

## **LA ETNOMEDICINA EN MENDOZA: EL SISTEMA DE CONOCIMIENTO MÉDICO DE UN PUEBLO AFROVENEZOLANO\***

**MIJARES PALACIOS, GUIBER ELENA**

Escuela de Bioanálisis, Universidad Central de Venezuela, Caracas

**Correo electrónico:** guiberele@gmail.com

### **RESUMEN**

El estudio de los sistemas etnomédicos en los pueblos afrovenezolanos ha sido poco explorado. Comúnmente, los escasos enfoques que abordan el tema, destacan lo fenoménico del hecho terapéutico de las medicinas tradicionales, perdiendo la coherencia integral que poseen los sistemas de conocimiento médico. El presente trabajo desarrolla la experiencia del sistema etnomédico de Mendoza, una comunidad afrovenezolana gestada en el asentamiento de plantaciones de cacao, ubicada en el Municipio Acevedo del Estado Miranda

**PALABRAS CLAVE:** Etnomedicina, Sistemas de Conocimiento Médico, Pueblo Afrovenezolano, Comunidad Mendoza.

## **THE ETNOMEDICINE IN MENDOZA: THE SYSTEM OF MEDICAL KNOWLEDGE OF AN AFROVENEZOLAN PEOPLE**

### **ABSTRACT**

The study of ethnomedical systems in Afro-Venezuelan people has been little explored. Commonly, the few approaches that address the issue, highlight the phenomenal therapeutic fact of traditional medicines, losing the comprehensive coherence that the medical knowledge systems possess. The present work develops the experience of the ethnomedical system of Mendoza, an Afro-Venezuelan community gestated in the settlement of cocoa plantations, located in the Municipality of Acevedo del Estado Miranda.

**KEY WORDS:** Ethnomedicine, Medical Knowledge Systems, Afro-Venezuelan Town, Mendoza Community.

---

\*Fecha de Recepción: 16-10-2017. Fecha de Aceptación: 07- 12-2017.

## 1. INTRODUCCIÓN

El presente estudio aborda la experiencia etnomédica en la Comunidad de Mendoza, un pueblo afrovenezolano cuya vía histórica de consolidación se gestó desde 1736, en la dinámica de las plantaciones de cacao establecidas en el actual Municipio Acevedo del Estado Miranda. El enfoque principal de esta investigación, brinda una concepción sistémica y no sólo fenoménica de la etnomedicina, al considerar los sistemas de conocimiento médico como corpus teórico-prácticos que integran las respuestas socialmente organizadas ante la enfermedad y el cuidado de la salud, y que fundamentan creencias, actitudes y decisiones sobre la prevención, el diagnóstico y la terapia, a partir de teorías y modelos explicativos peculiares a cada cultura. Son en sí mismos sistemas culturales porque revelan formas de significación y organización social, entendiendo como cultura, aquel sistema de significación -creencias, conocimientos y acciones- según el cual la gente organiza su vida (Romanucci-Ross et al, 1997).

Es necesario destacar que desde su fundación, la comunidad de Mendoza formó parte de una intensa red comercial alrededor del cultivo de cacao, que por la vía fluvial del río Tuy era transportado hasta su delta en Paparo, y desde ahí, al puerto de La Guaira, donde se recibían en contraparte diversos rubros, tales como alimentos, medicinas, víveres y maquinarias, etc. Las embarcaciones comerciales regresaban a Mendoza para la distribución de nueva mercancía a zonas aledañas y a veces llegaban personas desde Caracas a realizar compras en la comunidad. Esta dinámica histórica convierte a Mendoza en un pueblo de plantación particular, ya que protagonizó un intenso intercambio cultural desde sus mismos orígenes fundacionales, que representa un contraste relevante con otros pueblos afrovenezolanos y con otros patrones de fundación, como los “cumbes” o pueblos de cimarronaje, y los pueblos negros de fundación libre.

En ese sentido, en las directrices que guían la constitución del sistema etnomédico de Mendoza, además de depender de la definición implícita de enfermedad (propia de cada cultura) no cabe duda que han operado intensos cambios e influencias. Y debido a que los estudios sobre la etnomedicina de los pueblos afrovenezolanos son muy escasos actualmente, este es un camino aún incipiente. Por lo tanto, la presente investigación no delimita estrictamente el aporte afro en la gestación del sistema etnomédico de Mendoza, sin embargo, revela la coherencia de un conocimiento médico vigente, que sirve de punto de partida a futuras investigaciones y sienta bases para la comprensión etnográfica de esta importante línea de estudio.

