



COLEGIO DE POSTGRADUADOS

INSTITUCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS
AGRÍCOLAS

CAMPUS MONTECILLO

POSTGRADO DE SOCIOECONOMÍA, ESTADÍSTICA E
INFORMÁTICA- DESARROLLO RURAL

SABERES ETNOBOTÁNICOS DE LA HERBOLARIA
TOTONACA Y EL DESARROLLO RURAL: ESTUDIO DE
CASO EJIDO RIACHUELOS, TECOLUTLA VERACRUZ.

PASCUAL ALEXANDER JIMÉNEZ CABRERA

T E S I S

PRESENTADA COMO REQUISITO PARCIAL PARA
OBTENER EL GRADO DE

MAESTRO EN CIENCIAS

MONTECILLO, TEXCOCO, EDO. DE MÉXICO
2015

La presente tesis titulada: **Saberes etnobotánicos de la herbolaria Totonaca y el desarrollo rural: Estudio de caso Ejido Riachuelos (Lázaro Cárdenas), Tecolutla Veracruz**, realizada por el alumno: **Pascual Alexander Jiménez Cabrera**, bajo la dirección del Consejo Particular indicado, ha sido aprobada por el mismo y aceptada como requisito parcial para obtener el grado de:

MAESTRO EN CIENCIAS

SOCIOECONOMÍA, ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA-DESARROLLO RURAL

CONSEJO PARTICULAR

CONSEJERO: _____


DR. MARTIN HERNÁNDEZ JUÁREZ

ASESOR: _____


DR. GILDARDO ESPINOSA SÁNCHEZ

ASESOR: _____


DR. GUILLERMO MENDOZA CASTELÁN

Montecillo, Texcoco, Estado de México, marzo 2015.

SABERES ETNOBOTÁNICOS DE LA HERBOLARIA TOTONACA Y EL DESARROLLO RURAL: ESTUDIO DE CASO EJIDO RIACHUELOS, TECOLUTLA VERACRUZ

Pascual Alexander Jiménez Cabrera, M.C.

Colegio de Postgraduados, 2015

RESUMEN

La amenaza a la biodiversidad de las áreas rurales persiste, principalmente por las altas tasas de deforestación, la ampliación de la frontera agrícola, y la contaminación de suelo y agua. Los vínculos tan estrechos entre ésta con la diversidad cultural, hacen suponer una erosión de los saberes autóctonos, vinculados al uso y aprovechamiento de sus recursos fitogenéticos. El propósito de este estudio fue analizar el proceso de transmisión e intercambio de saberes en medicina tradicional en dos principales vertientes: 1) entre integrantes de la familia y, 2) entre la medicina tradicional y su complementariedad con la medicina alópata. El estudio se realizó en el año 2013 en la región Totonaca del Estado de Veracruz. El enfoque de la investigación fue de carácter mixto con alcance descriptivo-correlacional y explicativo. El diseño de tipo no experimental mediante muestreo de juicio a unidades accesibles y voluntarios. Se aplicaron 53 cuestionarios a jefes de familia abordándose aspectos como: características sociodemográficas, adquisición y transmisión de conocimientos, así como el acto sincrético de la atención mixta (medicina tradicional y alópata). Los resultados muestran que mayoritariamente son la madre y el padre los que propician el intercambio de información hacia los hijos, en donde la inducción en el consumo de remedios caseros constituye un elemento central, sin embargo se percibe pérdida de saberes de sus antepasados. La medicina tradicional se conserva en el nivel local y poco comercial, y en la práctica coexiste con la medicina alópata, donde los actores reconocen sus respectivos ámbitos de competencia, alcances y complementariedad para la atención a la salud comunitaria.

Palabras clave: Medicina herbolaria, atención mixta, saberes autóctonos, región Totonaca.

ETHNOBOTANICAL KNOWLEDGE OF TOTONAC HERBAL AND RURAL DEVELOPMENT: A CASE STUDY EJIDO RIACHUELOS, TECOLUTLA VERACRUZ

Pascual Alexander Jiménez Cabrera, M.C.

Colegio de Postgraduados, 2015

ABSTRACT

The threat to biodiversity persists in rural areas, mainly due to high rates of deforestation, the expansion of the agricultural frontier, and contamination of soil and water. The close links between biodiversity and cultural diversity, indicate that there are an erosion of indigenous knowledge, linked to the use and exploitation of their genetic resources. The purpose of this study was to analyze the process of transfer and exchange of knowledge in traditional medicine in two main aspects: 1) between family members and 2) between traditional medicine and its complement with allopathic medicine. The study was conducted in 2013 in the Totonaca region of Veracruz State. The focus of the research was mixed with a correlational descriptive and explanatory scope. The non experimental design was done by trial sampling of accessible units and volunteers. 53 questionnaires were administered to householders addressing issues such as: sociodemographic characteristics, transmission and acquisition of knowledge, and the syncretic act of the mixed attention. The results show that it is mostly the mother and father that promote the exchange of information to children, where the induction to consume home remedies is a central element; however, a loss of knowledge of their ancestors was perceived. Traditional medicine is kept locally and is little commercial, in practice coexists with allopathic medicine; in this process the actors recognize their respective areas of competence.

Key words: herbal medicine, mixed attention, Totonaca region.

Agradecimientos

Al Colegio de Postgraduados por brindarme la oportunidad de estudiar una Maestría.

Al Consejo Nacional de Ciencias y Tecnología (CONACyT) por la beca otorgada para realizar este postgrado.

Al Consejo Particular por el apoyo y la gestión del conocimiento contenida en la presente pesquisa.

A Marcia Bell Torrijos Almazán quien siempre motiva mis inflexiones. Gracias.

A las y los actores sociales relevantes que informaron durante las entrevistas y en quienes encontré el sustento para esta investigación con la suficiente motivación para ahondar en el tema.

Dedicatoria

A papá René, a mamá Venturina, a mis hermanas y hermano, a mi esposa Bell, Alex y a Lexer por su compañía.

CONTENIDO

	Página
RESUMEN.....	ii
ABSTRACT	iii
Agradecimientos.....	iv
Dedicatoria	v
Índice de cuadros	3
Índice de figuras	4
Siglas.....	5
CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN	6
1.1 Objetivo general.....	7
1.1.1 Objetivos específicos	8
1.2 Hipótesis general	8
1.2.1 Hipótesis específicas.....	8
1.3 Justificación.....	9
CAPÍTULO 2. REVISIÓN DE LITERATURA	10
2.1 La cosmovisión humana y la flora medicinal.....	10
2.2 La medicina tradicional y su contribución al desarrollo rural.....	11
2.3 El modelo de atención mixto en la atención primaria a la salud en el área rural..	14
2.4 La etiología en el curanderismo.....	17
2.5 La herbolaria en el contexto nacional e internacional	21
2.5.1 La herbolaria en el contexto mexicano	22
2.6 Situación actual y perspectivas del conocimiento médico tradicional en la interculturalidad.....	23
2.7 Importancia de la taxonomía científica y popular para el estudio etnobotánico ...	25
2.8 El rol del Estado en la medicina tradicional, última década	27
CAPÍTULO 3. MATERIALES Y MÉTODOS.....	29
3.1. Localización del área de estudio	29
3.2. Enfoque metodológico de estudio	30
CAPÍTULO 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	32
4.1 Perfil sociodemográfico de la población de estudio	32

4.2 Los remedios caseros y su trascendencia como estrategia de enseñanza-aprendizaje en la familia	35
4.3 Cosmovisión acerca del proceso salud-enfermedad	37
4.4 El valor económico y de uso de la flora medicinal	38
4.5 Los saberes como acto sincrético	44
4.6 El sistema de atención mixta	51
4.7 El Centro de Educación Ambiental y Medicina Tradicional.....	54
CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES	56
LITERATURA CONSULTADA	58
ANEXOS.....	61
Anexo 1. Cuestionario (instrumento de la encuesta).	61
Anexo 2. Plantas medicinales mencionadas por los encuestados.	71

Índice de cuadros

	Página
Cuadro 1 Diferencias entre el Conocimiento Ecológico Indígena (CEI) y el Conocimiento Científico Ecológico (CCE).....	20
Cuadro 2 Ocupación de los encuestados.....	32
Cuadro 3 Hablantes de lengua materna.....	34
Cuadro 4 Plantas medicinales mencionadas como de uso más frecuente en las 53 familias encuestadas.....	43
Cuadro 5 Trastornos más frecuentes presentes en las 53 familias encuestadas.....	43
Cuadro 6 Montos por servicio que los usuarios potenciales estarían dispuestos a pagar.....	55

Índice de figuras

	Página
Figura 1	Localización del área de estudio..... 29
Figura 2	Correlación entre edad y grado de estudios..... 33
Figura 3	El sistema IMSS-SOLIDARIDAD presente en la zona de estudio..... 37
Figura 4	El traspatio y el huerto familiar..... 40
Figura 5	Plantas medicinales manejadas en el huerto familiar..... 40
Figura 6	Equipo de corte..... 41
Figura 7	Preservación de plantas medicinales..... 42
Figura 8	Instalaciones del Rancho la Giraldilla..... 54

Siglas

IMSS	Instituto Mexicano del seguro Social
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
PEMEX	Petróleos Mexicanos
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SEMAR	Secretaría de Marina
SPS	Seguro Popular de Salud
SSa	Secretaria de Salud
SESA	Servicios Estatales de Salud
IMSS-O	Programa IMSS-Oportunidades
IPN	Instituto Politécnico Nacional
INI	Instituto Nacional Indigenista
CEI	Conocimiento Ecológico Indígena
CCE	Conocimiento Científico Ecológico
NAH	Instituto Nacional de Antropología e Historia
INI	Instituto Nacional Indigenista
INNSZ	Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán
CECIPROC	Centro de Capacitación a Promotores de la Comunidad
DPI	Propiedad Intelectual e Industrial
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
PNUMA	Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
IMSS-COPLAMAR	Programa IMSS-COPLAMAR
IMSS-SOLIDARIDAD	Programa IMSS-Solidaridad
UMC-HUEYTEPEC	Unidad Médica de Campo-Hueytepec
VPH	Virus del Papiloma
VIH	Virus de Inmuno Deficiencia Humana
NOM	Norma Oficial Mexicana

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN

En las sociedades tradicionales, los vegetales además de suplir necesidades materiales también cumplen una función simbólica, constituyendo una extensión de la identidad y de las aspiraciones humanas. En ese contexto, la etnobotánica concebida como el estudio de las sabidurías botánicas tradicionales (Gómez, 2003), incluye el proceso mismo de transmisión del conocimiento y de los elementos del patrimonio etnográfico referido a los vegetales (Pardo et al. 2003).

En México, las diversas etnias conservan y transmiten el conocimiento ancestral concerniente a los vegetales, esto a pesar de que en la conquista hubo pérdida de conocimientos y la muerte de sabios encargados de preservarlos. Aunque, los españoles mostraron interés por la flora medicinal de la Nueva España, estos solo se limitaron a conocer el uso y no a indagar aspectos más profundos en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en herbolaria (Gómez, 2003).

Actualmente en la República Mexicana, los jardines y huertos en el traspatio de las familias constituyen una gran riqueza debido al alto grado de diversidad, complejidad y usos antropocéntricos. Domínguez *et al.* cit. por Mendoza (2011) al igual que Estomba *et al.* (2006), compararon el nivel de uso y manejo en los espacios urbanos, suburbanos y rurales en Veracruz encontrando que es en la zona rural donde existe mayor superficie destinada al cultivo de plantas con fines terapéuticos, que es ahí donde existe mayor diversidad, mejor manejo y más conocimiento en comparación con las áreas suburbanas y urbanas. Es en estos espacios donde la mujer es quien juega el rol principal; y en este sentido la Organización Mundial de la Salud (1995) citado por Zapparoli (2012:109) sostiene que "...es el sexo femenino el que lleva el mayor peso en cuanto a lo concerniente en las responsabilidades asociadas con las funciones vitales de la familia, particularmente: el cuidado y mantenimiento de la salud".

Actualmente, la medicina herbolaria es considerada como una alternativa terapéutica básica para un vasto sector de la población rural. Laurell (1975) cit. por Jorand (2008)

menciona que la población rural minifundistas, jornaleros, obreros de la pequeña industria, artesanos y subproletariado urbano que por el bajo nivel de sus ingresos no constituyen mercado significativo para la medicina privada, encuentran en las plantas medicinales, un medio para preservar su salud, y que Cunningham (2002) denomina a este fenómeno como “seguridad social verde”, a la que tienen acceso millones de personas en el mundo.

Desde el punto de vista del desarrollo rural, se establece que la pérdida de la diversidad genética de las plantas, puede ser detenida por los campesinos si contribuyen con su sabiduría milenaria a establecer bancos de germoplasma en el espacio dinámico del traspatio o de sus parcelas (Cuevas, 1991). Además, se considera que la sistematización de saberes mediante estudios que los rescaten e incentiven desde el huerto familiar o la parcela con especial participación del grupo doméstico, será siempre el elemento central para poder aprehender la medicina familiar tradicional (Oliveira, 1989 cit. por Jorand, 2008).

En este sentido, el objetivo planteado en esta pesquisa fue el de analizar el proceso de transmisión de saberes de la herbolaria tradicional, la complementariedad con la medicina alópata y su importancia en la preservación de la salud a nivel doméstico y comunitario.

1.1 Objetivo general

Analizar la dinámica social, económica y cultural de los saberes de la herbolaria tradicional y su importancia en la preservación de la salud a nivel doméstico y comunitario, para determinar el potencial que ésta representa para el desarrollo rural regional ante la presencia de los servicios de salud pública y privada.

1.1.1 Objetivos específicos

1. Explicar el proceso de transmisión del conocimiento y de saberes de la herbolaria tradicional en el nivel doméstico y comunitario.
2. Describir la percepción local del sistema salud-enfermedad de la medicina herbolaria como elemento de vinculación con los recursos herbolarios que utilizan para reestablecer su salud.
3. Determinar el nivel importancia de la medicina alópata oficial y del grado de complementariedad alcanzado con la medicina tradicional, para la atención primaria a la salud familiar y comunitaria.
4. Analizar el valor económico y de uso de las plantas medicinales.
5. Categorizar el nivel de aceptación que tendría la creación de un centro de educación ambiental y medicina tradicional en la región de estudio como medio de preservación de los saberes tradicionales y recursos herbolarios locales.

1.2 Hipótesis general

A pesar de la influencia de la medicina occidental alópata, prevalece la transmisión de saberes consolidada a través de generaciones, conservando la tradición de usar plantas medicinales como remedios en la atención primaria de enfermedades en complementariedad, resultando un modelo de atención mixto en la región de estudio y que contribuye al bienestar de la población a través del cuidado y atención de su salud.

1.2.1 Hipótesis específicas

1. La transmisión del conocimiento en la familia se realiza de forma oral y diferenciada (por edad, sexo y parentesco) mismo que trasciende a nivel local mediante recursos literarios, mitológicos y simbólicos.
2. Existe la creencia de que la enfermedad tiene origen emotivo principalmente, condición dual a la que tiene que retornar el equilibrio para recobrar la salud, para lo cual emplean plantas y su simbolismo sincrético.

3. El uso de plantas medicinales es generalizado para la atención primaria de sus enfermedades y recurren posteriormente a la medicina alópata o viceversa, lo que se percibe como un buen complemento para recobrar la salud.
4. A mayores niveles de escolaridad e ingreso familiar, existe menor aprehensión de saberes de medicina tradicional y recurren a la medicina alópata con más frecuencia.
5. Existe interés generalizado por preservar saberes y salud en un centro de educación ambiental y medicina tradicional de influencia local, siempre que no represente un gasto mayor al que les significa la atención por el sistema oficial.

