

## **EL PROMOTOR DE SALUD: ELEMENTO DE INTEGRACION ENTRE LA MEDICINA ACADEMICA Y LA TRADICIONAL \***

**Sinforiano RODRIGUEZ D. \*\***

**PALABRAS CLAVE** : Medicina Tradicional-Psiquiatría Folklórica  
Atención Primaria de Salud - Promotor de Salud

**KEY WORDS** : Traditional Medicine- Folk Psychiatry  
Primary Health Care - Health Promotor

El autor presenta la experiencia recogida en un proyecto ejecutado en el Departamento de Loreto (Perú) denominado «Desarrollo y extensión de Servicios de Salud en la Región Oriente» cuya duración fue de 12 años (1976-1987). Describe los pormenores del proceso, el rol del Promotor de Salud y del «Médico Tradicional», destaca la frecuencia de numerosos cuadros clínicos psicossomáticos que constituyen demanda de atención significativa en los Centros de Atención de la Medicina Académica y sugiere posibilidades de acción para articular ambas vertientes de la atención de salud : la medicina tradicional y la científica.

### **THE HEALTH PROMOTOR : INTEGRATIVE AGENT BETWEEN THE SCIENTIFIC AND THE TRADITIONAL MEDICINES.**

The author describes the project «Development and Extension of Health Services in the Oriental Region» carried out in the Department of Loreto (Peru) during 12 years (1976-1987). He describes the details of the experience and the Health Promotor and the Traditional Healer roles. He also points out the high prevalence of diverse psychosomatic disorders that represent a high attention care request upon the official health care system. Finally he recommends several potential interventions in order to articulate both health system areas : the scientific and the traditional ones.

\* Proyecto financiado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y ejecutado por la Organización Panamericana de la Salud, Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.

\*\* M.P.H. Consultor OPS/OMS.

## **EL CONTEXTO GEOGRAFICO SOCIAL.**

Loreto es un Departamento extenso: 380,000 kilómetros cuadrados, el más grande del país. Tiene una población de 605,000 habitantes, siendo el segundo menos poblado del Perú, después del Departamento de Madre de Dios.

La comunicación intra-departamental es casi exclusivamente fluvial; se utilizan los 6,000 Km. de ríos navegables todo el año y los 3,000 Km. de pequeños brazos fluviales navegables solamente en época de creciente: diciembre a mayo.

De los 2,000 núcleos poblacionales registrados, más del 90% constituyen caseríos de menos de 200 habitantes.

La razón de ser del Proyecto que describimos fue, precisamente, diseñar y ejecutar una estrategia adecuada para prestar asistencia sanitaria básica a una población dispersa, accesible casi exclusivamente por vía fluvial.

## **LAS GRANDES LINEAS DE ACCION DEL PROYECTO**

En total consonancia con la estrategia de la Atención Primaria de Salud, el Proyecto hizo énfasis en las siguientes líneas de acción:

- Creación de una red de puestos de Salud, ubicados en tal forma para optimizar la accesibilidad geográfica de los caseríos del área del proyecto.
- Control de enfermedades transmisibles de alta prevalencia: poliomielitis, sarampión, coqueluche, tétanos, difteria, tuberculosis, hanseniasis, malaria, leishmaniasis, hepatitis, fiebre amarilla, etc.
- Atención materno-infantil
- Saneamiento ambiental: perforación, excavación y protección de

pozos de agua con instalación de bombas manuales; letrización; control de calidad del agua de bebida.