Dentro de los trabajos que han abordado el tema etnomédico en el país, y específicamente en la llamada región de Barlovento, donde se encuentra ubicada la comunidad de Mendoza, se haya, por ejemplo, Bermúdez, (1984) quien consideró la relación entre magia, religión y poder en la población de Birongo. A su vez, Guerra (1981) realiza un aporte conceptual y causal de las enfermedades en la misma población. Otros estudios en esta misma región afrovenezolana, abordan el tema desde el vínculo con la cosmovisión, planteando la relación entre estructuras políticoeconómicas, médicas y mágico religiosas (Martín 1983). Y en el pueblo de Curiepe varios trabajos abordan el sentido de los rituales mágico religiosos, tocando de manera no explícita el elemento etnomédico en poblaciones afrovenezolanas (Chacón, 1970 y Chacón 1979). A nivel nacional y de manera más fenomenológica, Pollak-Eltz (1987; 1994; 2001) reitera el vínculo medicina-religión tanto en los aportes africanos de medicina popular en Venezuela, como en el contexto nacional general. Y Clarac de Briceño, (1992) desde un enfoque más estructuralista revela dinámicas sociales de la medicina popular y moderna en Venezuela, considerando en ello los temas de trance y posesión. En los trabajos de Wilbert y Mijares (2002), Clemente (2005) y Mijares

(2006), se plantean diversos aspectos del sistema de conocimiento médico vigente en la comunidad de Mendoza, proponiendo desde la etnobotánica médica, los modelos explicativos de enfermedades específicas, hasta un abordaje integral para la interpretación cultural de la salud, la enfermedad y la terapia, que representan el punto de partida del actual enfoque reseñado en esta propuesta.

Los aspectos a considerar para comprender el sistema de conocimiento etnomédico de Mendoza son: en primer lugar, un aspecto conceptual que en sí mismo contiene varios componentes, como: 1.- una aproximación consensual al concepto de salud que prevalece en la población; 2.- teorías precisas y modelos explicativos de la enfermedad peculiares y coherentes con la práctica cultural; y 3.- fundamentos para las prácticas preventivas o terapéuticas. Wilbert (1996), Kleinman, (1978). Y, en segundo lugar, a su vez consecuencia del primero, una dinámica sociocultural, que revela las respuestas organizativas y las estrategias adaptativas, traducidas en relaciones sociales, acciones y decisiones, para la prevención, diagnóstico y terapia. Esta dinámica establece los vínculos entre el sector de especialistas y la esfera popular no especializada, que incorpora acciones concretas que dejan ver las formas más activas o vigentes de la medicina tradicional (Hewson, 1998, Kleinman, 1978). Al considerar a la enfermedad como directriz implícita de todo sistema médico (Fábrega 1975, Romanucci-Ross et al, 1997), es que se derivan teorías explicativas que la población hace de la enfermedad. Además, permiten evidenciar roles sociales frente al diagnóstico, la prevención y la terapia, y es allí donde se hace visible la conexión con la dinámica social explícita en la población.

En tal sentido, la actual investigación brindará una aproximación al concepto de salud en Mendoza y los modelos explicativos de enfermedades en la zona con categorías culturales bien definidas, como lo son el síndrome de “tener parásitos o lombrices” y las “descomposturas”. Así mismo, se mostrarán las dinámicas

de formación y clasificación de los curanderos o terapeutas tradicionales y reglas locales para fundamentar las prácticas curativas. Se revelarán también la dinámica sociocultural de las acciones y decisiones frente a las enfermedades seleccionadas y una amplia recopilación de la etnobotánica médica que constituye la farmacopea vegetal de Mendoza.

