línea de pensamiento, del Instituto de Investigaciones Sociales, coincide con múltiples e interesantes desarrollos investigativos en Colombia y en diversos países del mundo, alrededor de problemas sociales específicos en los que se involucran los conflictos interculturales y el diálogo de saberes, como

Este artículo destaca la importancia del problema clave de investigación “cultura democrática” y de la discusión internacional sobre la diada conceptual inclusión/exclusión para la interpretación coyuntural de diferencias y conflictos étnicos e interculturales relacionados con la utilización de sustancias que, milenariamente usadas por las comunidades indígenas, tienen alguna aplicación en la resolución de problemas de salud pública propios de la llamada sociedad occidental. En ese contexto, propone un modelo de utilidad completamente novedoso para el mame y el ambil, sustancias usadas en Colombia por la comunidad uioto, como atenuadores seguros y efectivos de síntomas de abstinencia en la adicción a derivados químicos de la hoja de coca.

alternativa para resolver las diferencias.

Ejemplos, de ello, son los conflictos de apreciación e intervención de los diferentes problemas médicos, psicológicos, sociales y ambientales por parte de la cultura occidental y las diferentes comunidades indígenas que hallan un interesante punto de agregación de intereses civiles alrededor de asuntos que les son comunes, tales como los conocimientos tradicionales sobre el embarazo y el nacimiento, las fortalezas espirituales como fuente de afianzamiento y crecimiento personal, la alimentación y la salud, el cuidado de la tierra y otros. Sin embargo, este modo de reflexión intercultural no se reduce a unos acuerdos en lo que les es común a las culturas involucradas,

sino que implica la transferencia efectiva de conocimientos de una cultura específica a la otra, útil también para resolver problemas que no les son comunes. Un ejemplo, de ello, está en las múltiples aplicaciones que ha tenido la medicina occidental al interior de estas culturas y las múltiples aplicaciones que ha tenido y puede tener la medicina tradicional indígena en la resolución de los problemas de salud exclusivos de la sociedad occidental, como las adicciones, aspecto éste que enfatizaré a continuación.

PERSPECTIVA GENERAL DE LOS TRATAMIENTOS MÁS ACTUALES PARA CURAR LAS ADICCIONES

El problema de las adicciones es casi exclusivo de la sociedad occidental. Surge en Europa y Norteamérica, con características epidémicas solamente después de la segunda guerra mundial y en Colombia a partir de los años 60. En términos generales, las modalidades de intervención más comúnmente usadas, en el mundo, para el tratamiento de la adicción a psicoactivantes ilegales pueden diferenciarse por tener, o bien un enfoque que se ha llamado “libre de drogas”, o uno de “reducción de perjuicios” (*harm reduction*). El primero de estos enfoques persigue, con determinación, la meta de curar las adicciones en el sentido extenso de la palabra, en especial mediante modelos psicoterapéuticamente orientados. El segundo, procura reducir a la mínima expresión posible los perjuicios médicos, psicológicos, familiares y sociales del consumo, valiéndose de fármacos legales sustitutivos que se administran a largo plazo o indefinidamente, psicoterapia y ayuda social, pues, a juzgar por los escasos éxitos terapéuticos, toda-

vía resulta un tanto remota la idea de erradicar las adicciones completamente.

Los enfoques descritos representan posiciones más o menos extremas, pero no necesariamente excluyentes entre sí. De hecho, pueden ser complementarias: un adicto a la heroína puede beneficiarse de una terapia de mantenimiento con *metadona* o con *buprenorfina*, durante la cual las ayudas psicológica y social pueden funcionar efectivamente como medidas destinadas a alcanzar el objetivo de que el adicto pueda llevar, durante plazos razonablemente largos o por siempre, una vida independiente de los psicoactivantes. La diferencia con los programas libres de drogas estriba en que la desintoxicación se hace después y no antes de la rehabilitación.