- Mejoramiento de la situación nutricional: apoyo a la implementación de huertos y granjas comunales y escolares.
- Adiestramiento de los Técnicos Sanitarios, proveyéndoles, al mismo tiempo, con medios de movilidad fluvial, de tal manera de lograr una cobertura útil del Programa Ampliado de Inmunizaciones (poliomielitis, sarampión, coqueluche, difteria, tétanos y tuberculosis), mediante visitas a los caseríos de su jurisdicción con una frecuencia no menor de 3 veces por año.
- Adiestramiento de los Médicos Directores de los Centros de Salud Distritales, insertándoles en un esquema organizativo de regionalización funcional que preconiza la armoniosa relación entre las unidades sanitarias de los distintos niveles, optimizando de esta manera la utilización de los recursos humanos, financieros y de equipamiento.
- Capacitación de los recursos humanos comunitarios: promotores de Salud, elegidos por la comunidad y supervisados por ella misma a través de los Comités de Salud. El proyecto, los municipios y las Organizaciones No Gubernamentales (preponderantemente instituciones religiosas) ejercen sobre los promotores supervisión técnica y apoyo logístico.
- Seminarios-Talleres para líderes de todos los niveles (caseríos, distritos, provincias y departamentos), enfocando la temática de la salud como causa y efecto del desarrollo social y económico, desde una perspectiva multisectorial y con la participación del pueblo organizado.

- Creación de Botiquines Comunales administrados por un Comité elegido por la comunidad, bajo el control técnico del promotor de Salud.
- Coordinación de acciones de salud con los Médicos Tradicionales y Parteras Empíricas que ejercen en los caseríos y demás núcleos populares.

### **MEDICOS TRADICIONALES DE LA AMAZONIA**

En la Amazonía hemos identificado diversas modalidades de médicos tradicionales:

- El vegetalista, cuyo arte de curar se basa fundamentalmente en el uso de principios vegetales: hojas, raíces, cortezas, flores, etc.
- El huesero, experto en la cura de fracturas, luxaciones, esguinces, etc.
- La sobadora, quien atiende el embarazo y el parto.

### **EL MEDICO AYAHUASQUERO**

La modalidad predominante de Médico Tradicional en la Amazonía Peruana es el vegetalista que utiliza como elemento esencial en su práctica un cocktail de principios vegetales, cuyo componente básico es una liana con propiedades alucinógenas: la ayahuasca (*Banisteriopsis caapi*), que en quechua quiere decir liana o sogá de los muertos. Sus principios activos son los alcaloides harmalina, harmina, d-tetrahidroharmina y probablemente el N.N-dimetil-triptamina (DMT).

Todo médico ayahuasquero de reconocido prestigio tiene su propia mezcla de plantas que acompañan a la ayahuasca; algunas de las más usadas son la chacruna, chiric-sanango, renaquilla y tabaco. Algunos Médicos Tradicionales usan como componente del cocktail otra planta

alucinógena: el toé (*Datura speciosa*), cuyo principio activo es la escopolamina.

Durante el rito terapéutico beben el cocktail alucinógeno médico y paciente. Es condición indispensable que ambos se sometan a una dieta previa de por lo menos 24 horas, por la cual deben abstenerse de grasas, frituras y condimentos. Algunos médicos son más rigurosos en su prescripción dietética, aumentando la duración e incluyendo entre los alimentos prohibidos la sal y el azúcar.

### **EL TRANCE ALUCINOGENO**

El brebaje produce sobre el aparato digestivo un efecto vago-mimético: vómitos profusos y fáciles, que se inician hacia la hora y media de ingerido el cocktail vegetal, y dura entre una a dos horas. La diarrea se inicia más tardíamente: dos a tres horas después del inicio de los vómitos, y también demora más en desaparecer, durando generalmente de 4 a 8 horas; es una diarrea profusa y espaciada, con pocos dolores cólicos.

Las alucinaciones visuales y auditivas, con preponderancia de las primeras, se inician hacia los 30 minutos de ingerido el brebaje; duran habitualmente de 1 a 4 horas. Las exteriorizaciones de los estados emocionales durante el trance alucinógeno son muy variables de una persona a otra. Las hay quienes tienen un sueño aparentemente tranquilo, pero con ensueños muy vívidos, que son relatados luego del despertar con lujo de detalles; esto se da con mayor frecuencia en las personas sanas, que han ingerido el brebaje más por curiosidad que con intencionalidad terapéutica.

Otras personas tienen episodios de intensa excitación psicomotriz durante el trance alucinógeno, con sollozos y monólogos, evocando con

frecuencia situaciones conflictivas. Esto se da con mayor frecuencia en aquellas personas que han ingerido el brebaje con finalidad terapéutica. Esta observación nos ha sugerido la idea que la ayahuasca tiene un efecto catártico digestivo y emocional sin paralelo hasta donde conocemos en la Farmacopea Académica.

