

¿ES POSIBLE LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA MEDICINA DEL YAGÉ?

RICARDO DÍAZ MAYORGA¹

Recibido: 7 de octubre de 2011
Aprobado: 7 de noviembre de 2011

RESUMEN

El yagé como medicina ha llegado a la sociedad urbano-industrial actual, y allí funciona en niveles importantes pero desconocidos. Es preocupante que la utilización improvisada e indiscriminada de esta medicina esté ocasionando accidentes que ponen en cuestión su práctica y plantean la búsqueda de soluciones inaplazables a los interesados.

Es también creciente el número de profesionales de la salud alopáticos que la conocen y utilizan. Pero estas experiencias permanecen en penumbra. Parece llegado el momento para que se dé un encuentro o confluencia, legítimo e informado, de dos visiones terapéuticas que aún con metodologías y epistemologías diferentes, pueden ser complementarias.

El propósito de este artículo es mostrar el avance en la visibilización, encuentro, reconocimiento y complementación de ambas medicinas, que puede llevar en un plazo mediano/largo, al objetivo de “institucionalización” de la medicina del yagé y su incorporación al Sistema Nacional de Salud.

INFORMALIDAD, DESINFORMACIÓN, PREJUICIOS

El yagé, recurso de purga de la medicina tradicional indígena del Putumayo, ha tenido, por lo menos en las últimas dos décadas, un gran auge en su demanda en el país, principalmente en los centros urbanos. El crecimiento ha sido de tales proporciones que puede considerarse que hoy en día la mayor demanda para esa medicina proviene de los habitantes occidental-urbanos, y no de sus comunidades de origen, además, que dicha terapéutica hace parte informal de los servicios de salud que utilizan los colombianos.

¹ Sociólogo. Director de la revista y página Web www.visionchamanica.com. Correo electrónico: neochamanic@gmail.com, chamanic@visionchamanica.com

Esta aseveración no está aún sustentada con estadísticas que la cuantifiquen y es, por ahora, una “percepción” de quienes han transitado por los escenarios rituales del yagé desde hace unos 20 a 30 años. La inexistencia de datos estadísticos o de estudios analíticos de instancias institucionales remite a otras características de esta evolución: su informalidad y su invisibilidad.

Otros indicadores indirectos, también sin estudios y mediciones oficiales, pueden ser revisados para comprobar el crecimiento anteriormente mencionado: aumento en el registro del tema en los medios de comunicación -con todo el registro de amarillismo o de exotismo que convoca audiencias a través del morbo- y la creciente presencia del tema en el gran medio de información y comunicación de nuestro tiempo, la Internet, con la misma mezcla de poca buena información, verdades a medias y mucha basura sensacionalista. También puede registrarse un aumento en la realización de trabajos de grado sobre el tema, particularmente en carreras como: antropología, sociología y psicología. Vale la pena mencionar la lenta apertura que se está haciendo en los programas académicos de medicina y psicología a asignaturas nuevas como la etnomedicina y la etnopsicología.

Varias razones pueden aducirse para esta especie de “clandestinidad” en la que se practica el yagé en el medio urbano: antiguos prejuicios de satanización de los rituales indígenas, que reaparecen y se reproducen en los imaginarios populares y religiosos; la indefinición y ambigüedad de su estatus, entre sí es una práctica médica o una práctica espiritual-religiosa; su limbo jurídico, aunque se consagran como derecho constitucional las prácticas propias de las culturas étnicas, su medicina no está reglamentada ni incorporada al conjunto institucional, y en consecuencia, es ignorada por las autoridades del campo de la salud. También la política norteamericana de “guerra de las drogas”, adoptada por los gobiernos locales, enrarece el ambiente e impone factores de interdicción para los principios activos de *Banisteropsis caapi* y *Diplopteryx cabrerana* -plantas componentes del brebaje-, incluidos dentro de la lista de sustancias estupefacientes del Departamento de Estado de EE.UU.

Asimismo, se da el crecimiento de accidentes, incluso mortales, registrados en los medios masivos, por lo general de manera sensacionalista, sin seguimiento y especificación rigurosa de lo realmente ocurrido en estos casos -sin conocerse, por ejemplo, los informes de las necropsias realizadas por Medicina Legal- y que producen detrimento en la opinión y en la consideración misma de esta medicina como una alternativa seria para la salud.