1.3 Justificación

El presente trabajo de investigación permite analizar el contexto y la forma en que los factores culturales, sociales, económicos, políticos y agroecológicos dan o no continuidad a los saberes locales en torno a las plantas medicinales; también permite evidenciar sobre la complementariedad de esta con la medicina alópata en la atención primaria de las enfermedades más comunes.

Aborda aspectos etnobotánicos propios de la etnia Totonaca para contextualizar en lo posible el establecimiento de un centro herbolario en la localidad de estudio, que contribuya al desarrollo rural mediante el aprovechamiento sustentable del recurso fitogenético medicinal y los saberes tradicionales que se desprenden de ellos para la atención a la salud comunitaria. También permite obtener una lista de plantas con nombres regionales y su uso terapéutico generalizado al que tienen acceso las familias en la zona de estudio.

Estudios recientes demuestran que los vínculos tan estrechos entre la diversidad cultural y diversidad biológica hacen suponer, que ante la inminente pérdida de las áreas silvestre se justifica el estudio de los saberes locales para preservar el binomio diversidad cultural-diversidad biológica.

CAPÍTULO 2. REVISIÓN DE LITERATURA

2.1 La cosmovisión humana y la flora medicinal

Desde los comienzos de la civilización, la humanidad ha usado las plantas como medicina, pues se cree le atribuían poderes curativos, esta estrecha relación surgió cuando el hombre primitivo se sintió atraído por los olores de las plantas curativas; sin embargo, fueron los hedores de la carne podrida los que obligaron al hombre prehistórico a usar romero (*Rosmarinus officinalis* L.), tomillo (*Thymus vulgaris* L.), eneldo (*Anethum graveolens* L.) y prácticamente todas las especies de uso culinario actual.

Quizá por casualidad colocaron su presa sobre un lecho albahaca (*Ocimum basilicum* L.) u otra hierba aromática, con la esperanza de que su fragancia cubriera el hedor de la carne. Así sucedió, la carne se conservó por más tiempo. Sin embargo, se cree que las plantas medicinales se fueron reconociendo al tanteo de los beneficios curativos y también venenosos, tropezando así con la medicina y el veneno más antiguo (Castleman, 1998).

Otros registros sobre su uso se encontraron en Babilonia, cerca del año 1770 antes de Cristo, en el Código de Hammurabi y en el antiguo Egipto cerca de 1550 antes de Cristo. Los egipcios creían que las plantas medicinales eran útiles aún después de la muerte de sus faraones; algunas de ellas han sido recobradas de las pirámides de Giza y están expuestas en el Museo de el Cairo (Veilleux, s/f. cit. por Prieto, 2004).

Era obligación del médico antiguo conocer las hierbas y como consecuencia en la actualidad nos beneficiamos de la sabiduría herbolaria acumulada a lo largo de los siglos y son para el provecho actual las hierbas medicinales que han pasado la prueba del tiempo.

La medicina herbolaria tiene cuatro tradiciones principales en el contexto global: la china, la ayurvédica en la India, la europea que incluye Egipto, y la indígena americana (Castleman, 1998).

2.2 La medicina tradicional y su contribución al desarrollo rural

La medicina tradicional, puede ser un principio de conservación y desarrollo regional, al disminuir el costo que implica restablecer la salud y, al mismo tiempo, resguardar el patrimonio biológico, en virtud de que las plantas despiertan gran interés porque han sido históricamente de mayor utilidad para el hombre y que tal utilidad viene de su abundancia y disponibilidad y de la variedad de formas, químicos, frutos u otros que ellas producen para sobrevivir, alimentarse y reproducirse.

Los principales usos etnobotánicos son: alimento, construcción, medicina, vestuario, caza, ceremonias religiosas, entre otras. Se destaca que alguna planta nueva o rara, debió ser llevada a casa y cultivada para evitar buscarla nuevamente con pocas probabilidades de hallarla en una segunda oportunidad, que al probar paulatinamente la utilidad de estas, se descubrió el uso deseado o bien una nueva aplicación; en el proceso se descartan algunas y desde luego se incorporan otras al acervo de la farmacopea familiar y local.

Con los avances de la medicina y la investigación sobre las drogas, la síntesis de éstas reemplazó las plantas como fuente de agentes medicinales (activos) en países industrializados; sin embargo, en la actualidad nos encontramos en un período de gran provecho por lo que representan estas para el desarrollo económico y social del territorio. Dicho interés por las plantas como fuente de nuevos productos farmacéuticos revivió en la década de 1990, entre otras razones, por la pérdida de la diversidad biológica, la cual puede impedir futuros descubrimientos de fármacos derivados de plantas; por la acelerada merma de conocimientos tradicionales, debido a la occidentalización y trastornos sufridos por las culturas indígenas; por el mayor entendimiento de la sofisticación de los sistemas de conocimiento indígena,

constituyéndose así, las comunidades rurales en verdaderos guardianes de los recursos fitogenéticos.

Desafortunadamente ese conocimiento, saberes y expresiones cotidianas se pierden principalmente por la presión industrializante de la sociedad moderna. Cuevas (1991) menciona que la eliminación o alteración drástica de los atributos culturales inherentes a los grupos humanos de las zonas rurales, favorece la pérdida de importantes conocimientos y actitudes tradicionales relacionados con la interpretación y aprovechamiento de los vegetales, desde luego las plantas medicinales que siempre están asociadas al grupo doméstico no son la excepción.

Bartoli (2005) muestra escenarios todavía más extremos al pronosticar la desaparición del conocimiento tradicional especializado, debido al desinterés de los jóvenes por aprender y prepararse para relevar a los viejos médicos tradicionales. Foucault (1982) refuerza esta idea cuando indica que prácticas médicas hegemónicas transformarán, desplazarán e inclusive eliminarán estos saberes populares.

Entre los factores que han influido en el abandono de la medicina herbolaria y la disminución en el interés por conservarlos en las familias de zonas rurales son: la creciente oferta de cobertura que en salud promueve el Estado, el proceso de aculturación y la deficiente transmisión de saberes de padres a hijos, aunado a que la nueva generación de jóvenes recurre con mayor frecuencia a la medicina alópata.

Respecto a la trascendencia de la conservación y manejo *in situ* y *ex situ* de la vegetación que realiza el campesino, Bañuelos (2007) acota que la sabiduría indígena en relación al uso y conservación de las plantas se vincula con la cultura, la identidad, el territorio y el desarrollo, particularmente las plantas y su uso, son producto de la cultura. La identidad es el resultado del proceso social que surge y se desarrolla en interacción con los otros integrantes de la sociedad y es en el espacio territorial donde sucede esa interacción y en el que se dispone de los recursos fitogenéticos.

Las comunidades étnicas no conciben de forma separada el conocimiento, la clasificación, los usos de los materiales y de las características mágico-religiosas. En este sentido, Silva (2009:122) afirma que no solo con la idea estructural del territorio (límites geográficos, autonomía administrativa, habitantes comprometidos en actividades interrelacionadas, entre otros) deben vincularse con "...la dinámica de la sociedad ya no como fruto de su estructura, sino explicada preferentemente por los intereses, aspiraciones, necesidades y objetivos de los individuos interactuando con otros individuos en la diversidad de los agrupamientos sociales".

La conservación biológica se aborda desde la perspectiva política, económica y cultural y en los últimos años se incorporó el tema étnico, constituyendo toda una corriente denominada etnobotánica que tiende a explicar por qué los recursos se utilizan de una forma y no de otra. Es necesario comprender el complejo gente-biodiversidad desde la perspectiva ecológica, evolutiva, dinámica y cognoscitiva, considerando el conocimiento que los grupos humanos desarrollan en torno a los ciclos productivos de las plantas y de las técnicas de subsistencia acordes con la capacidad de regeneración de los recursos; también a la acumulación y transmisión de información de una generación a la siguiente sobre las posibilidades de aprovechamiento de los recursos (Paz, 1998).

Es posible que, como el ejemplo del *Banisteriopsis caapi* (Spruce ex Griseb.) C.V. Morton ¹ del Amazonas, las comunidades donde es escasa su distribución natural, pueden obtenerla mediante intercambio con otros nativos en cuyos territorios son más abundantes. Estos hechos no descartan la necesidad de tener que cultivar en los huertos cercanos las especies poco comunes y así garantizar su uso futuro.

El análisis numérico sugiere que las especies más abundantes son más utilizadas por los nativos en su sistema cultural-ritual. Esto significa que su coexistencia milenaria les da la oportunidad de recolectar, experimentar, encontrar un uso y poner nombre a una

¹*Banisteriopsis caapi* (Spruce ex Griseb.) C.V. Morton, pertenece a la familia Malpighiaceae, usada por los Siona-Secoya del Amazonas como fuente de alucinógenos en sus rituales de hechicería.

especie o familia de plantas que existen en un área determinada por alguna razón ecológica (Vickers, 1989 cit. por Paz, 1998).

Parece razonable según Paz (1998), que la valoración de los conocimientos que tienen las etnias sobre biodiversidad es relativa, pues las sociedades indígenas conocen por separado distintos eslabones sobre el funcionamiento y utilización de las plantas, que la calidad y cantidad de información debe ser cuidadosamente analizado al priorizar estrategias de investigación y conservación de las culturas del bosque. Un enfoque meramente numérico y no global podría conducir al absurdo en términos de política de conservación.

Los vínculos tan estrechos entre la diversidad cultural y diversidad biológica hacen suponer, que ante la inminente pérdida de las áreas silvestre se justifica el estudio de los saberes locales para preservar el binomio diversidad cultural-diversidad biológica. Se cree existen 500,000 especies vegetales en el mundo, un tercio se localizan en América; México contribuye con 30,000, de las cuales la mitad pueden ser usadas con fines terapéuticos. En la biodiversidad herbolaria, nuestro país ocupa el segundo lugar con 3,000 especies registradas, después de China con 5,000 especies. Aunque el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) registra 4, 400 especies, las que se pueden localizar en los jardines domésticos y en el traspatio (Mendoza, 2010).

2.3 El modelo de atención mixto en la atención primaria a la salud en el área rural

En México el sistema de salud está compuesto por el sector público y privado, el sector público lo constituyen las instituciones de seguridad social que brindan servicios al sector formal de la economía: el Instituto Mexicano del Seguro social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y otras; las instituciones que protegen o prestan servicios a la población sin seguridad social: el Seguro Popular de Salud (SPS), la Secretaria de Salud (SSa), los Servicios Estatales de Salud (SESA) y el Programa IMSS-

Oportunidades (IMSS-O). El sector privado brinda servicios médicos a la población con capacidad de pago (Gómez, 2010).

Poco más de 30 millones de personas están fuera de cobertura en lo que respecta a protección social en salud, quienes para atender sus necesidades en salud recurren al Seguro Popular de Salud (SPS), a la Secretaría de Salud (SSa), a los Servicios Estatales de Salud (SESA) y al Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O); en ocasiones excepcionales acceden al servicio del sector salud privado ambulatorio (Gómez, 2010), y quienes se supone que son los mayormente recurren al uso tradicional de la herbolaria mexicana.

En la práctica de la atención de la salud en el sector rural se ha desarrollado un modelo de atención mixto o de convergencia en donde coexisten tanto la medicina tradicional y la alópata (Bejarano, 2004; Méndez, 1991 cit. por Espinosa, 2009). No obstante, la elección de utilizar uno u otro tipo de atención a la salud (médico alópata o curandero), también depende de la percepción de los signos y síntomas que tengan de la enfermedad, así como la preconcepción que tienen de los padecimientos ya sea naturales o del cuerpo y/o sobrenaturales o del espíritu.

El modelo mixto de atención a la salud no se extiende a todo el territorio nacional debido a su historicidad, tal como lo describe Espinosa (2009:294) “Es un concepto que no se limita al pasado, sino en cómo los saberes (populares o científicos) se socializan e incorporan a la cotidianidad de los individuos y las colectividades, y en la posibilidad de construir nuevos conocimientos, teorizaciones y prácticas”, tampoco se limita por la diversidad sociocultural, el obstáculo son las relaciones de hegemonía y subalternidad que al final se traduce en dominio y subordinación, donde sale mermada la participación del médico tradicional y cede al poder del “saber médico letrado” (Bejarano, 2004:13).

Antes de concluida la revolución de 1910, inicia el proceso de institucionalización de la salud. Pero fue en 1916 cuando se pretendió uniformizar la cultura nacional, en

detrimento de los valores y raíces indígenas mermadas a mero folclor; excepto el estudio de las plantas medicinales del que se han ocupado desde la conquista grupos o personas interesadas en el tema de la herbolaria terapéutica utilizada por la medicina indígena.

Durante el año 1920, la medicina galénica o científica se mantenía prácticamente inaccesible para el indígena desde la perspectiva económica, cultural y geográfica, orillándolo a un modelo de transición al dejarle al paciente la posibilidad de elegir entre un tipo y otro de atención.

Como resultado del Primer Congreso Nacional de Higiene Rural en 1936 el Instituto Politécnico Nacional (IPN), creó el servicio social de pasantes de medicina y la extinta Escuela Superior de Medicina Rural con la intención de extender su servicio en las comunidades rurales e indígenas.

Para 1948 y con la creación del Instituto Nacional Indigenista (INI) se enarbola la consigna del Desarrollo Integral, la intención era muy clara: introducir la medicina biomédica, modificar actitudes y creencias que se opusieran a esa visión hegemónica implantando una visión culturalista y así allanar el camino a la medicina pública.

En 1958 surge un modelo de atención mixta en la unidad de salud de Cuetzalan en la Sierra Norte de Puebla, donde predominan las etnias los Nahuas y Totonacas. Este precedente sienta las bases para la creación del Hospital Rural en 1958-1978; posteriormente en 1990 se traspasa al INI con la calificación de Hospital de Campo Mixto, mismo que en el año 2000 fue absorbido por la Secretaría de Salud, instancia que en el 2003 la denomina Hospital Integral con Medicina Tradicional. Todos estos cambios sufridos respondieron a intereses sociopolíticos de la época.

A juzgar por Duarte (2004:396), a pesar de que ya no persisten las políticas asimilacionistas como en los albores del año 1948, el reposicionamiento social de los indígenas permite algún avance que lidia con la interculturalidad de modo incipiente.

“...no se avanzó lo suficiente en darle voz y autonomía a las comunidades para que puedan decidir su relación con la medicina biomédica”.

En dicho contexto intercultural se reconoce la necesidad del diálogo entre los saberes biomédicos y tradicionales en la atención hospitalaria y comunitaria; sin embargo, es también donde más se notan las barreras culturales que impiden o limitan la comunicación y crea condiciones antagónicas y no de complementariedad como debiera ser (Espinosa, 2009). Ese proceso según Olivé (2004) citado Espinosa (2009) implica conocer y reconocer el saber del otro para llegar a la valoración y respeto mutuo, pasar del pensamiento social a la acción social, responsabilizando a los actores involucrados en el consultorio y en la comunidad, en un ambiente de plena autonomía que conduzca a la autogestión.

En ese sentido Ibacache (2002) cit. por Espinosa (2009) dice que dicha relación debe ser horizontal y complementaria en ausencia de dominio de una sobre otra, a pesar de que se entrecruzan dos mundos: “uno primitivo, sabio y natural; y otro novedoso, sofisticado y artificial” (Prieto, 2004:134). Duarte (2004) reconoce avances en la atención mixta en México, sin embargo, reitera que subyacen en sus intenciones considerar a la medicina tradicional un retraso en el campo de la cultura médica nacional.