Esta catarsis digestiva y emocional tiene en los pacientes un efecto terapéutico tan convincente, que los lleva, a muchos de ellos, a repetir periódicamente la experiencia.

Durante el rito de la ayahuasca, el Médico Tradicional establece comunicación con cada uno de los participantes del Grupo de Terapia; le sopla en la cara y en el cuerpo humo de tabaco, le canta canciones (icaros) en un idioma sui generis (mezcla de español, quechua e idiomas indígenas) y les dirige palabras tranquilizadoras a los pacientes muy ansiosos y excitados, quienes generalmente alcanzan un estado de tranquilidad y bienestar después del despertar.

El influjo terapéutico del médico ayahuasquero sobre el paciente se ve muy facilitado por los efectos neuropsíquicos del brebaje: disminución de la reactividad a los estímulos externos y percepción intensificada de las vivencias del pasado.

Deseamos destacar el siguiente hecho: no obstante que hemos conocido un buen número de personas que repiten con cierta regularidad el rito terapéutico de la ayahuasca, siempre «convidados» por un médico ayahuasquero, en ninguna de ellas hemos podido comprobar características clínicas compatibles con un síndrome de drogadicción. Opinamos que la ayahuasca es a los alucinógenos escapistas de los adictos, lo que el chacchar la coca es a la nefasta pasta básica o al clorhidrato de cocaína, o lo que el alcoholismo ritual y socialmente pautado de las etnias indígenas es al alcoholismo destruc-

tor de la sociedad civilizada.

Hemos trabajado en nuestro país de origen: Paraguay, durante 5 años, coordinando programas sanitarios en comunidades indígenas de diversas regiones del país. Hemos comprobado con mucha pena que etnias que en su antigua vida tribal desarrollaban sus rituales periódicos, bebiendo chicha de yuca, de maíz o de algarrobo, al incorporarse a la vida civilizada como lumpen-proletarios, bajo el influjo del desconcierto existencial que produce la anomia, han reemplazado la embriaguez ritual comunitaria por una embriaguez escapista y destructiva, a base de la nefasta «pochó tó», corruptela de poción Todd, una mezcla de alcohol de quemar y azúcar que el comerciante mestizo les vende a precios exorbitantes.

#### **VARIANTES DEL MEDICO TRADICIONAL SEGUN EL MEDIO EN QUE ACTUA**

Hemos observado que los Médicos Tradicionales que actúan en los pequeños caseríos se mantienen fieles a su tecnología peculiar, a base de principios vegetales de preparación doméstica.

En cambio, un número significativo de Médicos Tradicionales de prestigio que ejercen en las ciudades incorporan a su arsenal terapéutico diversos principios de la farmacopea académica: vitaminas, antibióticos, diuréticos, cardiotónicos, etc.

Es un hecho que son los mismos visitantes médicos de las industrias farmacéuticas los que alientan esta suerte de integración heterodoxa de la tecnología académica al quehacer del agente de la Medicina Tradicional, al incluir al mismo en su labor de promoción.

Esta integración heterodoxa de la tecnología académica al espectro terapéutico del Médico Tradicional lleva aparejado un riesgo, de hecho com-

probado en nuestras observaciones: el frecuente uso irracional y iatrogénico de fármacos químicos.

Nos ha llamado la atención el hecho que el Médico Tradicional Urbano que incorpora a su hábito terapéutico medicamentos químicos, antes que suscitar temor o desconfianza en su clientela, más bien parece acrecentar su prestigio.

### **MEDICINA TRADICIONAL: CLASIFICACION NOSOGRAFICA COMO FACTOR DE INTEGRACION DE SU AGENTE**

La mayoría de los Médicos Tradicionales que ejercen en una situación de contacto con la Medicina Académica clasifican a las enfermedades en dos grandes categorías:

1.- Las enfermedades de Dios o naturales, para las que reconocen con realista humildad que la Medicina Académica es más eficaz, aconsejando a sus pacientes en estos casos recurrir a los médicos del hospital.