## 2. CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS

La metodología de este estudio complementa varias etapas y herramientas. El desarrollo de la investigación se realizó durante cuatro años que culminaron en el 2006 con una actualización de la experiencia de campo en 2011. Sin embargo, en primer lugar, la concepción etnográfica de Mendoza, amerita discriminar brevemente la dinámica histórica de formación de los pueblos afrovenezolanos, diferenciando claramente tres patrones principales de asentamiento, como lo son cimarronajes, fundaciones libres y asentamiento en plantaciones (Mijares 2006). El caso de Mendoza responde a la tercera dinámica, y esto le otorga particularidades al abordar su sistema cultural, sea en términos generales, o específicamente en su etnomedicina, ya que su historia como pueblo de plantación, fundado en 1736, implicó paso obligatorio en la antigua ruta comercial del cacao por el río Tuy. León (1981), narra un intenso proceso de intercambios que generaba una amplia red comercial desde las haciendas de cacao, que permitían obtener diversos rubros como textiles, alimentos, bebidas y medicinas, con otras regiones del país y del mundo. Este hecho, circunscribe a Mendoza, comunidad ubicada a orillas del río Grande (importante afluente del río Tuy) en una metafórica historia de “Isla y Redes” (Clemente, 1998; Mijares 2006), y la ubica desde sus orígenes en una concepción plural para la gestación de su etnomedicina.

El abordaje metodológico integral requirió documentar

antecedentes epidemiológicos basados tanto en la experiencia propia de la población de Mendoza, como en registros oficiales reseñados en centros asistenciales de la zona, correspondientes al Distrito Sanitario N° 4 e IPASME de Caucagua y el Ambulatorio Rural Tipo I ubicado en la comunidad. Como referencia de población se tomó el Censo de Población realizado por Mijares (2006), para su investigación doctoral en el Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas. Con este censo se reseñaron enfermedades prevalentes y demás antecedentes de enfermedades en la zona. Para el abordaje del concepto de salud y su valoración social, se realizaron entrevistas individuales a los pobladores, tanto hombres como mujeres de diferentes edades, y conversaciones colectivas de foco grupal. Los modelos explicativos y las teorías locales de la enfermedad, se abordaron mediante yuxtaposición de modelos explicativos de diferentes actores sociales, según el rol que estos ocupaban asociado a la enfermedad. Es decir, sea paciente, curandero, familiar u observador externo, cada actor posee una manera de explicar la enfermedad según el rol desde el cual vivió la experiencia, y al complementar los diversos modelos mediante chequeos entre esos distintos actores, fue posible delimitar el modelo culturalmente configurado para determinada enfermedad.

Similar criterio metodológico permitió documentar las características y formas de entrenamientos para diferentes curanderos o terapeutas tradicionales locales, y también clasificar los tipos de terapias vigentes. La dinámica sociocultural ante la salud y la enfermedad se precisó empleando instrumentos estructurados aplicados a la población entre 13 y 87 años, así como la observación participante que reveló tales dinámicas en la práctica. Como sistematización de una parte representativa de la experiencia terapéutica, fue llevado a cabo un protocolo para la documentación de la etnobotánica médica que reseña la farmacopea vegetal de la zona, con registro de ejemplares vegetales y voucher de colección

en el Herbario “Víctor Manuel Ovalles” de la Facultad de Farmacia de la Universidad Central de Venezuela.

### **3. MENDOZA Y EL CONCEPTO LOCAL DE SALUD**

La comunidad de Mendoza, ubicada en el Municipio Acevedo del Estado Miranda, supera apenas los 500 habitantes y se encuentra inmersa en el bosque húmedo tropical de la cordillera de la costa, en la llamada región de Barlovento a orillas del río Grande, importante afluente de Tuy. Su acceso hoy día se facilita por vía pavimentada, sin embargo aún hasta mediados de los años 90, era común el paso en canoa para llegar y salir de ella. Parte de esa dinámica la mantuvo por muchos años como una “isla de agua dulce” entre ríos y quebradas, pero que siempre mantuvo activo intercambio comercial por vía fluvial, debido a la intensa productividad de las haciendas de cacao que se evidenciaba antiguamente. El cultivo de cacao y otros rubros agrícolas siguen siendo importantes actividades de subsistencia, hoy día más para el consumo local y en menor escala para el comercio. En Mendoza, un pueblo de tradición agrícola según la percepción de sus pobladores, se conecta la representación simbólica de fuerza y vitalidad que evoca el árbol con el concepto local de salud, sobretudo en un primer abordaje desde la concepción física y corporal de la salud. Sin embargo, en una mirada más detallada, esta simbología también está asociada localmente con la fertilidad y a la afectividad, entendida como espacio de cobijo, reunión y vínculo, que es un aspecto altamente valorado en la cotidianidad del mendocense. Además, el árbol en Mendoza conecta la salud con la fe y con ritos cíclicos de fertilidad y limpieza aún vigentes en la zona, como la celebración del “Malembe” de Mendoza que se realiza el día 24 de junio, cuando los pobladores en la madrugada de ese día recorren el caserío hasta la quebrada, con conmovedores cantos en honor a San Juan Bautista, rememorando el gesto

del bautizo como una manera de activar la buena suerte durante el ciclo que comienza. Otro ritual cíclico de fertilidad, limpieza y agradecimiento es el Velorio de la Cruz de Mayo, en el que solistas y decimistas honran año tras año al santo madero, en gratitud por diferentes experiencias de vida experimentadas.