2.4 La etiología en el curanderismo

En lo que respecta al proceso de diagnóstico de las enfermedades en poblaciones rurales, especialmente indígenas, se sabe que es una práctica común que el curandero o médico tradicional intuya partiendo del origen de la enfermedad y distinguía cuatro grandes causas según Eroza (1996): las primeras en naturales, aquellas cuyos factores enfermantes afectan de manera directa el estado fisiológico de los individuos, por ejemplo, las condiciones climáticas, o bien, la calidad de los alimentos; aunque también se pueden incluir dentro de esta categoría los accidentes que producen lesiones; las segundas en sociales relacionadas con las transgresiones a las normas colectivas, que

en este caso se traducen en la aparición de ciertos padecimientos, su explicación se sustenta en el entendido de que una conducta personal ha afectado la vida social; por citar un ejemplo, se puede hablar del incumplimiento de ciertas prestaciones estipuladas a través de un contrato matrimonial, una transgresión sexual, algún procedimiento técnico mal aplicado, o bien la negativa a cumplir con determinados cargos religiosos; las terceras cuyas causas calendáricas trastornan la salud y se asocian a determinados periodos de tiempo y sus combinaciones en relación con sus diferentes escalas, lo mismo que la posición de los astros, desde este punto de vista es posible que determinados días de la semana resulten especialmente peligrosos para causar un daño específico a la salud de una persona en particular, si se combinan con determinada estación del año y con una especial disposición de los astros, igual que expresan un carácter dicotómico que da lugar a la concepción dual del universo, incluida la enfermedad agrupada mediante la taxonomía del sistema frío-calor; y por último, pero no menos importante en la cosmogonía indígena, aquellos males provocados por agentes divinos en el que la salud está a merced de la voluntad de los dioses y de diversos seres sobrenaturales prestos a afectarla, estas últimas también llamadas de filiación cultural (Fagetti, 2004 cit. por Jorand, 2008).

Las prácticas terapéuticas mágico-religiosas más comunes según Eroza (1996), son las siguientes:

a) El pulseo

Consiste en interpretar el pulso, literalmente el curandero lee la sangre o platica con ella, combinan la intuición con el interrogatorio, la intensidad y localización de la pulsación son importantes para este tipo de método.

b) Adivinación con granos de maíz

Es un sortilegio que implica el arte adivinatorio para conocer el estado del tiempo y el paradero de personas extraviadas principalmente, varían en número y color dependiendo de la región de que se trate, los mixes emplean dieciocho, los zapotecos

de cuatro a cien y los tlapanecos de veintidós a cuarenta o sesenta y se hacen acompañar de plegarias y cantos.

c) El sueño adivinatorio

Consiste desde la cosmovisión indígena en el desprendimiento del alma para remontarse al pasado o al futuro, llevados incluso a periodos catalépticos en el que se puede visualizar el diagnóstico o la fase iniciática del aprendiz de curandero.

En ese contexto podemos vincular a la cultura como la dimensión simbólica de lo social en el que lo material e inmaterial cobran significado y que esta permanece estrechamente ligada a la identidad personal. Surge entonces de esa colectividad la idea de identidad étnica que parte del concepto de grupo étnico, que en palabras de Cardoso (1992) citado por Bañuelos (2007) señala como aquel que se perpetúa por medios biológicos, se comunica e interactúa y determina de tal forma que se distingue de otros, y que como entidad colectiva se autodefine como *nosotros somos diferentes de ellos*.

Esto justifica que los estudios etnobotánicos tengan que realizarse *in situ* y en el contexto real en el que suceden los hechos. Son los extraños al grupo los que refuerzan esa identidad propia y única, que favorece la reproducción del grupo social y con ellos sus usos y costumbres.

Es decir, que tanto los padecimientos como las respuestas hacia los mismos constituyen procesos estructurales en todo sistema y en todo conjunto social, y que, en consecuencia, dichos sistemas y conjuntos sociales no sólo generarán representaciones y prácticas, sino que estructurarán un saber para enfrentar, convivir, solucionar y, si es posible, erradicar los padecimientos (Menéndez, 1994).

La cosmovisión indígena en torno a las plantas medicinales refleja su organización social, familiar, económica, sus niveles de consumo y de acumulación, en donde dichas prácticas y saberes pueden favorecer el desarrollo económico y social de la comunidad

(Sariego, 1995 cit. por Bañuelos, 2007). Tratando los males desde la perspectiva de un conocimiento holístico (Ver Cuadro 1).

Cuadro 1. Diferencias entre el Conocimiento Ecológico Indígena (CEI) y el Conocimiento Científico Ecológico (CCE).

Conocimiento Ecológico Indígena (CEI)	Conocimiento Científico Ecológico (CCE)
<ul style="list-style-type: none"> • Cualitativo • Subordinado • Componente intuitivo: holístico • Alternativo • Oral: cuentos, subjetivo, basado en la experiencia • Unidad de mente y materia • Moral • Espiritual • Basado en observación empírica y acumulación de hechos por ensayo y error • Basado en datos generados por los mismos usuarios de los recursos • Lenta e inconclusa en términos de velocidad con la que se acumula el conocimiento • CEI es un sistema integrado de conocimiento y de creencias • Simbólico a través de historia oral, nombres de lugares y relaciones espirituales • Una cosmología o una visión del mundo. • Relaciones basadas en la reciprocidad • Obligaciones tanto hacia los miembros de la comunidad y otras criaturas como al manejo de los recursos de instituciones comunales, basadas en el compartir del conocimiento y su significado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuantitativo • Dominante • Puramente racional: analítico • Reduccionista • Escrito: didáctico, académico, objetivo, positivista • Separación de mente y materia • Libre de valores • Mecánico: investigación científica, hipótesis, leyes • Basado en la experimentación, sistemática, deliberación y acumulación de hechos • Basado en los datos generados por un grupo de investigadores • Más rápida y selectiva en la recolección de la información • CCE es solamente un sistema de conocimiento y práctica • Ecología es solo una parte, no el todo.

Fuente: Adaptado de Fikret Berkes, "Traditional ecological knowledge in perspective", y André Lalonde, African indigenous knowledge and its relevance to sustainable development. En Traditional Ecological Knowledge. Concepts and Cases (editado por Julian T. Inglis, 1993; pp. 4, 5 y 57) citado por (Prieto, 2004).

2.5 La herbolaria en el contexto nacional e internacional

América latina y cuba

Juárez (2004) citado por Espinosa (2009) le atribuye a Bolivia ser país pionero que favoreció espacios de encuentro y debate entre pacientes, familiares, curanderos, enfermeras y médicos con el refrendo multicultural y plurilingüe.

Otros actores en América Latina y el Caribe que favorecieron acciones para combinar la medicina tradicional con la alópata son Chile, Argentina, Cuba y México. Este último logró juntar en algunas entidades federativas la medicina herbolaria tradicional con la alópata mediante acciones encabezadas por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), seguido del Instituto Nacional de Antropología e Historia (INAH) y recientemente mediante el Instituto Nacional Indigenista (INI); el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INNSZ), mediante su programa del Centro de Capacitación a Promotores de la Comunidad (CECIPROC), pretende promover la salud desde un enfoque holístico que considere también el devenir histórico de las comunidades.

El método de investigación-acción participativa promovido por el CECIPROC dio como resultado un novedoso programa denominado etnobotánica, recuperación y sistematización de los saberes tradicionales, pero también de forma paralela promueve el saneamiento ambiental para un desarrollo rural limpio.

Asía

En China el 40% de la medicina utilizada proviene de los vegetales (preparados etnomédicos), la farmacopea japonesa emplea 123 fármacos con principios activos contenidos por principios activos puros o crudos, obtenidos de vegetales (Prieto-González, 2004).

Europa

El 90% de las importaciones se compone de 2,000 taxones, lo que equivale a treinta mil toneladas métricas anuales. El país más consumidor es Alemania, seguido por Francia, Italia, Reino Unido y España.

2.5.1 La herbolaria en el contexto mexicano

Al final del pleistoceno e inicio del quinto milenio antes de nuestra era, los cazadores recolectores principalmente de México, se familiarizaron con las plantas accesibles a ellos, conocieron su hábitat, las partes comestibles y épocas de colecta, constituyendo las bases del conocimiento ancestral de los Toltecas, Olmecas, Mayas, Aztecas, Mixtecas, Zapotecas, Purépechas, Totonacas y Seris, entre otros (Herrera et al. 1998 cit. por Mendoza, 2010).

Lozoya (1994) por su parte dice que según Barghoorn es un hecho relevante que el maíz en México se cultivara desde hace 60 mil años y fundamenta sus conjeturas con estudios arqueológicos realizados en los hoyos o basureros de prehistoria donde se revelan la dieta y las costumbres.

Fray Diego de Landa escribió lo siguiente sobre los mayas de Yucatán “tienen otros tantos árboles y de todo servicio y provecho, que espanta...”, incluso tienen “huertos sagrados en los que cultivan muchos árboles, como el cacao” (Landa, 1566 cit. por Gómez, 2003) un hecho importante en este párrafo destaca que antes de la colonia se cultivaban plantas semidomesticadas y domesticadas en el traspatio; quizá una de las más importantes contribuciones de los campesinos indígenas del pasado y actuales es la composición florística del territorio rural que prevalece.

La comunicación intercultural que se estableció a partir de ese momento fue violenta, la cultura colonizadora impuso su cosmovisión y obligó a los vencidos a adoptar nuevos elementos de la terapéutica española medieval y de la cosmovisión religiosa cristiana en sus prácticas y saberes médicos (Anzures y Bolaños, 1983; Foster, 1984 cit. por

Ayora, 2010). Los mismos conquistadores españoles agregaron plantas indígenas a su farmacopea, es decir las configuraciones culturales tienen un carácter translocal.

A su llegada al Anahuac, los españoles reconocen que los jardines botánicos iban más allá de la ostentación, puesto que eran una colección de plantas medicinales en espera de conocer o confirmar sus propiedades mediante la experiencia (del Paso y Troncoso, 1988). Desde el jardín ostentoso de la clase gobernante, hasta el humilde jardín indio seguía parones que alardeaban conocimientos de la flora en interacción con el medio físico y biológico (Nuttal, 2002).

En las zonas rurales aún utilizan, experimentan y enseñan con las plantas y los animales medicinales, recurren a éstos antes de consultar al médico. Clasifican las enfermedades en naturales o del cuerpo y sobrenaturales o del espíritu, estas últimas también llamadas de filiación cultural (Fagetti, 2004 cit. por Jorand, 2008).

2.6 Situación actual y perspectivas del conocimiento médico tradicional en la interculturalidad

La historia registra el interés de la raza humana por tener la naturaleza como aliada para suplir sus necesidades materiales y espirituales, en ese proceso iterativo emerge el papel del indígena como guardián de la diversidad biológica y del insoslayable aspecto cultural.

Las estadísticas son contundentes: se afirma que la mitad de las especies del mundo estarán al borde de la extinción a finales del siglo XXI, que la destrucción de la selva tropical puede alcanzar el 20% en el año 2022 y aumentar al 50% en años posteriores; que más de 3.5 billones de personas de los países en vía de desarrollo usan plantas como componentes de los cuidados para la asistencia médica y sanitaria, y que los recursos genéticos y material biológico derivado de las plantas y animales continúan siendo la base del mejoramiento de cultivos en agricultura y de productos medicinales para el 75% de la población mundial.

La comercialización de las plantas medicinales descubiertas por los pueblos indígenas reporta a las multinacionales 43 mil millones de dólares al año, sólo en los Estados Unidos. Aproximadamente cuatro quintas partes de todas las drogas conocidas son derivadas de los recursos naturales, y el 95% de la producción mundial de los veinte productos alimenticios más usados proviene de material genético de los países en vías de desarrollo. Más de las tres quintas partes de la llamada revolución verde se originan en recursos genéticos vegetales; solamente en los Estados Unidos, que representa más de un billón de dólares al año (Prieto, 2004).

El conocimiento tradicional, puede ofrecer a las sociedades modernas estrategias sustentables para conservar el patrimonio fitogenético, tal y como logran preservar los saberes acerca de los remedios ancestrales. En todos los casos la transmisión es oral y no hay registros escritos. Es en este punto que surge la dicotomía en pugna entre la sociedad moderna que clama para que curanderos y chamanes hagan asequible su conocimiento empírico especializado y critican también el hecho de privatizar el patrimonio comunitario cuando comercializan con estos. De este modo los usos y costumbres pueden hacer ilegal la venta de conocimiento y de recursos (Posey, 1995 et al. cit. por Prieto, 2004). Dicho espectro cultural y espiritual significativos o sagrados no deben ser susceptibles de comercialización.

Pero es un hecho innegable que las empresas transnacionales se aprovechan del bajo costo de la obtención de recursos fitogenéticos e información sobre su uso y aplicación; comercializando también el aspecto inasible de la cosmogonía de los pueblos indígenas. Alterando incluso el orden de las relaciones “comerciales” al regresarles un producto con valor agregado a los países de origen, haciendo que paguen por sus propias innovaciones, creando un desequilibrio e inequidad al aplicar conceptos de patentabilidad al conocimiento indígena tradicional.

El Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente reconoce esta disparidad al afirmar: “...los sistemas de propiedad intelectual animan a la apropiación del conocimiento tradicional para uso comercial, sin la justa distribución de beneficios, o

violan los preceptos culturales indígenas, al estimular la comercialización de tal conocimiento” (UNEP, 1996 cit. por Prieto, 2004).

Posey (1995) et al. referido por Prieto (2004:141) indica que las entidades colectivas como las comunidades indígenas no alcanzan la cobertura que los Derechos de Propiedad Intelectual e Industrial (DPI) marcan al considerar “...creador individual, solitario, original y es para esta figura que se reserva la protección, aquellos que no encajan en este modelo los custodios de la cultura y del conocimiento (médicos tribales, colectivos, practicantes de formas artísticas y musicales tradicionales, campesinos cultivadores de valiosas variedades de semillas, por ejemplo) son privados de protección a la propiedad intelectual”. Luego entonces las leyes nacionales e internacionales son el mecanismo que legitima la apropiación indebida de los conocimientos y recursos de los pueblos con fines comerciales.

Brasil, Colombia, Perú, Ecuador, Venezuela, Bolivia, México y Estados Unidos, juntos reúnen el 75% de la diversidad mundial; se destacan Brasil, Costa Rica, Panamá y Perú como pioneros en materia de regulación para preservar y aprovechar correctamente el patrimonio biológico mundial.

El interés por las plantas como fuente de nuevos productos farmacéuticos resurgió en la década de 1990, entre otras razones, por la pérdida de la diversidad biológica, la cual puede impedir futuros descubrimientos de fármacos derivados de plantas; por la acelerada merma de conocimientos tradicionales, debido a la occidentalización y trastornos sufridos por las culturas indígenas; por el mayor entendimiento de la “sofisticación de los sistemas de conocimiento indígena” (Prieto, 2004:136).

2.7 Importancia de la taxonomía científica y popular para el estudio etnobotánico

A través de la historia han surgido importantes herbalistas y etnobotánicos como Dioscórides, Gerdard, William Withering, Carl Linneus; este último sentó las bases para la botánica sistemática, Richard Evans Schultes, quien estudió etnobotánica y

poblaciones nativas del noroccidente de la Amazonia colombiana, quien luego transformó el Museo Botánico de la Universidad de Harvard en un centro importante de etnobotánica (Prieto, 2004).