2.- Las enfermedades de la gente (mal de gente), producidas por el daño infligido por la maldad o la envidia de personas que se valen del maléfico influjo de brujos dispuestos a ello. En estas enfermedades el Médico Tradicional afirma su mayor capacidad de curación que los médicos del Hospital.

Consideramos que el Médico Académico debe inspirarse en esta actitud realista del Médico Tradicionalista. Convendría que asuma una actitud de conciencia crítica en relación a su propia formación médica, reconociendo su sesgo organicista que lo lleva a menospreciar los importantes factores psíquicos y culturales que están en el transfondo etiopatogénico de numerosos cuadros clínicos, entre ellos los síndromes culturales.

El médico Académico debe observar con acuciosa curiosidad científica

la práctica del Médico Tradicional; de ese acercamiento en actitud de aprendizaje sacará conclusiones valiosas para explicarse muchos de sus fracasos terapéuticos en esa constelación de afecciones psicósomáticas que constituyen la carga preponderante de la consulta diaria.

Más arriba hemos descrito una modalidad de integración heterodoxa de la tecnología académica a la Medicina Tradicional. Lo que acabamos de describir constituye un elemento positivo expresado por una neo-ideología médica tradicional que puede facilitar la integración de su agente a un sistema totalizador de prestación de servicios de salud.

### **PERFIL DEL PROMOTOR DE SALUD DE LORETO**

Hemos hecho una encuesta que incluyó aproximadamente un 33% de los promotores de salud adiestrados en el marco del proyecto que ejercen en el Departamento de Loreto, que alcanzaron la cifra de 241, para un total de 708.

Las características demográficas de los encuestados se presenta en el cuadro N° 1

1.- El 82% de los promotores son del sexo masculino.

2.- Tanto entre los varones (43%), como entre las mujeres (61%), el grupo de edad preponderante es el que va de los 21 a los 30 años.

3.- Tanto entre los varones (44%), como entre las mujeres (35%), el estado civil más frecuente es el de conviviente.

4.- El 10% de los varones y el 14% de las mujeres han desertado de sus funciones.

5.- La causa más frecuente de desertación entre los varones es la insatisfacción por la baja retribución económica.

6.- El nivel de escolaridad más frecuente entre los varones es el de

primaria completa (43%), mientras que entre las mujeres es el de secundaria completa (47%). Este dato nos sugiere el hecho que solamente el estrato de mujeres de nivel de instrucción más elevado es el que ha podido competir con los varones, para lograr ser escogidas por la comunidad como promotoras de salud.

7.- La tasa de deserción entre los promotores solteros (15%) es mayor que entre los casados (10%) y los convivientes (9%).

8.- La tasa de deserción entre los promotores con nivel de instrucción secundario completo (14%) y secundario incompleto (14%) es el doble de la tasa que presentan los de nivel primario completo (7%).

9.- Cruzando las variables de sexo y estado civil, la tasa de deserción más alta se da entre las mujeres solteras (23%) y la más baja entre las mujeres convivientes (7%).

### **CURSOS DE CAPACITACION DEL PROMOTOR DE SALUD**

Tienen una duración de 160 horas útiles, divididas en 4 ciclos de 5 días (8 horas diarias).

El programa consta de las siguientes unidades didácticas:

Unidad I: Desarrollo de la comunidad.

Unidad II: Saneamiento del medio ambiente y control de las enfermedades transmisibles de alta prevalencia en la región.

Unidad III: Atención materno-infantil. Programa ampliado de inmunizaciones.

Unidad IV: Tratamiento de las

enfermedades más frecuentes.

Atención de urgencias. Implementación y utilización del botiquín comunitario. Utilización de medicamentos tradicionales y coordinación de acciones de salud con los Médicos Tradicionales.

### **PECULIARIDADES DE LA LABOR SANITARIA DEL PROMOTOR**

El promotor inicia su capacitación a una edad relativamente juvenil. Preponderan las personas de hábitos modernos, mejor predisuestas a utilizar los medicamentos académicos que los tradicionales. Con frecuencia los varones son licenciados del Ejército o ex-trabajadores de las compañías petroleras, donde desempeñaron funciones relacionadas con la Medicina Académica Institucional. La expectativa de esta gente joven es hacer méritos para incorporarse al Ministerio de Salud como Técnicos Sanitarios.