DIVERSIDAD DE LOS CONOCIMIENTOS MÉDICOS

Concomitante con el crecimiento de la demanda, quienes conocen y siguen la práctica de la medicina del yagé, tienen la percepción que cada vez más se da la utilización de este recurso de la medicina indígena del Putumayo por profesionales de la salud “occidentales” o no-indígenas, sea de consuno con taitas o médicos indígenas, o directamente como otro procedimiento o acto médico a sus pacientes. Una parte de esta medicina es proporcionada por los médicos indígenas mismos, y otra parte, muy creciente pero también indefinida, es proporcionada por terapeutas empíricos o curanderos mestizos, e incluso por profesionales de la salud que han incorporado este recurso a partir de su experiencia personal a su práctica médica. Más difícil de cuantificar, los casos en que los pacientes acuden a ambas medicinas sin que haya vínculo de complementación entre ellas -el vínculo lo hace el paciente mismo-.

Sin conocer en detalle las modalidades de este intercambio, puede hablarse de “complementación” o colaboración médica, y del encuentro de dos metodologías de abordaje de los pacientes, encuadradas en cosmovisiones muy diferentes. Dicha complementación es aún más problemática en su análisis y cuantificación por los antiguos prejuicios del establecimiento médico hacia los médicos indígenas calificados como brujos o charlatanes.

Los profesionales que han experimentado la medicina del yagé y la incorporan a su práctica médica, lo hacen en muchos casos de manera vergonzante, por temor a la reprobación de sus colegas y por no disponer de una sustentación convincente -en términos académicos y del lenguaje médico alopático- para justificar esa incorporación de un recurso proveniente de otra cultura. La complementación enunciada puede comprenderse, de una manera muy general, como el encuentro entre un énfasis en la parte biológica y orgánica -de la medicina alopática- con un énfasis en la parte psico-espiritual e integral que se obtiene con la purga del yagé.

La desinformación y prejuicios de parte del establecimiento médico y de las instancias académicas de la salud sobre las prácticas médicas indígenas -y las terapéuticas alternativas en general-, a las que califican de “supersticiosas” o “pre-científicas”, parten de paradigmas desuetos sobre la “Unicidad” del conocimiento, cuando se habla del conocimiento y de “la Ciencia” como si estos fuesen sólo patrimonio de la tradición de la cultura occidental, y no de “los conocimientos” y prácticas de los

diferentes pueblos, incluso con ideas, abordajes y acentos propios tal como lo propone el **enfoque poscolonial**, que plantea el reconocimiento de las voces propias de los pueblos y de sus actores, por oposición a la “violencia epistémica” de la colonialidad del saber (Castro & Grosfoguel, 2007).

El reconocimiento de múltiples visiones en el abordaje del complejo salud/enfermedad debería llevar a plantear una “multiculturalidad médica” que reconozca la intrincada red de relaciones e interacciones entre las culturas médicas y terapéuticas diversas en la actualidad.

SITUACIÓN INSTITUCIONAL

Como es frecuente en nuestro país, los hechos y las realidades avanzan al margen de las teorizaciones y de las políticas, de las instituciones y de la jurisprudencia misma.

Si bien la Constitución de 1991, reconoció el carácter multiétnico y pluricultural de la nación colombiana, aún no se ha pasado de la enunciación a la recomposición en la realidad, de los derechos y espacios para los múltiples componentes culturales, tanto de los pueblos indígenas y de los inmigrantes establecidos a lo largo de nuestra historia, como de las variantes mestizas, que se expresan también en los usos y comportamientos entorno a la salud, las técnicas y las terapéuticas para su recuperación cuando estas se han perdido. En buena parte de las instituciones de salud sigue prevaleciendo la versión “blanca”, cristiano-occidental, de una ciencia médica dogmática y autoritaria que desconoce otras terapéuticas, y que a su vez desconoce incluso, la autonomía de los pacientes a decidir sobre las diversas alternativas frente a su salud.

Pero, más allá de reconocer a la medicina tradicional indígena, y la satisfacción de su derecho al ejercicio de una práctica cultural propia; asimismo, la utilización de dicha medicina y de sus recursos entre el conjunto de la población rebasa su consideración como un problema exclusivamente étnico. En los niveles actuales de difusión, esta cuestión no tiene que ver solamente con las autonomías indígenas, sino con las orientaciones y políticas de la Salud Pública. Por eso, un enfoque adecuado debe estar dentro de la temática de las diferentes terapéuticas a las que accede el conjunto de la población, y no como si, unas terapéuticas fuesen para un pueblo y otras para otro. Lo peor, y más retardatorio, es la segregación del mundo indígena, y considerar que

sus prácticas médicas no pueden salir del espacio geográfico de sus comunidades; esta es la peor interpretación de la multiculturalidad, o mejor, su negación, y una pérdida para la riqueza cultural de nuestra nación.