Desde la época colonial existen diversas fuentes primarias sobre nomenclatura de flora y fauna, las enfermedades y los especialistas en curarlas. Tal es el caso de los diccionarios maya-españoles: Calepino de Motul, el vocabulario de Mayathan, el diccionario de Pío Pérez, entre otros.

Los nahuas del pasado, según Gubler (2000) plasmaron en libros el nombre de la enfermedad que trataban, la cantidades de plantas u otros ingredientes y la forma de preparar el remedio, incluyendo advertencias para cuidar al paciente.

El pueblo Mexica alcanzó grandes conocimientos sobre especialidades médicas, medicamentos y técnicas terapéuticas, incluidas las aprendidas en los pueblos sometidos. Por lo que el médico tradicional se constituyó en el principal portavoz de los saberes ancestrales acumulados, en adición al conocimiento impartido en planteles altamente especializados (Treviño, 1996 cit. por Mendoza, 2010).

El Calmecac, Guerra (1990) cit. por Mendoza (2010) era el lugar donde el joven aprendiz debía dominar el arte augural e identificar las virtudes de las hierbas medicinales.

El proceso de formación integral incluía aprender de las plantas sus aspectos morfológicos, fisiológicos, ecológicos y utilitarios; incluidos la taxonomía, tal como del Paso y Troncoso (1988) cita textualmente: “El nombre de las plantas medicinales, o iba seguido de la palabra *patli* (que era siempre dominante cuando entraba en composición), o indicaba claramente la aplicación que tenían aquellas plantas...el vocablo *patli* tenía dos acepciones diferentes, sirviendo en unos casos para designar al medicamento, y en otros significando claramente veneno...”

Se debe incorporar desde luego la perspectiva de género. Existen evidencias del papel del hombre en la transmisión de este saber ancestral y de la atención de partos; aunque desde luego el rol de la mujer en la gestión de salud del núcleo familiar es trascendental, la OMS (1995) cit. por Zapparoli (2012) afirma que “es el sexo femenino el que lleva el mayor peso en cuanto a lo concerniente en las responsabilidades asociadas con las funciones vitales de la familia”. Insoslayable al proceso son la educación, la producción de alimentos, la generación de ingresos, particularmente el cuidado y mantenimiento de la salud. En ese contexto cabe reiterar que en la actualidad corresponden a ellas aproximadamente dos tercios de todas las consultas médicas y tres cuartas partes de todas las recetas médicas (Castleman, 1998).

2.8 El rol del Estado en la medicina tradicional, última década

Concretamente CONEVAL (2012), determinó que el 46.2% de la población mexicana es pobre, es decir, 52 millones son pobres y que 58.5 millones tienen un ingreso inferior a la línea de bienestar. Cabe reiterar que la pobreza en México oscila entre el 40 y 50% de la población en la categoría de pobres y pobres extremos (Menéndez, 1994). Siendo los grupos indígenas mexicanos los que reciben las menores inversiones en recursos humanos y materiales por parte del Estado, son los que tienen las menores posibilidades de acceso al segundo y, sobre todo, al tercer nivel de atención y son los que tienen las menores coberturas de inmunización, entre otros. Ahora bien, el conjunto de las características enumeradas se potenciaron negativamente durante la década de los ochenta, dada la crisis económica que afectó a América Latina.

Dadas las condiciones señaladas, son los grupos étnicos más vulnerables a los procesos epidémicos cuyas consecuencias son más letales que en otros grupos sociales, como ocurrió con el sarampión en 1989-1990 y como aconteció con el cólera o la influenza recientemente. Podemos seguir enumerando una serie de indicadores epidemiológicos, pero consideramos que los comentados permiten concluir que los grupos indígenas de México (y en segundo lugar los otros grupos subalternos:

campesinado criollo, marginales urbanos, entre otros) son los que presentan las condiciones de mortalidad y morbilidad más altas.

Si bien desde la década de los años cincuenta el Instituto Nacional Indigenista y posteriormente el Programa de Bienestar Social Rural y el Programa de Extensión de Cobertura del IMSS/COPLAMAR e (IMSS/Solidaridad), actualmente con el seguro popular, tratan de amortiguar dichas privaciones de coberturas, pero la carencia es inminente.

La Secretaría de Salud en México realizó en 2004 y 2006 adecuaciones al reglamento de salud para favorecer al menos parcialmente el acercamiento a los conceptos y técnicas de las medicinas subalternas, aunque la práctica indica que existen precedentes en la Universidad de Zacatecas que instituyó la maestría en acupuntura, el IMSS desde hace treinta años creó el Hospital integral con medicina tradicional en Sonora, replicando el modelo en otras entidades del país; esta misma institución escudriña aspectos fitoterapéuticos en la Unidad de Investigación Biomédica en Medicina Tradicional y Herbolaria del Centro Médico Siglo XXI.

El Instituto Nacional de Antropología e Historia (INAH) con sede en Morelos opera el proyecto Actores Sociales de Flora Medicinal en México, que busca el acercamiento entre el saber biomédico y el subalterno (medicina tradicional), contribuyéndose así en un pilar más, cuya visión transdisciplinaria trasciende en la medida que sucede el diálogo entre los saberes biomédicos y tradicionales.

CAPÍTULO 3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Localización del área de estudio

El área de estudio se localiza en los Ejidos Lázaro Cárdenas (Riachuelos) y el Ejido Hueytepec perteneciente a la región Totonaca del Estado de Veracruz. El Ejido Lázaro Cárdenas se localiza entre los paralelos $20^{\circ}24'42''$ y $20^{\circ}25'28''$ de latitud norte, y los meridianos $96^{\circ}57'53''$ y $96^{\circ}57'19''$ de longitud oeste con respecto al meridiano de Greenwich. Por su parte el Ejido Hueytepec se localiza entre los paralelos $20^{\circ}19'17''$ y $20^{\circ}19'48''$ de latitud norte, y los meridianos $97^{\circ}2'17''$ y $97^{\circ}1'6''$ de longitud oeste. Ambos ejidos colindan al norte con el Golfo de México, los municipios de Gutiérrez Zamora y Papantla (Ver Figura 1) y presentan altitud promedio de 10 m.s.n.m. y 300 m.s.n.m. en su punto más elevado. La vegetación se caracteriza por ser pastizal, tular, manglar y bosque tropical subcaducifolio, en el convergen el uso agrícola, ganadero y urbano. Predomina el clima cálido-húmedo con abundantes lluvias en verano, la precipitación tiene un rango anual de 1400 a 1600 mm y la temperatura oscila entre 24 y 26 °C (INEGI, 2009).

Figura 1. Localización del área de estudio.



Fuente: Elaboración propia con imágenes del Atlas Municipal de Riesgos Nivel Básico de Tecolutla (2011).

3.2. Enfoque metodológico de estudio

El enfoque metodológico del estudio fue mixto con alcance descriptivo-correlacional y explicativo. El diseño de tipo no experimental mediante muestreo de juicio a unidades accesibles y voluntarios (Hernández, 2010).

El tamaño de muestra se obtuvo mediante la fórmula $n = \frac{N}{Nd^2 + 1}$, considerando una varianza máxima.

Donde; N = población total
n = tamaño de muestra
d = precisión o error

En base al tamaño de la muestra resultante, se aplicaron 53 cuestionarios a jefes de familia de Riachuelos. La encuesta la integraron siete apartados que incluyeron aspectos socioeconómicos de los participantes; conocimientos y antecedentes del uso de plantas medicinales; cosmovisión del proceso salud-enfermedad; y se incluyó un sondeo de opinión sobre la posibilidad de establecer un Centro de Educación Ambiental y Medicina Tradicional como medida de conservación y preservación de los saberes tradicionales y fitogenéticos de la herbolaria local.

También se realizaron cuatro entrevistas a profundidad dirigidas a informantes claves reconocidos por la comunidad, apegándose a un guion semiestructurado que incluyó aspectos relativos a la forma de adquisición y transmisión del conocimiento, así como de la visión personal del acto sincrético de la atención mixta (medicina tradicional y alópata). De estas cuatro entrevistas semiestructuradas, dos se aplicaron a parteros, una a un hierbero (vendedor ambulante) y la última al jefe de la Unidad Médica de Campo de Hueytepec (UMC) del Municipio de Tecolutla, Veracruz. El producto de dichas entrevistas se ordenó con el objetivo de articular una narrativa en el contexto de complementariedad de los saberes en ambas vertientes (familiar y entre la medicina tradicional y la alópata).

Se realizaron dos fases de campo, una exploratoria de cinco días en agosto del 2013, en el que se visitaron autoridades locales y se corroboró la información teórica relacionada con la descripción del área de estudio, la segunda fase de campo se

realizó en una estancia de doce días en el mes de mayo de 2014, en esta etapa se realizaron entrevistas y se aplicaron las encuestas.

Las autoridades locales incluidas las de salud, brindaron el apoyo necesario durante la fase de campo, se nos permitió pernoctar en las instalaciones del Rancho la Giraldilla propiedad de un ejidatario de Riachuelos, durante el transcurso de ambas incursiones en campo.

El procesamiento de la información se realizó con programas computacionales: Excel 2010 y SPSS 15.0, los nombres científicos se escribieron conforme datos disponibles en Tropicos.org y en la Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana.

CAPÍTULO 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Perfil sociodemográfico de la población de estudio

En la encuesta aplicada a 53 jefes de familia, el 64.2% fueron mujeres y el 35.8% hombres, esto debido a que el sector femenino realiza en su mayoría actividades dentro del hogar (Ver Cuadro 2). Las actividades primarias como la agricultura y la ganadería, forestal y pesca estuvieron también presentes en el 30.2% de los entrevistados

Cuadro 2. Ocupación de los encuestados.

Ocupación	%
Amas de casa	54.7
Actividades agrícolas, silvícolas y pesquera	30.2
Oficios diversos (artesano, albañil, electricista, plomero y carpintero)	5.7
Asalariados (empleo doméstico, obrero, jornalero, servidor público)	3.8
Estudiantes	3.8
Comerciantes	1.9
Total	100

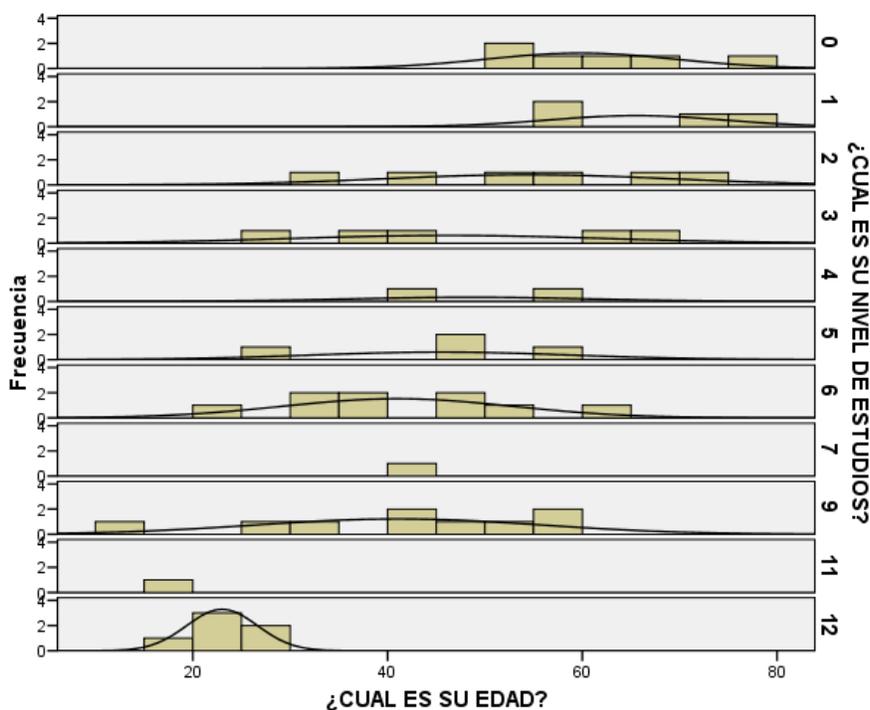
El rango de edad de los encuestados oscila entre 14 años como mínima y una máxima de 76 años, cuyo dato promedio fue de 45 años, se obtuvo en general un nivel educativo bajo, ya que únicamente el 9.4 % de los encuestados manifestó tener bachillerato como nivel más alto de escolaridad, que correspondió al promedio de edad de 27 años.

Con los datos recabados en campo, se determinó el coeficiente de correlación de Pearson entre edad y grado de escolaridad. Como resultado se obtuvo un coeficiente de correlación de -0.682, el cual nos dice que existe un alto grado de asociación negativa entre las variables de escolaridad y edad; lo que nos indica que al aumentar la edad, disminuye el grado de escolaridad y viceversa. Esto es lógico y coherente ya que las personas adultas entrevistadas son las que presentan el nivel más bajo de estudios

debido a que en los tiempos pasados era muy difícil poder tener acceso a la educación. En cambio los más jóvenes presentan el más alto grado educativo porque en la actualidad aunque aún son insuficientes, hay más posibilidades para poder seguir estudiando.

La población estudiantil que respondió el cuestionario se debió a que en ese momento era el único que se encontraba en la vivienda, lo que permitió conocer el punto de vista de una generación joven a la que se le acusa del poco interés por salvaguardar los saberes del uso tradicional de la herbolaria; en esta investigación durante el levantamiento de la encuesta, se apreció que los jóvenes si conocen los principios básicos de la medicina tradicional herbolaria y manifiestan interés por aprender; sin embargo, existe también la postura de concretarse a ingerir los remedios caseros herbolarios sin indagar más al respecto.

Figura 2. Correlación entre edad y grado de estudios.



Fuente: Elaboración propia con datos del estudio de campo.

Predomina una población con instrucción primaria incompleta, cuya media es de 5.3 años de escolaridad, siendo el sector femenino el que aventaja a los hombres con 1.3 años más de escolaridad, esto puede deberse a que los hombres desde los temprana edad (aproximadamente ocho años) se incorporan a las labores del campo, principalmente durante las cosechas de cítricos, que es cuando sus padres requieren más del apoyo de los hijos varones, una práctica arraigada en la población.

En el aspecto de procedencia, predomina la población originaria de Riachuelos (73.6%), aunque se percibe población inmigrante, principalmente de otros municipios colindantes (18.9%) y el 7.5% que provienen de otras entidades federativas como: Puebla, Oaxaca y Chiapas. En los casos donde los encuestados provienen de algún otro estado, responde al hecho de que contrajeron matrimonio con personas oriundas del lugar y no se debe al fenómeno de la migración de jornaleros agrícolas.

La lengua nativa se habla cada vez menos y en esta región de estudio el 88.5 % ya no habla ninguna lengua indígena y tan solo el 11.5% de los encuestados hablan Totonaco o zapoteco, pero no ambas lenguas maternas, el siguiente cuadro muestra los datos (Ver Cuadro 3).

Cuadro 3. Hablantes de lengua materna.

Lengua indígena	%
Totonaco	71.4
Zapoteco	28.6
Total	100

Fuente: Elaboración propia con datos de campo.

4.2 Los remedios caseros y su trascendencia como estrategia de enseñanza-aprendizaje en la familia

La comunidad encuestada admite en un 98.11%, que han usado remedios caseros derivado de plantas medicinales, todos aduciendo que la razón primordial es el restablecimiento de la salud, aunado a que es un recurso asequible por ser más barato que la medicina alópata; se destaca además el uso tradicional motivado por la curiosidad y la costumbre.