Los promotores de mayor edad (más de 40 años) suelen estar mucho más familiarizados con las yerbas medicinales.

En el anexo hacemos un listado de los medicamentos tradicionales de uso más frecuente entre los promotores, con sus correspondientes indicaciones.

En los cursos hemos estimulado debates en los que los promotores establecieron un paralelo entre la Medicina Tradicional y la Académica, identificando en cuáles aspectos cada una de ellas tiene ventajas (+) o desventajas (-), habiendo llegado a las conclusiones que se resumen en el siguiente cuadro:

	Medicina Tradicional	Medicina Académica
1.- Accesibilidad geográfica	(+)	(-)
2.- Accesibilidad Económica	(+)	(-)
3.- Accesibilidad Cultural	(+)	(-)
4.- Menor frecuencia de fenómenos colaterales indeseables y menor riesgo de toxicidad	(+)	(-)
5.- Empatía médico-paciente por mayor carga vocacional	(+)	(-)
6.- Efectividad en las enfermedades de determinismo cultural (síndromes populares)	(+)	(-)
7.- Precisión diagnóstica	(-)	(+)
8.- Especificidad terapéutica	(-)	(+)
9.- Efectividad en situaciones de urgencia con riesgo de vida	(-)	(+)

Hemos observado que estos ejercicios de análisis y reflexión grupal sobre la Medicina Tradicional y la Académica han inducido en los promotores jóvenes, más inclinados a la Medicina Académica, una actitud de respeto y consideración al Médico Tradicional, induciéndolos a un régimen de colaboración con el mismo, que éste ha correspondido con largueza.

## CONCLUSIONES

1.- El promotor de salud constituye una respuesta válida para responder al desafío que implica la existencia de amplios sectores de población sin asistencia sanitaria.

2.- La población rural a la que se aplicó el Proyecto respondió positivamente a la presencia del promotor de salud, demandándola en aquellos caseríos que no la tienen.

3.- Un factor que ha limitado el aprovechamiento de los promotores de salud es la insuficiente supervisión técnica por parte de la estructura sanitaria oficial y el suministro deficitario de medicamentos esenciales a los botiquines comunitarios.

4.- Los programas de formación y capacitación de promotores de salud deben poner más énfasis en el aprovechamiento de los recursos de la Medicina Tradicional.

5.- El curador Tradicional no está favorablemente predispuesto a seguir cursos formales de capacitación; sin embargo, si lo está para asistir a jornadas cortas de intercambio de experiencias con los agentes de la Medicina Académica.

6.- El curador Tradicional es conciente de sus limitaciones; si el agente de la Medicina Académica establece buenas relaciones con él, puede lograr que se incorpore con provecho a un sistema integrado de atención sanitaria.

7.- Numerosos cuadros clínicos psicósomáticos de evolución crónica que constituyen un contingente significativo de la demanda de los consultorios, pueden beneficiarse de una farmacopea tradicional de bajo costo, eficaz y atóxica.

8.- Es necesario reforzar el régimen de referencia y contrareferencia de pacientes entre curadores Tradicionales, Promotores de Salud, Técnicos Sanitarios, Centros de Salud y

Hospitales de Apoyo. Esto es condición indispensable para que los distintos agentes se sientan partícipes vivenciales solidarios de una Medicina Integrada.

9.- Es menester imprimirle a los Cursos de Formación y Capacitación de Promotores de Salud una carga

equilibrada de contenidos de medicina preventivo-promocional y curativa.

10.- La labor del promotor de salud sólo da frutos trascendentes cuando actúa en el seno de una comunidad organizada, que supervisa y estimula su rendimiento.