Un enfoque multicultural de la medicina, y no exclusivamente étnico o político, permitirá poner la cuestión en términos de posibilidad de aproximación y entendimiento entre las terapéuticas, y no en términos políticos de derechos de las culturas, aunque sean legítimas las reclamaciones de cada cultura a su existencia y derechos.

La disponibilidad de diversas terapéuticas y recursos para la salud enriquece las alternativas de vida para el conjunto de la población. Valga la pena decir, por ejemplo, solamente resaltar en la medicina del yagé su carácter de Medicina Preventiva, en la que la purga y limpieza del cuerpo físico vigoriza y previene enfermedades, además de propiciar la conciencia personal sobre el autocuidado de la salud. Puede concretarse así, la aspiración sobre el empoderamiento de los pacientes que desencadene mecanismos de autosanación. El reflejo de esto en la cuestión de los costos del sistema de salud puede ser muy importante, como se ha señalado insistentemente en estos tiempos de “crisis de la salud” (Gómez, 2011).

El avance institucional y jurídico en la multiculturalidad médica y en el reconocimiento de la medicina del yagé pasa por lo menos por tres niveles: 1) las regulaciones indígenas autónomas para la salida, desde las comunidades hacia la ciudad de sus operadores y de sus recursos médicos, 2) la inserción de las peculiaridades de la medicina indígena dentro del marco jurídico general que regula la prestación de servicios de salud, 3) la creación, por consenso y a partir de las prácticas conjuntas, de **una nueva juridicidad multicultural** que institucionalice los avances del encuentro de las medicinas.

No podemos eludir una consideración sobre el marco jurídico internacional creado por la llamada “guerra de las drogas” impuesta al mundo por el gobierno estadounidense. Debe recordarse que en la declaratoria de dicha guerra, a comienzos de los años 70, se extendió la prohibición a la utilización de enteógenos en investigaciones y aplicaciones clínicas, por ejemplo el LSD y la ketamina, las cuales se utilizaban en tratamientos psiquiátricos y casos de adicción. Al parecer esta moratoria -concomitante con la crisis misma que presenciamos de la susodicha “guerra”- está menguando, o ha sido atenuada, al ser autorizado el reinicio de investigaciones y la utilización de sustancias

enteogénicas en el tratamiento de adicciones (Mac Niven). Pienso que es el camino sensato, como lo será el del cese definitivo de esa guerra sin sentido -aunque todas lo son- que tanto dolor y depredación causa.

DOS EPISTEMOLOGÍAS DIFERENTES QUE SE APROXIMAN

El saber de los chamanes aborígenes -de cualquier geografía- es práctico y experiencial; no tiene libros y su transmisión es oral (sin defecto de que integrantes de las etnias estén hoy día analizando intensivamente los estudios de antropólogos y etnógrafos sobre sus propias culturas). Aprenden haciendo; los taitas del Putumayo dicen que el yagé se aprende tomando, harto y muchas veces. La idea que ellos manejan sobre su brebaje es que éste es **un purgante**, y que al purgarse sale todo lo malo, aún lo espiritual y las malas costumbres: “si estamos limpios prevenimos enfermedades, estar limpio es pensar bonito” dice el sinchi inga Víctor Jacanamijoy.

Es esta idea de la purga integral, la que ha sido retomada por estudiosos occidentales -y no solo respecto del yagé, sino de otras plantas, preparaciones y técnicas tradicionales- y que ha sido nominada como: Enteogénesis o Estados Expandidos de la Conciencia.

En 1977 los científicos Gordon Wasson, Albert Hofmann y Carl Ruck, proponen el nombre de enteógenos para las sustancias que hasta ese momento se denominaban, de manera peyorativa y macartizante, como “alucinógenos” (Wasson, 1980). Son las sustancias o “plantas maestras”, o de conocimiento que inducen un estado expandido en que la conciencia amplía su percepción de la realidad hacia áreas desconocidas o “dormidas”, y que informan o recuerdan al ser humano una comprensión más amplia de lo que es el mundo, “su mundo” y de su lugar en él. Dentro de este tipo de experiencia está la purga con yagé. Y en general la experiencia con otras sustancias y plantas utilizadas para la consecución de estados de trance o éxtasis en tradiciones chamánicas de diversos pueblos.