El proceso de enseñanza-aprendizaje, según el 67.3% alude que son los progenitores quienes ponen más empeño en enseñar el arte de preparar remedios caseros, a diferencia del 32.7% que opina que los abuelos también contribuyen en el proceso de enseñanza cuando forman parte de la familia ampliada, es decir la mayoría coincide en que es la familia nuclear (progenitores e hijos) el ambiente propicio donde se transmite el saber ancestral de manera más directa; lo que concuerda con el 84.0% de los encuestados que señalan que inducen a sus hijos a consumir remedios caseros con cierta frecuencia, en contraste con el 16.0% que prefiere no hacerlo debido a que no es habitual en ellos.

Es verdad que el vínculo estrecho entre padres e hijos facilita el proceso de transmisión del conocimiento; aunque también, cuando los abuelos están presentes en el caso de las familias extensas, estos refuerzan el proceso, añadiendo todavía más aspectos místicos y religiosos propios de las costumbres del pasado.

Del sector que transmite sus saberes a sus hijos, el 95.3% suministra el remedio y explica a estos los componentes de la mezcla y el procedimiento para prepararlos; a diferencia del 4.7% que sólo se limita a proporcionarlos sin explicación alguna. Aunque es obvio que una simple explicación no capacita al usuario de los remedios a constituirse en un experto herbolario, pero si es importante el hecho de que al menos tienen bases empíricas para conservar los saberes en torno a la salud familiar.

En este proceso, la mujer es quien tiene un papel central en la preservación y trasmisión de los conocimientos de la herbolaria tradicional, ya que el 100% de los encuestados admitió que es la mujer adulta la que más se interesa en aprender dentro de la familia, debido a que ellas asumen el rol del cuidado general del hogar, incluyendo el de la salud de los miembros de la familia. Lo anterior se corrobora con lo señalado con la Organización Mundial de la Salud (1995:3) cit. por Zapparoli (2012:109) "...es el sexo femenino el que lleva el mayor peso en cuanto a lo concerniente en las responsabilidades asociadas con las funciones vitales de la familia, incluidas la salud".

Los habitantes de la comunidad de estudio recurren en la fase temprana de la enfermedad al remedio casero o al curandero, de acuerdo con la percepción de los signos y síntomas que tienen del padecimiento, aunque actualmente se ha mejorado la accesibilidad a la medicina alópata, lo que facilita combinar ambos métodos.

En este último aspecto, un típico ejemplo que prevalece es el dolor de estómago que inician su tratamiento con un paliativo casero a base de Manzanilla (*Matricaria recutita* L.) y si persisten los síntomas o estos se agudizan, pasan con el curandero del pueblo para la sobada de empacho, generalmente aquí concluye el proceso, pero en caso de ser un padecimiento recurrente, visitan al médico alópata de la clínica de campo para tratamiento alópata. Esta práctica se observa comúnmente y es parte de la cotidianeidad.

La razón principal del suministro de remedios caseros se identificó como la búsqueda del equilibrio para recobrar la salud, según el 81.1% de los encuestados, dicha práctica es complementaria al sistema de atención primaria al que están actualmente acostumbrados, ya que si la enfermedad no cede en los primeros tres días acuden a la Clínica de Salud del sistema IMSS-OPORTUNIDADES establecida en la zona de estudio (Ver figura 1).

Es en esta relación donde sucede el proceso del modelo de atención mixto, en el que se univoca la necesidad del paciente de restablecer su salud, con la del Estado de garantizarla en un contexto de interculturalidad y en el que el proceso místico del sanador local coadyuva a restablecer el equilibrio del espíritu, parte insoslayable del tratamiento.

Figura 3. El sistema IMSS-SOLIDARIDAD presente en la zona de estudio.



A) Casa de salud de Riachuelos, en la que labora una enfermera únicamente.

B) Unidad Médica de Campo de Hueytepec, en el que siempre hay un médico y una enfermera en todo momento. Fuente: Archivo fotográfico del autor.

4.3 Cosmovisión acerca del proceso salud-enfermedad

Entre las familias estudiadas existe una fuerte percepción de que las enfermedades se vinculan principalmente a la disposición de las familias al cambio en patrones de consumo, es decir a la ingesta de productos industrializados propios de los tiempos modernos. Con lo cual se deja entrever la nostalgia estructural² con la que comparan el pasado, ya que el 67.3 % relaciona a las enfermedades con la alimentación desbalanceada, provocada entre otras cosas por los malos hábitos de sustituir alimentos naturales por procesados. En esa misma proporción relacionan la

²La Nostalgia estructural se manifiesta en las poblaciones locales cuando comparan el presente de manera desfavorable con la manera en que las cosas se hacían o pensaban en el pasado (independientemente de si esto es no fáctico) (Ayora, 2010).

enfermedad con elementos sobrenaturales a los que las personas se exponen, ya que admiten que las personas pueden provocarse males unas a otras, debido principalmente a la envidia. De aquí que el 94.3 % acepta que se debe recurrir a brujos o hechiceros para provocar males o para contrarrestarlos, bajo el supuesto de que saben los curanderos provocar enfermedades y males, pero también saben quitarlos.

Aunque Santos una mujer de 44 años de edad y que actualmente vive del trabajo doméstico, argumenta que para el “*mal puesto o embrujo*”, cuando ya se intentó recobrar la sanidad por otros medios, siempre hace bien hacerse autobarridas o autolimpias con plantas que pueden ser: albahaca (*Ocimum basilicum* L.), ruda (*Ruta graveolens* L.) o hierba del negro (*Hyptis verticillata* Jacq.).

“Hasta con un chile guajillo o pasilla secos se quita, pero el barrido lo hace uno mismo, porque si lo hace otra persona se le pasa el mal, excepto si este barre con una veladora de parafina” (Com. Pers., 2013).

4.4 El valor económico y de uso de la flora medicinal

Los datos obtenidos revelan que el recurso herbolario terapéutico tiene poca importancia como producto comercializable, ya que el 71.2 % indica que no empleó dinero para adquirir plantas medicinales durante el año 2013. Sin embargo, el restante 28.8 % admite haber gastado \$117.88 en promedio en plantas vivas o secas, el gasto máximo realizado fue de \$1,200.00 el cual es bajo si se compara con los \$3,896.34 en promedio erogados en ese mismo periodo en medicamento alópata, cuyo dispendio máximo alcanzado fue de \$50, 000.00 en medicinas de patente, sobre todo en familias con parientes que padecen enfermedades crónico degenerativas.

La mayoría de la población encuestada cultiva sus propias plantas medicinales en el huerto familiar (69%), en ese espacio contiguo de la casa destinado a brindar el cuidado esmerado a árboles, arbustos y herbáceas curativas, toleran, protegen y

fomentan algunas especies silvestres con valor de uso medicinal³ (Ver figura 4 y 5). En ningún caso se manifestó haber comercializado plantas medicinales, no obstante declararon adquirir estos recursos terapéuticos mediante la colecta en terrenos aledaños (20%) y un bajo porcentaje lo compra en el mercado local (11%).

Trasciende el hecho de que además de conservar el germoplasma, conservan técnicas tradicionales de manejo para el mantenimiento y reproducción del huerto, la composición florística y el arreglo topológico están definidos para hacerlos más funcionales y productivos.

De manera empírica los productores locales reconocen que en el huerto las plantas medicinales silvestres o cultivadas, si se les aísla de otras con la que antagonizan, no sintetizan más ni mejores principios activos, lo que merma su eficacia terapéutica, por lo que el aspecto general de patio y huerto medicinal es un deliberado y aparente desarreglo, que puede contener al mismo tiempo trilladas y angostas brechas de acceso, como amplios claros, debido a las actividades cotidianas de limpieza, lavado, cuidado de algunos animales domésticos, aprovisionamiento de agua mediante pozos, área de juego para niños, la convivencia familiar y las celebraciones religiosas.

³De Wet *et al.* 1975. Las plantas *Toleradas* nacen espontáneamente en zonas de vegetación antropogénica y que son dejadas ahí, sin recibir ningún tipo de manejo ni cuidado, son silvestres pero su estrategia es seguir a los espacios perturbados. Las *protegidas* surgen espontáneamente dentro del terreno de cultivo o del huerto y que reciben cuidados de manera directa. El manejo se efectúa conscientemente para resguardar la planta. Finalmente, las *fomentadas* surgen espontáneamente dentro del terreno de cultivo o del huerto y que indirectamente reciben algún tipo de cuidado por parte del agricultor. El manejo se efectúa conscientemente para fomentar el crecimiento y desarrollo de la planta espontánea, incluida su dispersión.

Figura 4. El traspatio y el huerto familiar.



- A) Vegetales medicinales intercalados con los de ornato; en esta fotografía la palma de coco (*Cocos nucifera* L.) soporta la cruz de madera con parafernalias florales de la bendición del pozo, al pie de la misma una planta leguminosa fue fertilizada con cenizas del fogón.
- B) El patio es también una extensión del corredor de la casa que resguarda especies medicinales, comestibles y de ornato de muy fácil acceso. Fuente: Archivo fotográfico del autor.

Figura 5. Plantas medicinales manejadas en el huerto familiar.



- A) Árboles y arbustos intercalados en el huerto familiar.
- B) Otras especies silvestres son toleradas o protegidas y fomentadas por su valor de uso medicinal o culinario. Fuente: Archivo fotográfico del autor.

Como se observa en las Figuras 6 y 7, la evidencia material se refleja en las herramientas de corte y limpieza (chapeo) del huerto familiar, lo que constituye la demostración de las múltiples formas que tienen de relacionarse con los vegetales. Los métodos locales van desde la selección del método de propagación, época de siembra, preparación del terreno o de macetas, elección del espacio, protección contra plagas, depredadores, enfermedades, cosecha y preservación de plantas para el té o infusión paliatoria para males leves y otros más agresivos.

Desde luego proveerle el suministro de agua en temporada de secas y conservar los instrumentos en algún rincón de la casa o en el huerto constituyen el testimonio de la interacción entre naturaleza y cultura.

Figura 6. Equipo de corte.



- A) Garabatos de madera empleados durante el chapeo del huerto.
- B) Ganchos de metal y madera, además de cortadoras elaboradas con botellas de plástica, empleadas para el corte de ramas, flores y frutos. Fuente: Archivo fotográfico del autor.

Figura 7. Preservación de plantas medicinales.



- A) Cubetas llenas con hierbas medicinales secas, sobre el fogón central.
- B) Botella con aguardiente de caña (*Saccharum officinarum* L.) y guaco (*Mikania houstoniana* (L.) B.L. Rob. en maceración, que pende de un clavo en el dintel de la casa, listo para usarse en caso de mordedura de víbora de cascabel (*Crotalus durissus* L.). Fuente: Archivo fotográfico del autor.

Para la atención primaria a la salud, se mencionaron más de 59 especies para cubrir necesidades de servicios médicos alternativos, coadyuvantes con el sistema de atención mixto. Los encuestados manifiestan usar de manera complementaria y con mayor frecuencia especies como el aguacate oloroso (*Persea americana* Mill.) para dolor de estómago; el palo colorado (*Hamelia patens* Jacq.) como desinfectante de heridas; la bugambilia morada (*Bougainvillea spectabilis* Willd.) como expectorante y antitusivo; la albahaca (*Ocimum basilicum* L.) como aperitivo; el árnica (*Heterotheca inuloides* Cass.) para desinflamar golpes contusos, la sábila (*Aloe barbadensis* Mill.) en caso de afecciones de piel y úlceras gástricas; la guanábana (*Annona muricata* L.) para la prevención del cáncer y el epazote (*Telexys ambrosioides* L.) para males estomacales y parásitos intestinales (Ver Cuadro 4).

Cuadro 4. Plantas medicinales mencionadas como de uso más frecuente en las familias encuestadas.

Nombre común	Nombre científico	Frecuencia	%
Aguacate oloroso	<i>Persea americana</i> Mill.	17	28.3
Palo colorado	<i>Hamelia patens</i> Jacq.	8	13.3
Bugambilia morada	<i>Bougainvillea spectabilis</i> Willd.	7	11.7
Albahaca	<i>Ocimum basilicum</i> L.	7	11.7
Árnica	<i>Heterotheca inuloides</i> Cass.	7	11.7
Sábila	<i>Aloe barbadensis</i> Mill.	6	10.0
Guanábana	<i>Annona muricata</i> L.	4	6.7
Epazote	<i>Teloxysambrosioides</i> L.	4	6.6

Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta 2014.

Las 32 enfermedades mencionadas por los encuestados se agrupan en trece rubros principales para facilitar su comprensión, destacándose aquellas relacionadas con los trastornos digestivos, respiratorios, metabólicos, afecciones de la piel y traumatismos; dolor de cabeza y muelas, entre otras (Ver Cuadro 5).

Cuadro 5. Trastornos más frecuentes presentes en las 53 familias encuestadas.

Trastornos más comunes	Frecuencia	%
Digestivos (diarrea, dolor de estómago, parásitos intestinales, vómito)	23	29.5
Respiratorios (bronquitis, gripa, tos)	17	21.8
Metabólicos (diabetes, colesterol elevado, triglicéridos)	7	9.0
Afecciones de la piel y traumatismos (erisipela, heridas, lesiones en la boca, piquetes de animales venenosos)	5	6.4
Dolor cabeza y de muelas	4	5.1
Otros (anemia, calvicie, dengue, prostatitis)	4	5.1
Cardiovasculares (hipertensión)	3	3.8
Urinario (mal de orín, riñón)	3	3.8
Litiasis (piedras en riñones, piedras en vesícula e inflamación vesicular)	3	3.8
Musculoesquelético (dolor de huesos y músculos)	3	3.8
Cólicos menstruales	2	2.6
Fiebre	2	2.6
De filiación cultural (mal aire, nervios)	2	2.6

Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta 2014.

4.5 Los saberes como acto sincrético

El ámbito familiar es el espacio propicio donde los padres transmiten los conocimientos, los saberes y la sabiduría ancestral a sus hijos, tal como lo manifiesta Genaro un hombre de 74 años de edad, quien cuenta que su padre campesino de Agua Dulce en Papantla, Veracruz, fue partero que atendía principalmente a su familia:

“...mi padre veía a mis sobrinas, mis hermanas y a mi mamá, porque mi tía, la partera del pueblo, a veces fallaba, con él aprendí incluso a como quitar las venitas (nervaduras) de las plantas, como se deben lavar bien y se ponen a hervir en un cazo grande de uso exclusivo para eso y a como filtrar la mezcla; en casos de vagina inflamada como poner a cocer con aceite de comer las hojas de acuyo y de santa maría y como envolverlas en un trapo limpio para luego caldear su parte, él estudiaba y también tenía muchos libros como yo” (Com. Pers., 2013).

Un caso similar es el de Amelia que aprendió de su mamá, tanto las labores domésticas como el arte de curar, desde hace 40 años complementa su actividad de ama de casa con lo que ella llama *partear*:

“...yo aprendí porque mi mamá y mi tía eran parteras y me llevaban cuando iban a ver enfermas...” (Com. Pers., 2013).

El testimonio de estos actores incluye algunas situaciones atribuidas a la casualidad, tal como lo manifiesta Genaro al referir que fue invitado por una médica del IMSS, a colaborar con ella como cocinero en su clínica particular, pero al demostrar aptitudes de asistente en los partos, cada vez tuvo mayor involucramiento:

“...yo trabajé con ella y ahí anduve como cocinero, como atendía enfermos en su casa me decía: cuando se enfermen me hablas por teléfono que ya comenzó mala, yo iba a ayudarla y ahí me enseñe con

ella a partear, a inyectar y a poner suero...vio que a mí me gustaba eso del parto y dijo: vente me vas a ayudar...con ese conocimiento me vine para acá a Hueytepec donde empecé a partear con toda la gente de aquí ...” (Com. Pers., 2013).