**CUADRO N° 1**  
**DISTRIBUCION POR SEXO Y EDAD**

EDAD	1	2	3	4	5	T. SEXO	%
SEXO M	11	85	71	25	6	198	82
SEXO F	4	26	11	2		43	18
T.EDAD	15	111	82	27	6	241	
T.PROMOT.						241	100

Edad: 1 : <21, 2 : 21-30, 3 : 31-40, 4 : 41-50, 5 : >50

## A N E X O

## TERAPEUTICA TRADICIONAL DEL PROMOTOR DE SALUD

**1. AJO SACHA.** *Mansoa alliacea* (Lam.) Gentry. Fam.: Bignoniaceae. Se usa el raspado de raíz en infusión y para aplicación local. Analgesico y antirreumático.

**2. AMASISA.** *Erythrina poeppigiana*. Fam.: Papilionaceae. Se extrae la corteza del lado que sale el sol, se le raspa, se le diluye en agua y se bebe como agua del tiempo. Se usa la resina en aplicación local. Se usa como anti-inflamatorio en contusiones.

**3. CAÑA BRAVA.** *Gynerium sagittatum*. Fam.: Gramineae. Se usa el cocimiento de la raíz como antilitiásico, mezclada con aguardiente es tónico sexual para el hombre.

**4. CAPINURI.** *Clarissa nitida*. Fam.: Moraceae. Se emplea la resina en forma de cataplasma para fracturas, luxaciones, esguinces y lisiaduras recientes; se le usa también mezclado con suelda.

**5. CAPIRONA COLORADA.** *Calycophyllum spruceanum* (Benth). Hook. Fam.: Rubiaceae. Se usa el cocimiento de corteza para el estado post-saramponoso con diarrea.

**6. CASHO.** (marañón). *Anacardium occidentale* L. Fam.: Anacardiaceae. Cocimiento de hojas enfriado; se usa para el flujo vaginal.

**7. COLA DE CABALLO.** *Andropogon bicornis*. Fam.: Gramineae. Se usa el cocimiento del tallo. Es anti-inflamatorio, analgesico y emenagogo.

**8. CORTADERA.** *Scleria microcarpa* Nees. Fam.: Cyperaceae. Se usa el cocimiento frío de hojas y raíz. Es colagogo y diurético.

**9. CHANCA PIEDRA.** *Phy-*

*llanthus amarus*. Fam.: Eufobiaceae. Se usa el cocimiento de hojas y raíz. Tratamiento de la litiasis urinaria.

**10. CHIRIC-ZANANGO.** *Brunfelsia grandiflora* D.subs. schultesii. Plowman. Fam.: Solonaceae. Cocimiento frío de la raíz. se usa para la fiebre y los resfríos.

**11. CHIRIMOYA.** *Annona cherimolia*. Fam.: Annonaceae. Se usa el cocimiento de semilla como anti-disentérico.

**12. CHOCLO.** *Zea mays*. Fam.: Gramineae. Se usa como cocimiento frío; tiene propiedades diuréticas.

**13. CHUCHUHUASI.** *Maytenus ebenifolia* Reiss. Fam.: Celastraceae. Se usa el extracto de corteza disuelto en aguardiente. Es tónico, oréxico, antirreumático e hipotensor.

**14. GRANADILLA.** *Passiflora quadrangularis*. Fam.: Passifloraceae. Cocimiento enfriado de hojas. Se usa para depurar la sangre en casos de abscesos y piodermatitis a repetición.

**15. GUAYABA.** *Psidium guajava* L. Fam.: Myrtaceae. Se usa la infusión de hojas tiernas como anti-diarreico.

**16. HIERBALUISA.** (Cedrón). *Cymbopogon citratus* (DC) Stapf. Fam.: Gramineae. La infusión de hojas es de efecto anti-espasmódico, carminativo y digestivo.

**17. HUACAPU.** *Monstera falcifolia* Engl. Fam.: Araceae. El cocimiento de polvo de corteza es de acción purgante.

**18. INDANO.** *Byrsonima spicata* Will. Fam.: Malpighiaceae. Su corteza, rallada y reducida a polvo, es cauterizante de heridas y hemostático.

**19. ISHPINGO.** *Amburana caerensis*. Fam.: Leguminaceae. La

infusión de la flor es de efecto anti-disentérico.