Desdichadamente, ofertas de servicio como la anterior difícilmente se encuentran en el mercado, en especial en los llamados países del tercer mundo, quizás a consecuencia de lo que se podría calificar como una obstinada tendencia a negar la falta de efectividad de los enfoques y prácticas que operan bajo la filosofía de "desintoxicación antes que rehabilitación". Esta tendencia mantiene a los centros de atención al farmacodependiente poco permeables o prácticamente cerrados a la posibilidad de cambio. Lo usual en estas instituciones es que, bajo enfoques más bien represivos que comprensivos, se 'invite' al adicto a dejar de consumir el "basuco" o las "pepas", antes que permitirle ingresar a los programas, y que quienes dispensan el tratamiento ostenten una increíble superioridad moral sobre sus consultantes adictos, siendo procedimientos recurrentes las confesiones públicas de intimidades personales y familiares, el autorreproche y la autopunición, ritos terapéuticos

This article stresses the importance of the key problem "democratic culture" research and the international discussion about the conceptual polarity inclusion\exclusion for the current interpretation of differences and ethnic and intercultural conflicts related to the use of substances which have been used for thousands of years by indigenous communities and have some application in the resolution of public health problems related to the so-called western society. In that context, a completely new utility is proposed for the "mambe" and the "ambil" substances used in Colombia by the Uiuoto indigenous community, as safe and effective relief of withdrawal symptoms from addiction to chemicals obtained from the coca leaf.

clave para expiar la culpa –probablemente más genética que psicosocial de la dependencia farmacológica.

El panorama descrito acerca de la oferta de servicios de atención para el adicto ha llevado a algunos investigadores, instituciones y personas con problemas de este tipo, a buscar alternativas de tratamiento, bien intencionadas pero no siempre científicas o sólidamente fundamentadas en algún paradigma consistente con el estado de los conocimientos. En la actualidad existen, por ejemplo, grupos y comunidades religiosas, astrólogos, cultores blancos de doctrinas aborígenes, psicólogos y médicos de la nueva era, y toda clase de modalidades más o menos emergentes con las que se intenta desesperadamente resolver

este asunto, que de un modo u otro también contribuyen al cansancio terapéutico de los farmacodependientes y a la desesperanza de sus allegados.

Hay en la actualidad, también, intentos alternativos interesantes por afrontar el problema de las adicciones a partir de la combinación de los conocimientos milenarios de etnias supervivientes, con algunos principios básicos del conocimiento moderno occidental. Sin embargo, dichos intentos están inmersos en el problema socio-cultural y jurídico-político de la validez de los respectivos saberes y las respectivas prácticas en entornos culturales diferentes de los suyos propios; resultado de ello es, en muchos casos, si no la exclusión, la apropiación indebida (que no inclusión) de los saberes, prácticas y creencias de las culturas indígenas por parte de culturas diferentes, de donde casi siempre surgen desarrollos fundamentalistas, por naturaleza opuestos a la posibilidad de construir una cultura democrática.

¿FÁRMACOS SUSTITUTIVOS Y/O REMEDIOS NATURALES?

La tendencia, cada vez más fuerte, a utilizar preferiblemente remedios naturales que medicamentos o moléculas sintetizadas en los laboratorios, ha logrado permear programas orientados desde el enfoque libre de drogas, así como algunos programas orientados por el enfoque de reducción de perjuicios, que se interesan, también, por remedios milenariamente utilizados por algunas comunidades amerindias. Algunos de estos enfoques validan la posible acción farmacológica de estas sustancias como sustitutos más seguros y efectivos de las llamadas drogas ilegales; otros enfoques,

además se interesan por los posibles efectos terapéuticos del *acto shamánico* amerindio.