La situación de Amelia, una mujer de 60 años es muy parecida, ya que su práctica médica tradicional la llevo a intervenir durante alumbramientos complicados o como medida cautelar en la que se requería de la asistencia del personal médico del IMSS como de ella de manera simultánea. Al respecto menciona:

“...trabajé con una doctora de la clínica y me enseñó a inyectar, me decía divisa pa´que aprendas lo que yo hago...” (Com. Pers., 2013).

La evidente construcción casual del diálogo entre los saberes biomédicos y los tradicionales especializa en ambos su propia práctica médica y la de quienes interactúan con los terapeutas, incluidos los nuevos aprendices de curanderos. Este tipo de aprendizaje reúne acciones circunstanciales que se añaden hasta hacerlas, al menos en teoría y en este caso particular, una relación de complementariedad y coexistencia mutua de respeto y aprendizaje común.

Por parte de los médicos alópatas hay un reconocimiento de la calidad y efectividad de quienes practican la medicina tradicional. Al respecto, el jefe de la UMC se refiere a los parteros de la siguiente manera:

“...son personas muy preparadas, tienen intuición y perspicacia para saber cuándo va a nacer un bebe; nunca se les han infectado los bebes, al contrario hay más índice de infecciones en niños que nacen en hospital que los que nacen con ellas...” (Com. Pers., 2013).

El intercambio de conocimientos se da también desde la medicina alópata hacia los practicantes de la medicina tradicional, lo cual se confirma por la aseveración hecha por el médico en turno en Hueytepec:

“... cuatro parteros activos acaban de regresar de un curso impartido por el IMSS, donde se les capacitó en el uso correcto del pinar, de los equipos de parto esterilizados, sobre todo para prevenir casos de tétanos congénitos ocasionado por cortes con tijeras oxidadas y contaminadas con Clostridium, recibieron indicaciones precisas de que en caso de bañar con hierbas a los bebés, éstas deben estar limpias y bien hervidas, además de evitar residuos en el ombligo...” (Com. Pers., 2013).

Un ejemplo de este diálogo se da cuando el personal médico de la clínica acepta las competencias de las parteras y abren canales de diálogo para aceptar sus enseñanzas y solicitarles explícitamente ser instruidos en su conocimiento tradicional especializado:

“...enséñeme, usted sabe porque lo practica y así los dos aprendemos”
(Com. Pers., 2013).

Sin embargo, los niveles de comprensión y lenguaje en cada sistema de atención a la salud a veces tienen puntos de choque, ya que las parteras aplican lo que la sabiduría popular legitima y lo transmiten tal y como lo comprenden, como en la siguiente expresión:

“... nosotras nos vamos con las fechas de las lunas y ellos no” (Com. Pers., 2013).

De lo anterior se desprende que en un mismo territorio existen dos doctrinas de atención a la salud, una primitiva y natural; y, otra sofisticada y artificial, pero ambas pactan de forma no convencional y, hasta cierto punto, informal. Por una parte el personal de la UMC se encarga de esterilizar el instrumental médico que emplean los parteros durante el alumbramiento, y los médicos tradicionales cultivan las plantas de la farmacia viviente, con el único afán de redimensionar el conocimiento, sus teorizaciones y prácticas.

Además del intercambio de información, existe el reconocimiento social indistintamente del sexo del partero o partera, tal como lo externa Amelia:

“...ese Genaro, mis respetos también para él, se lo recomiendo como si fuera doctor, ese hombre nos gana, si ya nació el bebé y ya pasaron quince o veinte minutos y no le viene la placenta les pone una inyección y les saca la placenta, sin lastimarlas; ya me tocó un parto con él...”

(Com. Pers., 2013).

El personaje aludido constata lo anterior:

“...cuando no hay autorización médica para inyectar a la paciente les doy a masticar hojas de hierbabuena con sal, lo que les provoca asco”

(Com. Pers., 2013).

Logrando de esa manera en la parturienta la inercia del acto violento que generalmente y sin dilación concluye con la expulsión de la placenta.

Después del alumbramiento ambos, madre e hijo se les baña con zoapatle (*Montanoa tomentosa* Cerv.), llantén (*Plantago major* L.), laurel (*Litsea glaucescens* Kunth), yerba del zorrillo (*Dyssodia porophylla* (Cav.) Cav.), huela de noche (*Cestrum nocturnum* L.), hoja de santa maría (*Tanacetum parthenium* (L.) Sch. Bip.), hoja de acuyo (*Piper auritum* Kunth) en mezclas o solas.

“Yo nomás las veo cuatro días” (Com. Pers., 2013).

Dice Genaro para connotar los baños posteriores al parto, quien en algunas ocasiones se hacía acompañar de una vecina anciana a la que él llama “abuelita”, quien por cinco pesos lavaba las sábanas y la ropa que ocupaba la parturienta.

Actualmente, el personal de la UMC en turno permanece alerta para verificar que las parteras sólo actúen en casos de extrema urgencia, siempre y cuando no represente riesgos para la vida de la madre, esto se da en el marco de la NOM 007SSA2-1993

para elevar el índice de sobrevivencia que es un indicador de gestión de calidad a nivel nacional e internacional.

La aplicación de dicha norma ha traído una delimitación en las funciones de las parteras en sus prácticas, aunque no existe una comprensión total de su justificación. A este respecto la siguiente cita contextualiza su sentir:

“...ahorita ya no vemos partos, porque en un curso en Veracruz nos dijeron que ya nomás las visitemos cada mes para vigilarlas que estén bien, que no presenten hinchazón, mareos, que no expulsen algún desecho, que no tengan dolor de cabeza o algo que nos digan para reportar con el doctor de la clínica, ya no podemos hacer otra cosa nosotras. Somos varias parteras aquí pero a todas nos han dicho lo mismo en la red social o comité de salud compuesto por el doctor, sus asistentes, las promotoras y nosotras las parteras, por eso ya no trabajamos desde el 2011, porque según ellos se morían muchas mujeres; a mí ni a mis compañeros nunca se nos murió ninguna, a ellos si se les mueren en los hospitales y siguen trabajando” (Com. Pers., 2013).

A pesar de que dicha disposición legal limita a las parteras, en la realidad ellas continúan practicando por diversas razones como la cultural, la económica y la falta de hospitales. Al respecto el jefe de la UMC refiere que en mayo de 2013, Genaro desobedeció la indicación de no atender partos y acudió al llamado de cuatro, uno de ellos de alto riesgo y comenta:

“...he tenido esa falla en él, a pesar de que notifica que está atendiendo un parto y que todo va en orden, el personal médico permanece alerta por si se presenta alguna emergencia obstétrica...” (Com. Pers., 2013).

Pocas veces se saltan las reglas, los casos más frecuentes para evadir la advertencia, son la ausencia del médico y/o por elección voluntaria de la paciente. Al respecto Amelia afirma:

“en una urgencia no vamos a dejar morir a la persona, pero si es de alto riesgo y está programada no metemos mano” (Com. Pers., 2013).

Un factor de persistencia de la práctica tradicional es la relación estrecha entre la partera y la paciente. Además del trato cálido en su lengua materna, existe la creencia entre las mujeres campesinas de que si van a la clínica las van a operar para no tener más hijos; parafraseando a una partera:

“...a muchas les gusta aliviarse con nosotras, pues porque tienen miedo y dicen que las van a operar, pero les digo que si el doctor puede ver que si necesita hacer una operación vaginal le cortan tantito a la mujer, y para que se le pase la dolencia les ponen una inyección o una pastilla; nosotras las parteras las lavamos con hojas de huele de noche y santa maría.” (Com. Pers., 2013).

Los lazos afectivos que se establecen entre los practicantes de la medicina tradicional y sus pacientes van más allá del aspecto cognoscitivo. Un ejemplo de ello es que a las parteras y parteros también se les otorga un status dentro de las familias que atienden, en donde se les llama “abuelas o abuelos” de los recién nacidos, y a ellas y ellos les corresponde nombrarles “nietos de ombligo”.

Es importante reconocer como la medicina oficial a permeado más allá del consultorio cuando una entrevistado comenta:

“...la comunidad antes no era muy limpia, empezamos con el programa de oportunidades con la participación comunitaria que había que barrer y encalar, con la llegada de la UMC el tema de la salud es ya un acervo

comunitario y en general mejoró: se erradicó la nigua, el paludismo, entre otras” (Com. Pers., 2013).

Según información del personal médico de Hueytepec, hasta el seis de agosto de 2014 las enfermedades más comunes que aquejan a la población son las infecciones diarreicas, problemas en vías respiratorias, cervicovaginitis, cinco casos en control de Virus del Papiloma Humano (VPH), tres casos confirmados de Virus de Inmuno Deficiencia Humana (VIH), 180 pacientes diabéticos identificados y en control en la clínica, más los que se atienden en Gutiérrez Zamora o con el médico particular; hipertensión son 80 casos y 25 embarazos, de los cuales siete son en adolescentes muy delgadas y anémicas.

La praxis conduce al personal médico a lograr un mejor entendimiento de la sofisticación de los sistemas de conocimiento local e incorporarlos a los suyos, como señala el médico alópata:

“...les digo no dejen de tomar el medicamento y beban té de guaya como agua de tiempo, les gusta porque no es amarga” (Com. Pers., 2013).

Da a conocer satisfecho que pacientes heridos se untan la savia del *palo colorado* y la cicatrización se acelera; conoce de otros casos en que ingieren *muicle* (*Justicia spicigera* Schltld.) y se les elevan sus índices de hemoglobina..., continúa diciendo:

“...existen muchos casos de anemia asociados a la pobreza, se hacen campañas para la detección y no vienen, a pesar de que los niños muestran aspecto pálido, raquitismo, desgane y no les va bien en la escuela” (Com. Pers., 2013).

Únicamente lamenta que el sector educativo presente en la localidad, aún permanece inerte para unirse al diálogo sobre estos saberes, ante todo por la falta de conocimientos y compromiso con la salud comunitaria.

4.6 El sistema de atención mixta

La farmacia viviente establecida en el patio de la UMC de Hueytepec es indicio y acto simbólico de complementariedad y régimen de mutualidad logrados con la medicina oficial; el médico exhibe complacido una pequeña parcela donde las parteras cultivan algunas plantas que usan en su práctica etnomédica, entre las que se muestran la *ruda* (*Ruta chalepensis* L.) el *epazote* (*Telexys ambrosioides* L. (Weber.)), la *yerbabuena* (*Mentha spicata* L.), el *palo de jabalí* (*Costuss picatus* Jacq.), la *barquilla* (*Tradescantia spathacea* Swartz), entre otras. Por su parte las parteras y curanderos distinguen además la cualidad frío-caliente tanto en padecimientos como en plantas que antagonizan con el mal:

“la hierba de santa maría es caliente y si se hacen unos bajos las mujeres, al otro día no se tienen que bañar, no tienen que tomar nada frío porque si se bañan con hierbas calientes y tomas agua fría simplemente no sirve, no cura” (Com. Pers., 2013).

La paciente puede no guardar reposo los ocho días después del parto o simplemente negarse a bañar con plantas medicinales, pero desde la perspectiva de la partera eso puede provocar que se enferme de la espalda, de los pulmones o quede con el vientre inflamado:

“Precisamente para eso son esas hierbas, para desinflamar” (Com. Pers., 2013).

Como se mencionó anteriormente la pérdida de conocimientos y actitudes tradicionales que constituían parte del proceso de sanación y que auguraban buena vida al recién nacido se van perdiendo por la presión industrializante de la sociedad moderna, en palabras de Genaro queda más claro el lamento del proceso de olvido del ritual *“hacer ocho días”*:

“Antes tenían la costumbre de hacer fiesta, mataban guajolote o un puerco y hacían mole, tamales y le daban al partero, ora ya ni de comer le dan a uno, bueno, si hay quienes que te dan un cafecito, pero antes le daban a uno fiesta y puntualito a los ocho días la paga. También sahumábamos con copal y prendíamos veinticuatro velitas sobre las que pasábamos al niño para creciera bonito; creencias que ahora no hacemos. Antes había un temazcal y a los ocho días las bañábamos, las hojeábamos y las envolvíamos en una cobija. También permanecían ocho días de lado en cama, porque las suegras les decían que debían estar así porque si no se les bajaría la matriz; ¡que se les va a bajar, yo las paro! (Com. Pers., 2013).

Se subrayaron hasta aquí tres actores centrales (La partera Amelia, el partero Genaro y el médico de la UMC) en el proceso de atención mixta e intercambio de saberes. Sin embargo, un personaje que orbita en torno a ellos, cuyo rol además de relevante, permuta el orden en que sucede la aprehensión del conocimiento, este personaje es un campesino sin tierra, que pasó del oficio de albañil a la venta de pan y de ahí últimamente a la venta de plantas medicinales. Actividad no agrícola que como tantas otras se realizan en el medio rural. Abdel un hombre de 70 años admite que fue la necesidad que lo obligo a vender plantas medicinales, mismas que recolecta en su huerto familiar o en las zonas comunes del campo y abrevió el preámbulo en tono furtivo:

“de un momento a otro me puse a vender plantas medicinales y como la gente sanaba, me compraban” (Com. Pers., 2013).

Abdel es un yerbatero que ofrece sus consultas de forma itinerante desde Luz del Portugués, una pequeña localidad ubicada al sureste de Gutiérrez Zamora, hasta descender a las playas de Tecolutla, Veracruz, donde tiene un mercado cautivo los fines de semana.

Él alude el hecho de profesar una religión pentecostal y que:

“la sabiduría le es una dádiva de Dios, concedida como un don divino”
(Com. Pers., 2013).

También insinúa que el origen de las enfermedades sucede por ceder a la concupiscencia⁴:

“si en la juventud se fue desperdiciado, vicioso y que las noches las hace días, que no pudo negarse a esos apetitos y que en general se descuida” (Com. Pers., 2013).

En su práctica como hierbero que profesa una religión cuestiona a sus clientes:

“¿Quieres sanar y tienes fe en la medicina?” (Com. Pers., 2013).

Reconoce sus limitaciones para casos muy graves:

“cuando la ciencia les dice que ya están pa´ morir, ya no lo voy a engañar, pero cuando los veo que están a tiempo los curamos y les damos un consejo espiritual; la ciencia es buena pero no llena el vacío del enfermo, por eso si se cultiva la fe de Dios y la sabiduría, sana cualquier enfermo, la realidad se hace increíble y lo increíble se hace realidad” (Com. Pers., 2013).

Este caso sirve para ilustrar como el conocimiento empírico en un aparente antagonismo con la medicina alópata u otra forma de concebir el mundo espiritual, se complementan en virtud que en la comunidad rural de Riachuelos buscan alternativas a la cobertura de salud: Ya que recurren tanto a yerberos como a médicos alópatas, este sincretismo crea el modelo de atención mixto

⁴ Deseo desmedido de placeres sensuales, especialmente de los relacionados con el sexo. Deseo excesivo de bienes materiales.

en complementariedad y no de incompatibilidad por considerarse mágico o ilegítimo. Este tipo de personaje es clave para preservar el conocimiento popular aun cuando los practicantes de la medicina alópata la llegasen a considerar contrapuesto a lo oficial y científico.

4.7 El Centro de Educación Ambiental y Medicina Tradicional

Los habitantes del Ejido Lázaro Cárdenas que fueron encuestados, mostraron interés ante la posibilidad de establecerse en esta localidad un Centro de Educación Ambiental y Medicina Tradicional, puesto que el 78.4 % de estos, manifestaron que es muy importante el establecimiento del centro, donde además de acudir a consulta con médicos tradicionales, tengan acceso a temazcal, plantas medicinales de vivero, paseos recreativos por diversas rutas y cursos teórico-prácticos (Ver Figura 8).