**20. LLANTEN.** *Plantago hirtella* HBK. Fam.:Plantaginaceae. El cocimiento de hojas es anti-inflamatorio y analgésico.

**21. MALVA.** *Malachra alcelifolia*. Fam.: Malvaceae. El cocimiento de hojas enfriado es antitusígeno, anti-inflamatorio y expectorante.

**22. MANGO.** *Mangifera indica*. Fam.:Anacardiaceae. La infusión de flores es antitusígeno y expectorante. La infusión de hojas y flores se usa en las complicaciones del parto (sobreparto).

**23. MARACUYA.** *Passiflora nitida* HBK. Fam.:Passifloraceae. El jugo de la fruta es hipotensor.

**24. MENTA.** *Menta piperita*. Fam.:Piperaceae. La infusión de las hojas es digestivo, antiespasmódico y vermífugo.

**25. ÑUCÑO-PICHANA.** *Scoparia dulcis* L. Fam.:Scopurialiaceae. La infusión de hojas es antipirética y expectorante.

**26. OJE.** *Ficus glabrata* HBK. Fam.:Moraceae. Se usa el látex, practicando incisiones en el tronco. Se lo prepara de la siguiente manera: 500 c.c. de látex de oje filtrado +250 c.c. de aguardiente + 6 cucharadas de azúcar. Se dosifica la mezcla según edad, repitiéndola durante 3 días seguidos, por la mañana en ayunas:

Edad en años:	Dosis:
2 años	1 cucharada
3 a 4	1 cucharada y media
5 a 6	2 cucharadas
7 a 12	3 cucharadas
13 a más	4 cucharadas

**27. ORTIGA.** *Loasa urens*. Fam.:Loasaceae. La infusión de las hojas tiene efecto anti-diarreico. Por aplicación local, las hojas apresuran el brote del sarampión y la varicela.

**28. PAICO.** *Chenopodium ambro-*

*sioides* L. var. *antihelminthicum* A. Gray. Fam.: Chenopodiaceae. La infusión de las hojas tiene efecto vermífugo, anti-inflamatorio y para el sobreparto (fiebre puerperal con diarrea).

**29. PALTA.** *Persea americana*. Fam.:Lauraceae. El cocimiento de pepas es anti-diarreico y ocitócico (abortivo).

**30. PAMPA OREGANO.** *Lippia alba* (Mill). Fam.:Verbenaceae. La infusión de hojas tiene efecto digestivo, carminativo, anti-espasmódico y antidismenorreico.

**31. PAN DEL ARBOL.** (pandisho). *Artocarpus communis*. Fam.:Moraceae. La resina del tallo es cicatrizante en aplicación local.

**32. PAPAYA.** *Carica papaya* L. Fam.:Caricaceae. Las semillas tienen efecto laxante y vermífugo. La infusión enfriada de la flor del mamón macho se usa para la hepatitis. El látex del fruto se usa para disimular cicatrices.

**33. PIRI-PIRI.** (Yaguar piri-piri). *Eleutherine bulbosa* (Mill.) Urban. Fam.:Iridaceae. La infusión de las hojas tiene efecto ocitócico y produce esterilidad temporal.

**34. PIRI-PIRI.** (Vibora piri-piri). *Cyperus* sp. Fam.:Cyperaceae. Se mastica la cebolla del junco, se traga el jugo y se coloca el afrecho sobre la mordedura.

**35. PLATANO.** *Musa paradisiaca* L. Fam.:Musaceae. Se usa la resina de las hojas en aplicación local como cicatrizante y coagulante. El cocimiento del tallo y flores como anti-tuberculoso.

**36. RETAMA.** *Cassia reticulata* Willd. Fam.:Leguminoseae. La infusión fría de hojas y flores tiene efecto colagogo y diurético.

**37. ROMERO.** *Rosmarinus officinalis* L. Fam.:Labiataceae. La infusión de hojas tiene efecto digestivo, antiespasmódico y carminativo.

**38. RUDA.** *Ruta chalapensis* L. Fam.:Rutaceae. La infusión de hojas

tiene efecto hipotensor. Las hojas maceradas en aguardiente tienen efecto anti-inflamatorio.