La *ayahuasca*, de donde se extrae el *yagé* (utilizado por los indígenas del Putumayo principalmente) y la *iboga* (una planta oniro-frénica que se utiliza ritualmente en Gabón, África ecuatorial), son ejemplos de sustancias que están ocupando un lugar preponderante en la investigación sobre adicciones en América y Europa y su uso se encuentra ya extendido como práctica clínicaterapéutica válida, aunque, en la actualidad, no se conoce claramente su acción farmacológica. Etnomédicos y etnobotánicos de diferentes latitudes (en el escenario de la cultura científica occidental) están explorando posibles utilidades curativas y paliativas (cáncer, psoriasis, SIDA, ...) de sustancias cuya acción farmacológica aun se desconoce o se conoce poco, tales como el *peyote*, el *yopo*, el *san pedrito* o "peyote del sur" entre otros.

El *mambeo*, en lengua *uitoto* *duye*², y el *ambil*, cuyo fonema *uitoto* se escribe en castellano *yera*³, son dos sustancias farmacológicamente conocidas, dado el amplio uso que de sus elementos activos hace el hombre común occidental. La primera, es una mezcla de polvo fino de hojas del arbusto de la *Coca* mezclados con las cenizas que resultan de incinerar hoja del árbol conocido, en nuestro país, como Yarumo. La segunda, es el resultado de una cocción ritual sobre el fuego, en la que se combinan hojas de

tabaco, "sal de monte" y balso; su preparación puede durar más de 24 horas. De esta cocción se obtiene una pequeña cantidad de resina de color café oscuro o *ambil*, que con el *mambe* se retienen y combinan en la cavidad oral durante varios minutos y en varias ocasiones durante el día, después de cada una de las cuales la mezcla se traga o se escupe.

El ritual *uitoto* para estas sustancias es practicado diariamente por la comunidad mientras que todos los hombres adultos *mambean* ("mambear" en *uitoto* significa retener la palabra). El *ambil* es consumido por hombres y mujeres, incluso durante el embarazo, y los niños también lo consumen desde los cinco años de edad. La comunidad se reúne en círculo en la *maloca*, mientras que uno o varios de sus miembros "echa entre el canasto" (una cesta que entre tanto teje alrededor toda la comunidad) las cuitas y asuntos personales o comunitarios por resolver. En interlocución, el *curaca* o *sabedor uitoto* (un sabio, médico y sacerdote tradicional) "palabrea" y transforma la "palabra caliente" (problemas de diversa índole) en "palabra dulce" (o armonía física y espiritual, social, ecológica y cósmica), a partir de un diálogo que se inicia en lengua *uitoto* y continúa en una especie de canto o prelenguaje muy agudo, en el cual lo tonal tiene un valor semiótico mayor que lo lingüístico. Es un ritual muy similar a lo que conocemos, en Psicología, como terapia familiar o psicoterapia de grupo, con elementos farmacoterapéuticos, musicoterapéuticos y de las terapias que utilizan gritos primarios.

Etnobotánica del comportamiento adictivo o Farmacología del *mambe* y del *ambil*.

Estas dos sustancias consumidas milenariamente por la comunidad in-

dígena *uitoto* para fines curativos, rituales y religiosos, solas o mezcladas según indicación, al parecer también tienen utilidad como atenuadores efectivos y seguros de los síntomas de abstinencia por adicción al "basuco" (sulfato de cocaína), al tabaco fumado o mezclado con la anterior sustancia y a la cocaína. Así lo confirman la Farmacología teórica y las evidencias empíricas acerca de sus componentes activos y una aún no representativa casuística de éxitos terapéuticos, acumulada por el autor en cooperación con algunos miembros de la comunidad *uitoto*⁴ y un reconocido etnomédico⁵, las cuales refuerzan dicha hipótesis. Esta aplicación involucra la coincidencia del saber *uitoto* con el saber occidental, en cuanto a la acción farmacológica de las sustancias, y la hipótesis según la cual el *acto shamánico* del *curaca* o *sabedor uitoto* tendría en este caso efectos terapéuticos similares a los de una psicoterapia. El estudio de su aplicabilidad, y su aplicación en el tratamiento de la adicción al tabaco y a la cocaína, como atenuadores seguros y efectivos de síntomas de abstinencia en terapias de mantenimiento son, a la fecha, completamente novedosos.