Figura 8. Instalaciones del Rancho la Giraldilla.



- A) En una superficie de siete hectáreas se distribuyen áreas para el establecimiento futuro de un Centro de Educación Ambiental y Medicina Tradicional.
- B) Zona de conservación y senderos de reconocimiento que interconectan espacios recreativos. Fuente: Archivo fotográfico del autor.

En caso de concretarse el proyecto y de acuerdo a los resultados del cuadro siguiente (Ver Cuadro 6), deberán considerarse aspectos de rentabilidad, pero también de acción social con aquellos que están fuera de cobertura de protección social en salud, aunado a la pertinencia y relevancia en materia de conservación del germoplasma nativo y exótico.

Cuadro 6. Montos por servicio que los usuarios potenciales estarían dispuestos a pagar.

Concepto	Monto mínimo (pesos)	Monto máximo (pesos)	Media (pesos)
Temazcal	0.0	1500	128.60
Curso	0.0	700	154.20
Consulta	0.0	800	149.80
Visita guiada	0.0	150	34.90
Planta medicinal	20	200	53.70

Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta 2014.

CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES

El objetivo de analizar la dinámica social, económica y cultural de los saberes de la herbolaria tradicional y su importancia en la preservación de la salud a nivel doméstico y comunitario, se cumplió de manera satisfactoria junto con los objetivos específicos.

Se encontró que el uso de la medicina tradicional en Riachuelos sigue siendo un elemento central en la preservación de la salud en el hogar y es en la familia nuclear donde primordialmente los padres se ocupan de enseñar a los hijos la forma de preparar los remedios caseros herbolarios, considerando los ciclos productivos de las plantas, intensidades de manejo y de las técnicas de colecta en función a la capacidad de regeneración de los recursos fitogenéticos de que disponen. Los recursos fitogenéticos junto con los saberes y creencias culturales que los pobladores constituyen un acervo invaluable que contribuye al cuidado de su salud, especialmente donde los recursos económicos son escasos como se tiene en la población de estudio. Las plantas medicinales son un recurso que tiene un amplio valor de usos y se mantiene a un nivel local y poco comercial.

En base a los resultados obtenidos, se acepta la hipótesis planteada, “prevalece la transmisión de saberes consolidada a través de generaciones, conservando la tradición de emplear plantas medicinales como remedios en la atención primaria de enfermedades y se complementa con el sistema convencional generando un modelo de atención mixto en la región de estudio.

La atención mixta en esta comunidad sucede de forma espontánea, mediante un diálogo abierto entre los médicos de la clínica de campo, los pacientes, las parteras y curanderos, lo que facilita que la realidad compleja que se cierne en la práctica de la medicina tradicional no se fragmente y se logren comprender los intereses, aspiraciones, necesidades y objetivos de los individuos que se constituyen en actores sociales relevantes.

En la región Totonaca el curandero conoce el uso de las plantas medicinales para aliviar los males físicos y mentales, cura el cuerpo y el alma. Recurren a sus servicios tanto indígenas como mestizos; cura a hombres y a animales. Cobra por sus servicios según la enfermedad y la seriedad del caso; adquiere su oficio por las enseñanzas de

un especialista pero principalmente aprendido por imitación pero con un amplio reconocimiento por su efectividad en la práctica.

Sus médicos tradicionales como parteras, curanderos y brujos indígenas tienen formas de atención múltiple y van más allá de solo simples consultas. Las parteras auxilian a las mujeres durante la gestación, el parto y el puerperio; proporcionan cuidados especiales a la madre e hijo mediante baños de temazcal y plantas medicinales. Consideran la influencia de la luna sobre las mujeres y en la dicotomía de lo frío y lo caliente.

En la región Totonaca, en coexistencia con la medicina alópata o “moderna”, las familias campesinas luchan por mantener y conservar sus conocimientos ancestrales de la medicina tradicional y anhelan el retorno de las prácticas terapéuticas como el temazcal y una alimentación más equilibrada libre de aditivos artificiales, en un ambiente menos contaminado, lo cual constituye una fuente de conocimiento importante para el diseño de estrategias de desarrollo rural que incorpore este elemento esencial para sus modos de vida.

Existe aceptación generalizada sobre la posibilidad de crear un Centro de Educación Ambiental y Medicina Tradicional que rescate las costumbres ancestrales, que promueva la medicina alternativa y complementaria para mejorar la salud de la familia campesina y que también contribuya a la acumulación y transmisión de saberes de una generación a la siguiente sobre las posibilidades de aprovechamiento de los recursos en el área rural.

LITERATURA CONSULTADA

- Ayora, D. E. I. 2010. Modernidad alternativa: medicinas locales en los Altos de Chiapas. Nueva antropología. Asociación Nueva Antropología A.C. México. 23(72):11-31.
- Bañuelos, F. N. *et al.* 2007. Consideraciones metodológicas para el diseño de propuestas de desarrollo local/regional sustentable en comunidades indígenas. Ra Ximhai. Universidad Autónoma Indígena de México. 3(1):27-47.
- Bartoli, P. 2005. ¿Esperando al doctor? Reflexiones sobre una investigación de antropología médica en México. Revista de Antropología Social. 14:71–100.
- Bejarano, I. 2004. Lo culto y lo popular. Medicina letrada/Medicina tradicional. Hacia una práctica unificada de los conocimientos médicos. Facultad de humanidades y ciencias sociales. Argentina. Universidad nacional de Jujuy. 24:13-22.
- Castleman, M. 1998. Hierbas curativas. Diana. 6ª impresión. Traducción impresa en México. 1-48 pp.
- Cuevas, S. J. A. 1991. Definición, aprovechamiento y conservación de recursos fitogenéticos en una comunidad indígena totonaca. Tesis Maestría. COLPOS, Montecillos, México. 177 p.
- Cunningham, A. 2002. Applied ethobotany. People, wild plant use and conservation. Earthscan. WWF/UNESCO. UK. 300 p.
- Duarte, G. (2004). Políticas nacionales de salud y decisiones locales en México: el caso del Hospital Mixto de Cuetzalan, Puebla. Salud Pública, México. 46(5):388-398.
- Eroza, S. E. 1996. Tres procedimientos diagnósticos de la medicina tradicional indígena. Alteridades. UAM-Iztapalapa. 6(12):19-26.
- Espinosa, C. L. M. *et al.* 2009. Diálogo de saberes médicos y tradicionales en el contexto de la interculturalidad en salud. Ciencia Ergo Sum. Universidad Autónoma del Estado de México. 16(3):293-301.
- Estomba, D. *et al.* 2006. Medicinal wild plant knowledge and gathering patterns in a Mapuche community of North-western Patagonia. Ethnopharmacol. 103:109-119.
- Foucault, M. 1982. El nacimiento de la medicina social. En Medicina tradicional. México. 3:3-16.

- Gobierno del Estado de Veracruz. 2011. Atlas Municipal de Riesgos Nivel Básico de Tecolutla. Secretaría de Protección Civil. 38 p.
- Gómez, D.O. *et al.* Sistema de salud de México. Instituto Nacional de Salud Pública. Artículo de revisión, suplemento 2 de 20011. Salud Pública de México. 53:221.
- Gómez, P. A. 1993. Las raíces de la etnobotánica Mexicana. En logros y perspectivas del conocimiento de los recursos vegetales en México en vísperas del siglo XXI. Acta Biológica Panamensis. Instituto de Ecología A.C.1:87-100.
- Gubler, R. 2000. Antiguos documentos de la medicina Maya. Anales de antropología 34. Universidad de California. 34:321-349.
- Hernández, S. R. *et al.* 2010. Metodología de la investigación. McGraw-Hill. Quinta edición. México.1-31pp.
- INEGI. 2009. Prontuario de información geográfica municipal de los Estados Unidos Mexicanos. Tecolutla, Veracruz. Clave geoestadística 30158.
- Jorand, B. 2008. El conocimiento de la medicina tradicional herbolaria de las comunidades nahuas del Municipio de Hueyapan, en la Sierra Norte de Puebla. Cuicuilco. ENAH. México. Vol 15:44, 181-196.
- Lozoya, L. X. 1994. Plantas, medicina y poder. Breve historia de la herbolaria mexicana. PROFECO. Edit. Pax. México. Pág. 17
- Mendoza, C. G. 2010. La farmacia viviente. Conceptos, reflexiones y aplicaciones. Universidad Autónoma Chapingo. Pág. 48-50
- Mendoza, G. R. 2011. Uso y manejo de plantas ornamentales y medicinales en espacios urbanos, suburbanos y rurales. Revista Mexicana de Ciencias Agrícolas. Pub. Esp. 3:525-538.
- Menéndez, E. 1994. La enfermedad y la curación ¿Qué es la medicina tradicional? Alterides. Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Iztapalapa. 4(7):71-83.
- Nuttal, Z. 2002. Los jardines del antiguo México. En Antiguos jardines mexicanos. Arqueología mexicana. INAH. 10(57):16-17.
- Pardo de S. M. *et al.* 2003. Etnobotánica: aprovechamiento tradicional de plantas y patrimonio cultural. Anales del Jardín Botánico de Madrid. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. España. 60(1):171-182.

- Paz, y M. G. 1998. El valor de la diversidad biológica y sus vínculos con la diversidad cultural. Departament of biology. University of Missouri. En *Diversidad biológica y cultural en la gestión ambiental del desarrollo*. Díaz Pineda F. *et al.* s/f. Mundi-prensa. España. pp. 57-64.
- Prieto, A. M. 2004. Conocimiento indígena tradicional: el verdadero guardián del oro verde. *Boletín de antropología*. Universidad de Antioquía, Colombia. 18(35):132-164.
- Prieto-González, S. 2004. Actualidad de la medicina tradicional herbolaria. *CENIC. Ciencias Biológicas*. Cuba. 35(1):19-36.
- Silva, P. J. 2009. Medicina comunitaria. Introducción a un análisis crítico. *Salud colectiva*. Universidad Nacional de Lanús, Argentina 5(1):121-126.
- Tropicos.org. 2014. Jardín Botánico de Missouri. ULR: <http://www.tropicos.org/>
- UNAM. 2009. Biblioteca digital de la medicina tradicional mexicana. URL: <http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/>
- De Wet *et al.* 1975. Weeds and domesticates: Evolution in the manmade habitat. *Economic Botany*. 29: 99-107.
- Zapparoli, Z. M. 2012. Mujeres y prácticas curativas tradicionales. *Reflexiones*. Universidad de Costa Rica 91(2):107-119.

ENTREVISTAS

- Huesca, A. (Com. Pers., 2013). Yerbatero ambulante, residente en La Luz del Portugués, Municipio de Gutiérrez Zamora, Veracruz.
- Jardines, H. A. (Com. Pers., 2013). Médico encargado de la Unidad Médica de Campo, región III-Norte de Martínez de la Torre, residente en Hueytepec, Municipio de Tecolutla, Veracruz.
- Pérez, A. (Com. Pers., 2013). Partera de Hueytepec, residente en Hueytepec, Municipio de Tecolutla, Veracruz.
- Ramos, G. (Com. Pers., 2013). Partero de Hueytepec, residente en Hueytepec, Municipio de Tecolutla, Veracruz.
- Santos, G. (Com. Pers., 2013). Residente del Rancho la Giraldilla en el ejido Riachuelos, Municipio de Tecolutla, Veracruz.

ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario (instrumento de la encuesta).



El uso y transmisión de saberes sobre plantas medicinales en Riachuelos, Tecolutla Veracruz

Distinguido Sr (a).

El presente estudio me permitirá comprender la manera en que ustedes transmiten el conocimiento sobre plantas medicinales en su familia y con la comunidad. La información que me proporcionen será de gran utilidad para realizar mi investigación de tesis, ya que actualmente estudio la Maestría en Desarrollo Rural en el Colegio de Postgraduados que se ubica en el Estado de México.

Sus datos personales serán usados sólo para el propósito señalado y los mantendré en estricta confidencialidad.

Fecha de
levantamiento:

/ / 2014 ID1
Día Mes Año

Folio: ID2

I. Datos socioeconómicos

1. Nombre del entrevistado _____ Y1

2. Edad en años X1

3. Sexo Y2
1) Hombre
2) Mujer

4. Estado civil Y3
1) Soltero
2) Casado
3) Separado
4) Viudo
5) Unión libre
6) Divorciado

5. Lugar de procedencia o donde nació Y4
1) _____ / _____ / _____
(Ejido o comunidad Mpio. Estado País)

6. Lugar donde vive actualmente Y5
 1) _____ / _____ / _____ / _____
 (Ejido o comunidad Mpio. Estado País)

7. ¿Habla usted alguna lengua indígena? Y6
 1) Si
 2) No

8. ¿Cuál lengua habla? Y7

1. Náhuatl	2. Otomí	3. Chinanteco	4. Tlapaneco	5. Chol
6. Maya	7. Totonaca	8. Purépecha	9. Tarasco	10. Mixe
11. Zapoteco	12. Mazateco	13. Mazahua	14. Chatino	15. Otra lengua indígena
16. Tzotzil/tzeltal	17. Huasteco	18. Tarahumara	19. Mixteco	

9. En la actualidad, ¿Cuál es su principal actividad económica? Y8
 1) Actividades agropecuarias, silvícolas y pesqueras
 2) Oficios (artesano, albañil, electricista, plomero, carpintero, etc.)
 3) Asalariado (empleo doméstico, obrero, jornalero, empleado de gobierno, etc.)
 4) Comerciante
 5) Estudiante
 6) Nini
 7) Otras
 (Especifique): _____

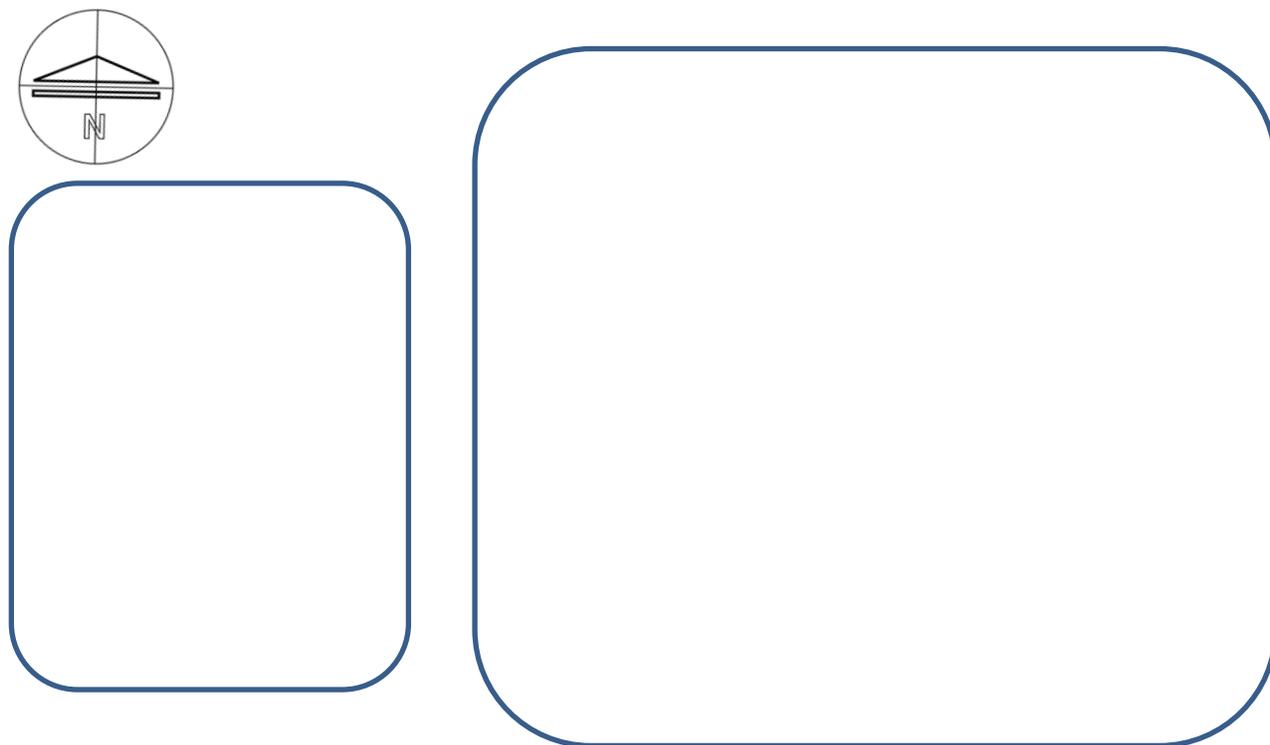
10. ¿Cuál es su nivel de estudios? X2
 (Anotar el máximo grado de estudio, ejemplo: Primaria de 1 a 6; secundaria 7 a 9; preparatoria de 10 a 12; licenciatura 13 a 16)