**39. SACHA-PAPA.** *Dioscorea trifida* L. Fam.:Dioscoreaceae. Aplicadas localmente, ya en rodajas, ya molidas, tienen efecto anti-inflamatorio.

**40. SALVIA.** *Sauge officinalis*. La infusión de las hojas tiene efecto antitusígeno, expectorante y anti-inflamatorio; usada como gárgara tiene efecto antiséptico.

**41. SANGRE DE GRADO.** *Croton lechleri*; *Croton palanostigma*. Fam.:Euphorbiaceae. Se extrae una resina roja, mediante incisiones en la corteza; en infusión caliente es astringente; en aplicación local es hemostático.

**42. SAUCO.** *Condaminea corymbosa*. Fam.:Rubiaceae. La infusión de hojas y raíz tiene efecto anti-inflamatorio.

**43. SUELDA CON SUELDA.** *Phoradendron piperoides*; *Phoradendron quadrangularis*; *Oryctanthus amplexicaudis*; *Sthrutanthus pyriformis*. Fam.:Lorantaceae. La infusión de la raíz es cicatrizante. En aplicación local se usa para tratar fracturas.

**44. TANGARANA.** *Triplaris pavonii*. Fam.:Polygonaceae. En infusión fría y como baño se usa para

tratar la pelagra.

**45. UBOS.** *Sapindias mombin* L. Fam.:Anacardiaceae. El cocimiento frío de la corteza se usa en lavaje para el flujo vaginal.

**46. VERBENA.** *Verbena littoralis* HBK. Fam.:Verbenaceae. La infusión de hojas tiene efecto antitusivo, expectorante y laxante.

**47. VERDOLAGA.** *Sesuvium portulacastrum*. Fam.:Aizoaceae. Se usa la infusión fría de las hojas para tratar la hepatitis.

**48. YANAHUARANGO.** *Pollalesta discolor*. Se raspa el liber de su corteza, que da una espuma jabonosa, se la mezcla con la corteza de un bejuco llamado cupati, propio de los terrenos altos; se cocinan juntos; la infusión, tomada durante 3 noches seguidas, evita la concepción durante otros tantos años; 10 tomas seguidas producen una anticoncepción definitiva.

**49. YANAMUCO.** *Neea parviflora* Poepp & Endl. Fam.:Nyctaginaceae. El yanamuco del Alto Amazonas es el sheriz del Putumayo y el nashum o ungushurat de Maynas; se mastican las hojas tiernas, tiñéndose los dientes de negro por unos días; luego desaparece la pigmentación y queda la dentadura limpia y blanca; inhibe las placas dentarias; cariostático.

## REFERENCIA

1. CHIAPPE M.,LEMLIJ M.,MILLONES L. (1985) Alucinógenos y chamanismo en el Perú, contemporáneo. Ediciones El Virrey. Lima.
2. CAAAP-DESCO. Experiencias de desarrollo popular en el campo de la Medicina Tradicional y Moderna. Serie Experiencias de Desarrollo popular No. 3.
3. AYALA FLORES, (1984). Notes on some medicinal and poisonous plants of Amazonian Perú. Advances in Economic Botany, 1:1-8.
4. HARNER M. (1976). Alucinógenos y chamanismo. Ediciones Guadarrama. Madrid.
5. RODRÍGUEZ D. (1977), Marandú project: Report on Medical Work. Survival International- Review - Vol 2; No. 2 (18).
6. RODRÍGUEZ D., (1983) Medicina Indígena, Medicina Folklórica y Medicina Científica. Suplemento Antropológico de la Universidad Católica. Vol. XVIII. No. 1. Asunción, Paraguay; Junio de.
7. BENDAYÁN D., TEDDY R. (1985). El Último Pulmón. Manguaré Editores. Lima.
8. FERREYRA R. (1986). Flora y Vegetación del Perú (Vol. II de Gran Geografía de Perú). Editorial Juan Mejía Baca.
9. BOLDOI C. J. (1986). La Coca Andina; visión indígena de una planta satanizada. Instituto Indigenista Interamericano. México.