Es este contacto el que ha sido calificado como experiencia mística, espiritual y/o religiosa. También ha sido entendida como una experiencia liminal o sagrada. Y son todos estos adjetivos y calificativos, la opción sobre uno u otro, lo que ha dificultado o confundido su comprensión. El neologismo mismo, enteógeno, conlleva una acepción de la divinidad: **en-teo-geno**: “dios en mí”, que propicia o genera la experiencia de Dios.

Por tal motivo, se propone la validación del término, entendiendo que la denominación Dios es genérica y extensa, incluyendo todas las posibles representaciones de la divinidad, o todos aquellos términos que por la extensión de significado o simbología rebasan la comprensión humana misma: El Todo o La Totalidad, El Uno, La Eternidad, El Infinito, El Cosmos, El Misterio, El Gran Espíritu... se puede entender el término como una forma de nominar lo indefinido, lo incognoscible -o lo innombrable-, o como una forma de nominar una experiencia que se vive, que es real pero que no se puede describir, esto es, algo fenoménico e inefable. De esta manera, como expresión multisémica, Dios puede ser también la “trama de la vida”, o el “flujo de la energía” o “la insondable presencia del Espíritu”.

La enteogénesis como experiencia induce una comprensión totalizadora de la salud, como experiencia única, personal e íntima propicia la clarificación y/o actualización del sentido de vida y la seguridad de tener un lugar específico en el mundo. Experiencia que puede nominarse también como “**psicointegración**” según la expresión acuñada por el antropólogo estadounidense Michael Winkelman. A diferencia de la medicina convencional no es sólo una “técnica de sanación”, de atenuar los síntomas, sino una visión integral y profunda de la salud del ser humano. Aunque esa concepción implique considerar campos “no medibles”, o zonas de incertidumbre, que solo pueden tener explicación o significación para el individuo mismo.

A pesar de la terminología y la materia misma en este tipo de experiencias, se considera que no es un tema religioso, o que necesariamente tenga que serlo. No religioso en el sentido de configuración religiosa, de asociación o empresa de culto, a la que deba estar inscrito como prosélito el paciente. Religiosa sí, o mejor espiritual, en el sentido de creencia personal en una determinada configuración simbólica, que puede tener o no elementos de las religiones existentes, pero que es válida solo para la persona y en la forma única como ella la percibe y la representa.

La comprensión y aceptación de esta conexión particular es fundamental en el acto médico. Compromete a la persona misma con el destino de su salud, y no quita nada de cientificidad al acto médico, solo que esa “cientificidad” no puede ser otro dogma que reemplace los de las religiones. Como he dicho en otra parte: “de alguna manera se deben aceptar las representaciones sobre el Misterio, o sobre la Trascendencia como componente de la salud psíquica de las personas, y por ende, de su salud física. Esas representaciones sobre el sentido de la vida o sobre la Trascendencia, se

expresan a través de “elementos simbólicos”, a los que no se puede aproximarse solo con los criterios racionalistas de la epistemología occidental, sino también, desde una aproximación estética que no califica ni asume pretensiones de verdad sino que, los registra, describe y analiza en sus diferencias respecto de otros. “[...] La aproximación estética en forma de símbolos es uno de los componentes fundamentales de la experiencia enteogénica -con plantas o sustancias de conocimiento- que se manifiesta en los rituales indígenas, pero también en otros formatos de la experiencia mística, como los más formalizados de las configuraciones eclesiales” (Díaz Mayorga, 2010).

Según lo dicho, podemos delimitar dos formas de abordar la salud y la enfermedad: la biológica, o biomédica, y la que tiene en cuenta la dimensión espiritual -entendida como el ámbito íntimo de las personas-. La relación entre estos dos enfoques médicos no es fácil. Supone en primer lugar el reconocimiento que se interrelacionan concepciones y epistemologías diferentes. Pero, avanzar en la comprensión del otro, puede significar el entender que las dos metodologías pueden llegar a ser complementarias, o que son dos caras de la misma realidad.

Tal vez dos condiciones sean fundamentales, una de cada parte. De los bio-médicos alópatas, el reconocimiento de la dimensión espiritual como factor de la salud y destino de las personas, en la comprensión que el sentido último de la existencia constituye base primordial del equilibrio del ser humano y que puede determinar su estado de salud o enfermedad. De los terapeutas enteogénicos, su deslinde de charlatanes de todo tipo y de sus verborreas, con prácticas y concepciones discutibles cuando no denunciables, y el reconocimiento que la forma de las creencias y la fe son asunto de la intimidad personal que cada quien resuelve en su particular abordaje de la Trascendencia.