Mambe. Los hallazgos arqueológicos documentan el consumo de hojas de coca mascadas desde hace más de 5000 años (Van Dyke, C y Byck, R., 1982)⁶. Para hacer más alcalina la saliva, los mascadores de coca la mezclan con cenizas o cal viva, de modo que la ionización de la cocaína

² E. BECERRA, (*Bigidima*) y G. PETERSON DE PIÑEROS. Curso de lengua *uitoto*. KAI (la 'I' es corta) MURUI UAI YOFUERABE. *Cuadernos de Trabajo*. Universidad Nacional de Colombia. 1997;16.

³ E. BECERRA (*Bigidima*) G. y PETERSON DE PIÑEROS, 1997. Ob. cit.

⁴ Corporación YUAK.

⁵ F.A. RAMÍREZ M.D. Apartado Aéreo 246048 de Bogotá. e-mail:framirez@cable.net.co; www.fabram-ethnomedicine.com.

⁶ C. VAN DYKE y R. BYCK. *Cocaine*. *Sci. Am.*, March, 1982; 128-141.

se decrementa, promoviendo la absorción a través de las membranas mucosas de la cavidad oral. Los indígenas consideran que la coca es un regalo del dios sol y por ello su uso antes del 'descubrimiento' de América era ritual o ceremonial únicamente. Más tarde, conquistadores y colonos europeos promovieron su consumo masivo en los indígenas sometidos, de modo que fuese más fácil obligarles a trabajar largas jornadas invirtiendo menos en su alimentación. El consumo de hojas de coca nunca llegó a Europa, quizás debido a la degradación de sus ingredientes activos durante los largos viajes por mar.

Unas pocas hojas de coca contienen entre 0.6% y 1.8% de cocaína alcaloidal. De la extracción inicial de las hojas resulta una pasta que contiene cerca de un 80% de cocaína. Posteriormente el alcaloide puede ser convertido en clorhidrato (HCL) y también puede ser cristalizado. El clorhidrato de cocaína es soluble en agua y puede ser consumido por vía oral, intranasal ("snorting"), o por inyección intravenosa. Una desventaja del clorhidrato de cocaína es su vulnerabilidad a la pirólisis, proceso que impide su efectividad completa al ser fumada. Puede ser transformada en base libre de cocaína disolviéndola en una solución alcalina, hasta su precipitación (*freebasing*). El material resultante ("rocas"), resistente a la pirólisis, puede ser fumado entonces. Un periodo de tres días de consumo de estas 'rocas' produce los mismos efectos que produciría un consumo superior a los 150g de clorhidrato de cocaína, lo cual es una cantidad exagerada (Jatlow, 1988)⁷.

Las diferentes vías de administración conducen a diferentes patrones de consumo y en consecuencia a diferentes niveles de concentración plasmática. Una absorción extremadamente rápida ocurre por inyección intravenosa o cuando se fuma. Así, una dosis tomada por estas vías puede alcanzar una concentración de cocaína circulante de 5001.000 ng/ml (Jatlow, 1988; Johanson y Fischman, 1989)⁸. La absorción es relativamente menor cuando se consume oralmente o es esnifada (anglicismo para inhalar por la nariz), vía por la que se alcanzan concentraciones entre 100 y 500 ng/ml.