11. Indique el número de personas que viven en la misma casa y parentesco (padre, madre, hij@, abuel@, otro familiar, otro no familiar) X3

No	Nombre	Edad	Parentesco
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

CROQUIS DE LA VIVIENDA CENTRAL

CROQUIS DEL SOLAR FAMILIAR



II. Conocimiento y antecedentes de uso de plantas medicinales en la familia

12. ¿Cómo conoció el remedio casero de plantas medicinales?
- | | | |
|---------------------------------------|--------------------------|-----|
| 1) Por curiosidad | <input type="checkbox"/> | Y09 |
| 2) Porque sus padres le daban de niñ@ | <input type="checkbox"/> | Y10 |
| 3) Los abuelos le daban de niñ@ | <input type="checkbox"/> | Y11 |
| 4) Otros (especifique)_____ | <input type="checkbox"/> | Y12 |
13. Recuerda ¿Qué edad tenía cuando empezó a consumir remedios a base de plantas
- | | | |
|--|--------------------------|----|
| | <input type="checkbox"/> | X4 |
|--|--------------------------|----|
14. ¿En la actualidad porqué consume medicinas derivadas de plantas?
- | | | |
|---|--------------------------|-----|
| 1) Por curiosidad | <input type="checkbox"/> | Y13 |
| 2) Por salud | <input type="checkbox"/> | Y14 |
| 3) Porque es más barato que los medicamentos de patente | <input type="checkbox"/> | Y15 |
| 4) Gusto | <input type="checkbox"/> | Y16 |
| 5) Tradición | <input type="checkbox"/> | Y17 |
15. ¿Alguien más de su familia consume plantas medicinales?
- | | | |
|--|--------------------------|-----|
| 1) Si | <input type="checkbox"/> | Y18 |
| 2) No(<i>pasar a la pregunta 18</i>) | | |

16. ¿Quién (es) lo consume (n)?

- | | | |
|------------------|--------------------------|-----|
| 1) Pareja | <input type="checkbox"/> | Y19 |
| 2) Hij@s | <input type="checkbox"/> | Y20 |
| 3) Abuel@s | <input type="checkbox"/> | Y21 |
| 4) Yernos-nueras | <input type="checkbox"/> | Y22 |
| 5) Niet@s | <input type="checkbox"/> | Y23 |
| 6) Herman@s | <input type="checkbox"/> | Y24 |
| 7) Ti@s | <input type="checkbox"/> | Y25 |

17. ¿Mencione las enfermedades más comunes en su familia que cura con plantas?

	¿Es fría o caliente la enfermedad?			
	FRIA	CALIENTE	NO SABE	
1)	(1)	(2)	(3)	<input type="checkbox"/> Y26
2)	(1)	(2)	(3)	<input type="checkbox"/> Y27
3)	(1)	(2)	(3)	<input type="checkbox"/> Y28
4)	(1)	(2)	(3)	<input type="checkbox"/> Y29
5)	(1)	(2)	(3)	<input type="checkbox"/> Y30
6)	(1)	(2)	(3)	<input type="checkbox"/> Y31
7)	(1)	(2)	(3)	<input type="checkbox"/> Y32

18. Mencione las plantas medicinales que usa en casa y la forma en que las consigue

Lista de plantas y modo de adquirirlos	La compra	La cultiva	(ambos) Cultiva y compra	Colecta únicamente	Otra	
1)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<input type="checkbox"/> Y33
2)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<input type="checkbox"/> Y34
3)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<input type="checkbox"/> Y35
4)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<input type="checkbox"/> Y36
5)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<input type="checkbox"/> Y37
6)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<input type="checkbox"/> Y38
7)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<input type="checkbox"/> Y39
8)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<input type="checkbox"/> Y40
9)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<input type="checkbox"/> Y41
10)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<input type="checkbox"/> Y42

19. Indique con quien compra las plantas medicinales que usa en su casa

Lista de plantas que compra	Con la vecin@	En el mercado	Tienda naturista exclusiva	Yerberero ambulante	
1)	(1)	(2)	(3)	(4)	<input type="checkbox"/> Y43
2)	(1)	(2)	(3)	(4)	<input type="checkbox"/> Y44
3)	(1)	(2)	(3)	(4)	<input type="checkbox"/> Y45
4)	(1)	(2)	(3)	(4)	<input type="checkbox"/> Y46
5)	(1)	(2)	(3)	(4)	<input type="checkbox"/> Y47
6)	(1)	(2)	(3)	(4)	<input type="checkbox"/> Y48
7)	(1)	(2)	(3)	(4)	<input type="checkbox"/> Y49

III. Manera en que se transmiten los saberes en la familia nuclear

20. En el caso de hijos e hijas ¿usted los induce probar los remedios caseros elaborado con plantas medicinales? Y50
 1) Si
 2) No

21. ¿Cómo le enseña a sus hijos e hijas a usar los remedios caseros con plantas medicinales? W4 W5

¿Por qué les enseña así?

22. ¿Quién o quienes le enseñaron a usted a preparar remedios caseros con plantas medicinales? W6

23. ¿Cómo le enseñaron a usted a preparar y usar los remedios caseros con plantas medicinales? W7

24. ¿Es mejor enseñando usted o fueron mejor sus padres o abuelos? W8 W9

¿Por qué, que hacían diferente ellos?

25. ¿Qué está haciendo usted para enseñarle bien y mejor a sus hijos? W10 W11

¿Cómo lo hace?

26. En su familia, indique en quienes ha detectado MAS interés por aprender W12

1) Niños (≤ 12 años) <input type="checkbox"/> Y51	2) Jóvenes (12 a 18 años) <input type="checkbox"/> Y52	3) Adultos (≥ 18 años) <input type="checkbox"/> Y53	¿Por qué? _____ _____ _____ _____
--	---	--	---

27. Indique en con el valor de 3, 0, 1 el nivel de INTERÉS demostrado por el grupo anterior mencionado por sexo

		3 mucho		2 poco		1 nada	
Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> Y5						
54	5	6	7	8	9		

28. Indique en quienes ha detectado MENOS interés por aprender

			W13
			¿Por qué?
1) Niños (≤ 12 años)	2) Jóvenes (12 a 18 años)	3) Adultos (≥ 18 años)	
<input type="checkbox"/> Y60	<input type="checkbox"/> Y61	<input type="checkbox"/> Y62	

29. Indique en con el valor 3, 1 el nivel de DESINTERES demostrado por el grupo anterior mencionado

		3 mucho		1 poco	
Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> Y6				
63	4	5	6	7	8

IV. Manera en que se transmiten los saberes en la familia extendida y en la comunidad

30. ¿Hay algún curandero o yerbero en su familia? Y69
 1) Si
 2) No

31. ¿Cuántos hay? X5
 1) Si
 2) No

32. ¿Hay algún curandero o yerbero en la comunidad? Y70
 1) Si
 2) No

33. ¿Cuántos hay? X6

34. ¿Qué curan? W14

35. ¿Existe alguna historia o leyenda de alguna planta que cura? Y71
 1) Si
 2) No

36. ¿Cómo se llama y de que trata la leyenda? W15 W16

V. Cosmovisión del proceso salud-enfermedad

37. ¿Cuáles son las causas o fuerzas que provocan enfermedades en la gente? W17

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

38. ¿Existen enfermedades frías y calientes? Y72

1) Si

2) No

39. ¿Qué es? W18
W19

FRIA	CALIENTE

40. ¿Cómo se cura? W20
W21

FRIA	CALIENTE

41. ¿Pueden las personas provocar enfermedades a otras? Y73

1) Si

2) No

42. ¿Cómo provocan las enfermedades a otras personas? W22

1) _____

2) _____

43. ¿Para que provocan las enfermedades a otras personas? W23

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

44. ¿Tienen cura o remedio las enfermedades provocadas de esa manera? 1) Si 2) No Y74

45. ¿Cómo se cura la persona dañada? W24

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

VI. El lado económico de la medicina tradicional

46. ¿Cuánto pesos gasto su la familia (nuclear) el año pasado en comprar medicamento tipo?

HERBOLARIO (plantas medicinales)	DE PATENTE (farmacia alópata)
..... X7 X8

47. ¿Ha vendido plantas medicinales en los últimos 12 meses? Y75

1) Si

2) No

48. Enliste e indique a quien vendió las plantas medicinales y cuánto dinero recibió W25

Lista de plantas que vendió	A vecinos	A yerbería del mercado local	A tienda naturista exclusiva	Revendedor ambulante	Outro (especificue)		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<input type="checkbox"/>	
1) _____	\$ (1) _____	\$ (2) _____	\$ (3) _____	\$ (4) _____	\$ (5) _____	<input type="checkbox"/>	Y76
2) _____	\$ (1) _____	\$ (2) _____	\$ (3) _____	\$ (4) _____	\$ (5) _____	<input type="checkbox"/>	Y77
3) _____	\$ (1) _____	\$ (2) _____	\$ (3) _____	\$ (4) _____	\$ (5) _____	<input type="checkbox"/>	Y78
4) _____	\$ (1) _____	\$ (2) _____	\$ (3) _____	\$ (4) _____	\$ (5) _____	<input type="checkbox"/>	Y79
5) _____	\$ (1) _____	\$ (2) _____	\$ (3) _____	\$ (4) _____	\$ (5) _____	<input type="checkbox"/>	Y80
6) _____	\$ (1) _____	\$ (2) _____	\$ (3) _____	\$ (4) _____	\$ (5) _____	<input type="checkbox"/>	Y81
7) _____	\$ (1) _____	\$ (2) _____	\$ (3) _____	\$ (4) _____	\$ (5) _____	<input type="checkbox"/>	Y82
TOTAL POR RUBRO	\$ _____ X 9	\$ _____ X 10	\$ _____ X1 1	\$ _____ X1 2	\$ _____ X 13		

49. ¿Cómo vendió las plantas medicinales?

Número		Verde o fresca	Secada	Otro _____	Otro _____	Otro _____		
1) 1 a 2	<input type="checkbox"/> X1 4	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<input type="checkbox"/>	Y83
2) 3 a 4		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<input type="checkbox"/>	Y84
3) 5 a 6		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<input type="checkbox"/>	Y85
4) 7 a 8		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<input type="checkbox"/>	Y86
5) 9 a 10		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<input type="checkbox"/>	Y87
50. ¿Quién le enseñó a prepararlo?							<input type="checkbox"/>	W2 6

51. ¿Dónde consiguió las plantas que vendió?

- 1) Las cultivó en su traspatio o jardín
- 2) Las colectó en el campo
- 3) Las compró para revender
- 4) Otro _____

Y88
 Y89
 Y90
 Y91
 Y92

VII. Opinión sobre el Centro de Educación Ambiental y Medicina Tradicional "La Girdilla"

52. ¿Qué tan importante será un Centro de Educación Ambiental y Medicina Tradicional en la Girdilla, ubicado en Riachuelos

<u>Lista de servicios</u>	Muy importante	Poco importante	Muy poco importante	Nada importante	No se		
El Temazcal	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	<input type="checkbox"/>	Y93
Cursos para usar mejor las plantas conocidas	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	<input type="checkbox"/>	Y94
Nuevas terapias naturales	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	<input type="checkbox"/>	Y95
Paseos familiares	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	<input type="checkbox"/>	Y96
Venta de plantas medicinales para sembrar	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	<input type="checkbox"/>	Y97

53. ¿Estaría dispuesto a pagar por esos servicios?

- 1) Si
- 2) No

Y98

54. ¿Cuánto pagaría en caso de solicitar algún servicio?

<u>Lista de servicios</u>			
Un servicio de Temazcal	\$ _____	<input type="checkbox"/>	X15
Un curso completo para usar mejor las plantas conocidas	\$ _____	<input type="checkbox"/>	X16
Una consulta al curandero tradicional o médico naturista	\$ _____	<input type="checkbox"/>	X17
Paseos familiares (pago por persona)	\$ _____	<input type="checkbox"/>	X18
Por una planta viva para sembrar	\$ _____	<input type="checkbox"/>	X19

Nombre del encuestador: _____ / _____ / _____ ID3

Nombre (s) *Apellido Paterno* *Apellido Materno*

Gracias!

Anexo 2. Plantas medicinales mencionadas por los encuestados.

Nombre común	Nombre científico	Uso medicinal
Aguacate oloroso	<i>Persea americana</i> Mill.	Malestar estomacal
Palo colorado	<i>Hamelia patens</i> Jacq.	Desinfectar heridas
Bugambilia morada	<i>Bougainvillea spectabilis</i> Willd.	Expectorante y antitusivo
Albahaca	<i>Ocimum basilicum</i> L.	Aperitivo
Árnica	<i>Heterotheca inuloides</i> Cass.	Desinflamar golpes contusos
Sábila	<i>Aloe barbadensis</i> Mill.	Afecciones de piel y ulceras gástricas
Guanábana	<i>Annona muricata</i> L.	Anticancerígena
Epazote	<i>Teloxys ambrosioides</i> W.A. Weber	Malestar y parásitos intestinales
Acuyo	<i>Piper auritum</i> Kunth	Partos y baños
Santa maría	<i>Tanacetum parthenium</i> (L.) Sch. Bip.	Partos y baños
Zoapatle	<i>Montanoa tomentosa</i> Cerv.	Partos y baños
Llantén	<i>Plantago major</i> L.	Antiabortivo y baños
Laurel	<i>Litsea glaucescens</i> Kunth	Partos y baños
Huele de noche	<i>Cestrum nocturnum</i> L.	Antinflamatorio y baños
Muicle	<i>Justicia spicigera</i> Schltld.	baños
Guaya	<i>Melicoccus bijugatus</i> Jacq.	Antianémico
Ruda	<i>Ruta graveolens</i> L.	Tónico pancreático
Hierbabuena	<i>Mentha</i> L.	Limpias
Palo de jabalina	<i>Costus mexicanus</i> Liebm. ex Petersen	Dolor de estomago
Barquilla	<i>Tradescantia spathacea</i> Swartz	Diurético
Yerba del zorrillo	<i>Dyssodia porophylla</i> (Cav.) Cav.	Partos
Hierba del negro	<i>Hyptis verticillata</i> Jacq.	Limpias y baños