Una tercera condición, válida para cualquiera de las dos orientaciones terapéuticas: el reconocimiento del paciente, de su autonomía, de su percepción y conocimiento sobre su salud, de su responsabilidad en el cuidado personal. No propiciar la dependencia del paciente, creando una especie de clientelismo comercial y espiritual, sino el respeto a la autonomía e independencia y la contribución del empoderamiento personal.

La presencia de la religión en los actos terapéuticos es inevitable aunque problemática. Pero, insisto en que debe verse y tratarse como algo de la intimidad de los pacientes

y no de la intervención de organizaciones de culto. Las representaciones sobre lo trascendente no son exclusivas de las formaciones religiosas. Tampoco los intermediarios son indispensables. Por eso creo que la mejor manera de manejar este aspecto es el **laicismo**, o sea, la no preeminencia de una determinada creencia, el no poner una determinada representación de la divinidad al mando. En últimas, para cada individuo, la representación que cuenta es la propia.

Sin desconocer la dimensión comunitaria de la religión: el *religare* del grupo, de la comunidad, por ejemplo, en las prácticas colectivas de sanación de lo comunitario. En este sentido, la aspiración religiosa se manifiesta, desde una perspectiva individual, como necesidad de pertenencia al grupo, de reconocimiento y aceptación en el sentimiento; y desde lo grupal mismo, como expresión intersubjetiva de factores de identidad y cohesión de los grupos sociales.

Hoy en día es muy importante y urgente deslindar institucionalmente la cuestión religiosa de la intervención terapéutica, ante la proliferación de sectas y agrupaciones religiosas que utilizan el yagé en sus ceremonias, más como elemento de proselitismo y cohesión de sus grupos, que como elemento propiamente terapéutico.

CARÁCTER IDIOSINCRÁTICO DE LA EXPERIENCIA HUMANA Y DE LA INTERVENCIÓN MÉDICA

La experiencia de cada ser humano es única. Quizás el lenguaje y la descripción del mundo recibida desde niños nos hacen olvidar o renunciar a eso, y nos somete a modelos y marcos normativos e institucionales para entender nuestra realidad. Es precisamente la experiencia enteogénica la que permite reencontrar la senda de nuestra peculiaridad.

Esto, el carácter único y propio de la experiencia de vida, que parece ser algo obvio, innecesario de enunciar, también ha sido tematizado por integrantes de la comunidad científica occidental como los biólogos chilenos Maturana y Varela, quienes han acuñado el término “**autopoiesis**”, comprendido como “la propiedad de los seres vivos -entendidos como sistemas- de producirse a sí mismos, que pueden crear o destruir elementos del mismo sistema, como respuesta a las perturbaciones del medio” (Maturana & Varela, 2006).

Por tal razón, en el acto médico debe estar incluido también el saber, los sentimientos y percepciones del paciente. No puede argüirse que el “saber experto” del médico obvie la percepción del paciente sobre sí mismo, y que la relación se dé en términos de saber/poder que derive en prácticas autoritarias. No puede aceptarse un “secuestro de nuestra experiencia” por parte de los saberes expertos, como plantea el sociólogo Anthony Giddens.

Así, en el acto médico está implicado el saber experto del médico, sus conocimientos generales, con el saber y la percepción propia del paciente. Vale recordar el principio hipocrático de que: “Existen enfermos, no enfermedades”.

La evolución de la sociedad humana a partir de la “modernidad” -últimos 200 a 300 años- que acentuó el valor del individualismo y también cambió la forma de los vínculos comunitarios -ahora por adhesión voluntaria y dentro de marcos normativos precisos-, el aumentó también del valor de la responsabilidad individual. La nueva situación de la individualidad humana determina también un nuevo papel, o por lo menos un proyecto, frente a las vivencias de salud/enfermedad, en que el individuo sea más autónomo y más responsable de su propia situación: que esté más informado y más a cargo de sí mismo. La experiencia enteogénica puede contribuir a esa conciencia y propiciar un paciente empoderado a cargo de su vida, de su situación y de su destino. Según sea el grado de conciencia se establecerán los grados de intervención del médico.