En el tratamiento de la adicción a derivados químicos de la hoja de coca se han utilizado muchas terapias, algunas orientadas por el enfoque libre de drogas y, más recientemente, otras orientadas por el modelo de reducción de perjuicios. Los fármacos sustitutos utilizados son básicamente de tres tipos: dopaminérgicos como la *Bromocriptina*, *Flupentixol*, *Amantadina*, *Metilfenidato* y *Mazindol*, antidepresivos como la *Fluoxetina*, *Sertralina*, *Desipramina* e *Imipramina* y otros como la *Buprenorfina*, *Ibogaína*, *Buspirona*, *Nimodipin* y la *Carbamazepina* (Kleber, 1995)⁹. En el caso de las primeras sustancias, la atenuación de síntomas es parcial; ya que se trata; solamente de agonistas o antagonistas de los receptores dopaminérgicos e inhibidores de captación de dopamina y la acción neurofarmacológica de la cocaína no sólo se ejerce sobre estos receptores. En el caso de los fármacos antidepre-

sivos, su acción inhibe la captación de uno o dos de los varios neurotransmisores involucrados en la producción de síntomas de abstinencia (5HT y NE). En el caso de los terceros, ocurre con la mayoría que los estudios clínicos controlados dan evidencias contradictorias en cuanto a sus bondades como atenuadores efectivos y seguros de síntomas de abstinencia cocaínica o solamente operan cuando se trata de poliadictos, también opiáceo-dependientes.

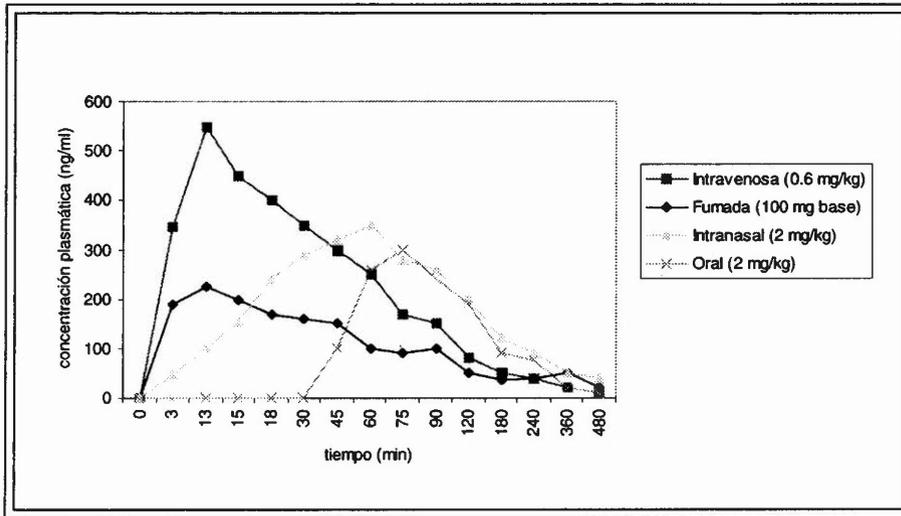
El *mambe*, como sustancia productora de efectos submaximales en los tejidos vivos, en relación con la respuesta total por estimulación con sulfato o clorhidrato de cocaína, puede ser una sustancia sustitutiva para el mantenimiento de adictos a estas últimas sustancias, mientras se someten a una psicoterapia tendiente a la rehabilitación. Tiene sobre los fármacos sustitutos existentes la ventaja relativa de ser natural, además de actuar sobre todos los receptores y neurotransmisores involucrados en la adicción a cocaína, manteniendo unos niveles bajos de concentración plasmática, disminuyendo el riesgo de sobredosis de uso recreativo, y conservando sus efectos euforizantes, altamente reforzantes al bloquear parcialmente los síntomas de abstinencia.

La gráfica siguiente, muestra la concentración plasmática de cocaína en función de la vía de administración por unidades de tiempo. Es interesante notar que a unas pocas horas (1 a 2 horas) de mascar hojas de coca se libera suficiente sustancia activa como para alcanzar las concentraciones plasmáticas producidas por una dosis

⁸ P. JATLOW. (1988). Ob. cit.

⁹ H.D. KLEBER. Pharmacotherapy, Current and Potential, for the Treatment of Cocaine Dependence. *Clin. Neuropharmacol* 1995, 18: 96-109.