Ha de ser el paciente mismo el que establezca un compromiso con su tratamiento, que a su vez significa un compromiso con un estilo de vida sano y funcional o adaptado a sus circunstancias. La responsabilidad sobre sí mismo puede ser la cuestión fundamental de la ecuación terapéutica, y punto de ruptura con los estilos de vida de la sociedad consumista: excesos e inadecuación alimentaria, ausencia de ejercicio físico, consumos inadecuados y excesivos de alcohol, estupefacientes, tabaco, azúcar, sal... entre otros.

La confluencia de la experiencia enteogénica con el reconocimiento de la complementación de las terapéuticas, puede propiciar la aparición de un **nuevo paradigma médico** en el que el empoderamiento de los pacientes es apoyado desde diferentes perspectivas terapéuticas, contribuyendo a un verdadero sentido de la libertad humana.

UN TRAYECTO POR RECORRER

La confluencia de las dos perspectivas terapéuticas reseñadas, plantea a los interesados recorridos tareas diversas y múltiples, de construcción de lenguajes, “juegos de lenguaje”, que delimiten temas y prácticas; de divulgación de teorías y propuestas nominativas. Así, de resultados en la utilización de la enteogénesis o los EEC en otros países; de construcción de alternativas en el orden jurídico e institucional que proporcionen marcos válidos y legítimos para la acción; de visibilización de experiencias que se están dando en nuestro país, y de fijación de pautas y protocolos para la mejor utilización de esta experiencia en el marco de tratamientos médicos. Se hace, por tanto, necesario una mejor información y una mayor comprensión de lo que significa esta medicina, de su “tecnología”, de sus condiciones y de la mejor manera de aplicarla, además de sus potencialidades y proyección.

Planteo como objetivos inmediatos de acción: 1) ampliar hacia la comunidad médica alopática y sus instancias académicas, la información sobre los Estados Modificados o Expandidos de Conciencia, utilizados como recurso terapéutico genérico, 2) visibilizar las experiencias de utilización de la medicina del yagé por parte de operadores médicos alopáticos, 3) fijar protocolos mínimos para la utilización de manera segura, legítima y provechosa la medicina del yagé por parte de operadores médicos alopáticos, 4) establecer términos y condiciones para un diálogo comprensible y fructífero entre operadores médicos alopáticos y operadores médicos indígenas y otros operadores alternativos.

Una primera fase divulgativa tendrá que darse dentro de los espacios académicos y por iniciativa de aquellos de sus integrantes que hayan asumido una actitud abierta en el tema planteado, utilizando todos los recursos que proporcionan hoy en día los sistemas de comunicación e información. De manera simultánea deberán adelantarse estudios y mediciones estadísticas específicos sobre la utilización de los EEC, y más específicamente, sobre la utilización de la medicina del yagé.

La dinámica que se establezca desde estas iniciativas irá marcando el paso y las rutas en el objetivo del reconocimiento y práctica de la multiculturalidad médica y del reconocimiento e institucionalización de la medicina del yagé, como recurso terapéutico único y propio de la nación colombiana y como aporte a la humanidad entera.

BIBLIOGRAFÍA

- Castro Gómez, Santiago & Grosfoguel, Ramón. (2007). *El giro decolonial: reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores.
- Díaz Mayorga, Ricardo. (2010). Ética y Medicina Ancestral. *Ponencia al II Encuentro Internacional de Culturas Andinas*, Pasto. [Documento en línea] Disponible: http://www.visionchamanica.com/Medicinas_alternativas/Etica-Medicina-Ancestral.htm.
- Giddens, Anthony. (1995). *Modernidad e identidad del yo: el yo y la sociedad en la época contemporánea*. Barcelona: Ediciones Península.
- Gómez Buendía, Hernando. (2011). Para cuidar la salud. En: *El Malpensante*, No. 122.
- Jacanamijoy, Víctor. (2008). *Yagé es vida*. [Documento en línea] Disponible: http://www.visionchamanica.com/yage_EMC/Yage-es-Vida.htm.
- Mac Niven, Rodrigo. (2010). *Cortina de Fumaça*. [Película documental en línea] Disponible: <http://www.neip.info/index.php/content/view/2933.html>.
- Maturana, Humberto & Varela, Francisco. (2006). *De máquinas y seres vivos. Autopoiesis: la organización de lo vivo*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- Wasson, Gordon; Hoffman, Albert; Ruck, Carl P. (1980). *El camino a Eleusis: una solución al enigma de los misterios*. México: Fondo de Cultura Económica.