¹⁰ R.T. JONES. The Pharmacology of Cocaine Smoking in Humans. *NIDA Res. Monogr.*, 1990; (99): 30-41.



modesta de cocaína tomada oral o intranasalmente (Jatlow, 1985; Feldman, Meyer y Quenzer, 1997)¹¹:

Ambil

La nicotina, alcaloide activo en el *ambil*, se incluye dentro de las sustancias que como el alcohol, los opiáceos, las anfetaminas y la cocaína, pertenecen a la categoría de las sustancias que producen dependencia o adicción. Por esta razón, muchas de las personas que desean dejar de fumar no pueden hacerlo, ya que no toleran el *displacer* que produce la *deprivación*. Los fármacos que bloquean la acción de la nicotina, como la *mecamilamina* o el *propranolol* (Inderal), ambos antagonistas nicotínicos, han demostrado ser poco populares para el tratamiento de la dependencia del tabaco, debido principalmente a sus efectos secundarios adversos. En este caso,

una terapia de mantenimiento en la que normalmente se usa como fármaco sustitutivo un chicle, un parche de absorción tópica o transdermal, o un inhalador en spray nasal que libera nicotina, han demostrado ser útiles (Jorenby, Keehn y Flore, 1995; Ferno y Cols., 1973)¹². Al mantener en el torrente sanguíneo un cierto nivel de nicotina circulante se bloquea la mayoría de los síntomas de abstinencia. El *ambil* actuaría de modo similar, además se le puede atribuir el calificativo de sustancia natural sin contraindicaciones conocidas a juzgar por su uso pediátrico e incluso durante el embarazo por los indígenas *uitotos* en oposición al parche, al *spray* y al chicle de nicotina, fabricados mediante proceso químico en el laboratorio.

La inhalación de tabaco fumado contiene una compleja mezcla de sus-

tancias que incluyen monóxido de carbono (CO) y cientos de partículas de sustancias tales como hidrocarburos cancerígenos generados en el proceso de combustión. Estos dos tipos de sustancias son los responsables de la mayoría de enfermedades derivadas de su uso a largo plazo y no la nicotina *per se* (Feldman Meyer y Quenzer, 1996)¹³.

Un cigarrillo americano regular contiene cerca de 9 mg de nicotina, de los cuales 1 mg es absorbido por el pulmón del fumador. Cuando el tabaco es mascado o inhalado (esnifado cuando se presenta en forma de rapé) se absorbe una considerable menor cantidad de nicotina (Benowitz, 1990)¹⁴. Feldman, Meyer y Quenzer (1996)¹⁵ afirman que el tabaco mascado es un camino más seguro para que los individuos obtengan nicotina, que el tabaco fumado. Cuando el tabaco fumado se inhala, un 25% de la nicotina alcanza el cerebro en cerca de 7 segundos, un tiempo mayor que el que requiere la nicotina intravenosa para acceder al mismo lugar. Modelos animales y humanos demuestran que el refuerzo de la respuesta condicionada es más fuerte cuando es más corto el intervalo de tiempo entre la presentación de la respuesta y la obtención del reforzamiento. Consecuentemente, el rápido tiempo de tránsito de la nicotina hacia el cerebro

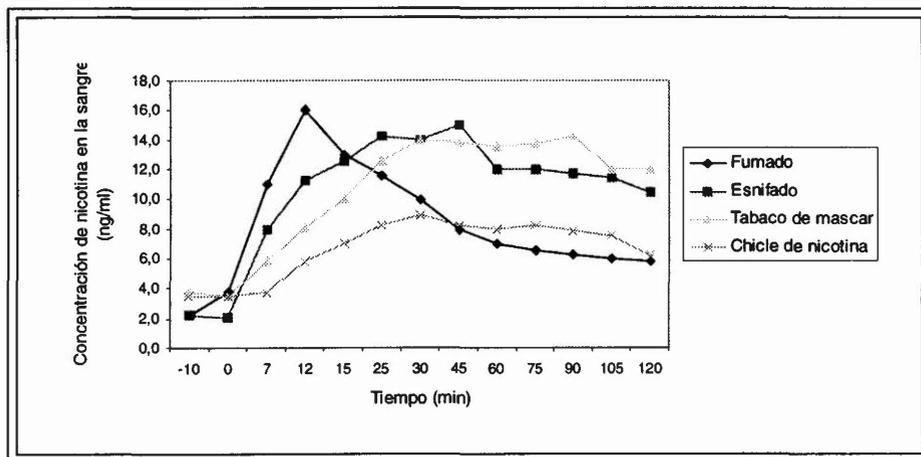
¹¹ P. JATLOW. (1988). Ob. cit. R.S. FELDMAN, J.S. MEYER, y L.F. QUENZER. *Principles of Neurosocio-pharmacology*. Sinauer Associates. Sunderland, M.A. 1997.

¹² D.E. JORENBY, D.S. KEEHN y M.C. FLORE. Comparative Efficacy and Tolerability of Nicotine Replacement Therapies. *NS Drugs*. 1995; 3 (3); pp. 227-236. O. FERNO, S.J.A. LICHMECKERT y C.E.G. LUNDGREN. A Substitute for Tobacco Smoking. *Psychopharmacologia*. 1973;31:201-204.

¹³ R.S. FELDMAN, J.S. MEYER, y L.F. QUENZER. *Principles of Neurosocio-pharmacology*. Sinauer Associates. Sunderland, M.A. 1997.

¹⁴ N.L. BENOWITZ. Clinical Pharmacology of Inhaled Drugs of Abuse: Implication in Understanding Nicotine Dependence. *NIDA. Res. Monogr.* 1990; 99: 12-29.

¹⁵ R.S. FELDMAN, J.S. MEYER y L.F. QUENZER, 1997. Ob. cit.



hace de esta sustancia un poderoso reforzador de la conducta de fumar (Oldendorf, 1992)¹⁶. La relativamente corta vida media de la nicotina en la sangre y en el cerebro conduce a nuevas y repetidas ingestas por pérdida del efecto (Russell, 1977)¹⁷. La gráfica anterior¹⁸ muestra la concentración plasmática que alcanza el consumo de nicotina según las diferentes vías de administración:

Como se puede observar en la gráfica, la mínima concentración plasmática se alcanza por la vía de absorción en la cavidad oral con la nicotina mascarada durante cerca de 30 minutos. Su concentración es de 2 a 4 mg de nicotina por unidad de chicle (placrilix), los cuales alcanzan una concentración plasmática de aproximadamente 11.8 µg/L y 23.2 µg/L, respectivamente

(Joren-by y Cols., 1995)¹⁹. Su uso debe estar controlado por el médico, ya que podría estar contraindicado en personas con problemas cardíacos o presión arterial alta. En 1828 Posselt y Reimann, aislaron por primera vez la nicotina y calcularon que la concentración de nicotina era cercana al 5% del peso total de las hojas secas de tabaco (Feldman Meyer y Quenzer, 1997)²⁰, medida de concentración que puede ser útil para hacernos una idea de cuánta nicotina puede tener una dosis de *ambil*.

ETNOBOTÁNICA DEL COMPORTAMIENTO Y ETNOMEDICINA: UN ASUNTO DE CULTURA DEMOCRÁTICA O LA PERPETUACIÓN DE LA EXCLUSIÓN DEL SABER ANCESTRAL INDÍGENA

Muchos miembros de la comunidad *uitoto* argumentan que cualquier protocolo que se diseñe para prescribir *mambe* y *ambil* para fines médicos, incluida la atenuación de síntomas de

abstinencia por tabaco o cocaína, tiene que ser procesado necesariamente dentro del contexto de lo que podemos denominar el *acto shamánico*, sin el cual no sería posible alcanzar la completa acción de estas sustancias sobre las personas, de acuerdo con la sabiduría ancestral *uitoto*.

La acción farmacológica del *mambe* y el *ambil*, como atenuadores efectivos y seguros de los síntomas de abstinencia cocaínica y nicotínica resulte casi evidente por sí misma en términos bioquímicos (*corpora non agunt nisi fixata*), tampoco puede, de ningún modo, descartar o excluir la participación de *curacas* y *sabedores uitotos* como actores clave en la verificación y consecución de sus efectos terapéuticos, ni excluir la posibilidad de continuar estudiando el *acto shamánico* como mediador y facilitador necesario para alcanzar tales efectos. La inclusión de este importante y significativo factor representa no sólo un perfeccionamiento, sino también un embellecimiento de aquellos fríos procedimientos de la ciencia occidental de las adicciones, todavía con pretensiones de universal.

Es razonable suponer que, para un científico de occidente, la aceptación de la acción farmacológica de estas sustancias no represente ningún problema. De hecho, a muchos investigadores contemporáneos no les resultaría descabellado creer, ni imposible demostrar, que el llamado *acto shamánico* puede tener efectos terapéuticos psicológicos y fisiológicos. Pero de frente a la globalización del mercado y a la modernización biotecnológica para la producción de fármacos, así como a la polarización escolástica de ciertas corrientes psicológicas, dicha aceptación seguramente presentará una limitación significativa

¹⁶ W.H. OLDENDORF. Some Relationships Between Addiction and Drug Delivery to the Brain. NIDA Res. Monogr. 1992; 120:13-25.

¹⁷ M.A.H. RUSSELL. «Soking problems: An overview». In: Research on Smoking (Jarvik, M.E., Cullen, J.W., Gritz, E.R., Vogt, T.M. y West, L.J. Eds.) 1977; US Government Printing Office, Washington, D.C.

¹⁸ N.L. BENOWITZ, *Clinical pharmacology of inhaled drugs of abuse: Implication in understanding nicotine dependence*. NIDA Res. Monogr. 1990: 12-29.

¹⁹ D.E. JORENBY, D.S. KEEHN y M.C. FLORE, Ob. cit.

²⁰ R.S. FELDMAN, J.S. MEYER y L.F. QUENZER. 1997. Ob. cit.

va, entre otras razones, por los intereses económicos y culturales en juego.

También, es razonable pensar que para un sabio indígena, aceptar las bondades de la acción farmacológica de una sustancia producida en el laboratorio, no represente, bajo determinadas circunstancias, problema alguno. Quizás sea un poco más difícil que este último acepte los posibles efectos terapéuticos de una intervención psicológica. Pero que la cultura institucional, occidental o indígena, acepte que un individuo que no pertenece a su respectiva cultura, trate por sus medios una enfermedad exclusiva de la cultura propia (p. Ej. de occidente las adicciones o entre los indígenas especies de 'embrujo' o "rezos"), resulta bastante remoto en ambos medios, dado que las condiciones regionales y culturales de la cualificación de los respectivos mercados laborales están segmentadas de modo excluyente de las formas no habituales de trabajo productivo.

La propuesta es, entonces, que nos preguntemos con la actual escuela de Frankfurt cuáles deben ser los mecanismos sociojurídicos y político-legales que respondan a las exigencias de legitimación del saber indígena frente al occidental y *viceversa*, y cuáles serían las estrategias de acción integradora que abran los espacios políticos para tomar las respectivas soluciones democráticas, ahondando en las fuentes sociológicas, psicosociales y culturales de la cohesión de la sociedad moderna, en busca de un patrón de relaciones intersubjetivas que reúna la motivación política y la posición moral y que conforman las condiciones de una cultura democrática, pluricultural y multiétnica, al modo de una cartografía empírica de potenciales de asociación Ψ