#### **4. FORMACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LOS CURANDEROS O TERAPEUTAS TRADICIONALES**

Cuando en Mendoza se hace referencia a los curanderos o terapeutas locales, suele referirse como “él” o “la” que cura “tal o cual”, según se refiera a determinada enfermedad para ser tratada. Así mismo, se enfatiza primeramente el tratamiento antes que la categoría de la persona que lo hace. Por ejemplo, frente a la necesidad de solicitar un “ensalme”, que se trata de un rezo dirigido por un curandero experto hacia una persona enferma con un fin curativo, resulta más relevante la pregunta: ¿Tú sabes ensalmar...?, en vez de preguntar: ¿Tú eres ensalmador (a)...? Esto difiere de otros grupos culturales, en los que las categorías de los terapeutas están visiblemente establecidas o los roles resultan claramente divididos por género (Rosales Vera 1996; Wilbert 1996; Heinrich 1997). Lo relevante es que así el tratamiento se hace explícito, aunque la clasificación en sí resulta implícita, logrando vincular las terapias especializadas con las personas que saben hacerlo. La manera en que un curandero local recibe su formación o entrenamiento en Mendoza, varía de persona a persona, sin estar significativamente divididos los roles por género, pues, por ejemplo, se puede evidenciar transmisión de conocimiento a una hija o un hijo, tanto desde la madre o desde el padre, sin ninguna distinción. Incluso se puede evidenciar la transmisión de conocimiento entre cónyuges, por ejemplo, el esposo enseña a la esposa. En forma general, los tipos de entrenamiento o formación se pueden clasificar de la siguiente manera: -1.- Por Observación:



El joven aprendiz lo hace por observación repetida y acompañamiento del mayor, sea de abuelos a nietos, madre o padre a hijas o hijos, o de un anciano a un joven, no necesariamente parientes consanguíneos, o incluso, entre esposos. Entonces, sin formalizar la transmisión de conocimiento, el mayor hace ver que el menor “ya sabe” y puede continuar la práctica por sí mismo. 2.- Por uso de la intuición en su rol como madres y luego experimentación: Principalmente aplica para los recursos botánicos, discriminando en los jardines, conucos o bosques alrededor, plantas con potencial medicinal, mediante ensayo y error, azar, sugerencias, asociación y prueba. La conexión entre intuición y éxito validada por la madre, lleva a continuar la práctica terapéutica. 3.- Mediante la práctica misma de la terapia: Al asumir la primera experiencia, sea por recomendación u otorgamiento, sea con plantas o ensalmes, la práctica misma perfecciona la terapia, y la perpetúa, pues se logra la confianza suficiente para reconocer que se es capaz de curar. 4.- Por supervivencia: Tal es el caso de aquellos momentos de riesgo, como una mordedura de culebra, o la complicación de un enfermo, lo que lleva a discriminar plantas potencialmente medicinales en circunstancias de emergencia y asumir la práctica ante la ausencia de un experto. Y 5.- Por herencia u otorgamiento, que aplica principalmente a las oraciones o ensalmes que son concedidos de un experto a otro novato, pero ligado indisolublemente a normas morales de vida. Generalmente estas normas que favorecen el otorgamiento, están ligadas a la humildad, la fe y el amor al prójimo, como cualidades necesarias que debe tener la persona para recibir la oración o el ensalme sanador.

## **5. LA TERAPIA EN MENDOZA. LA FE Y LA REGLA DEL NONE**

Uno de los aspectos más relevantes de la práctica terapéutica en Mendoza, es que durante el acto curativo, la fe y la autori-

zación para que las fuerzas o principios curativos actúen en pro de la curación, se ubican en un nivel de significación equivalente. Es decir, hacer un tratamiento garantizando la fe en el remedio es lo que autoriza al remedio mismo a actuar sobre la cura de la persona. Por lo tanto, sin la fe, aunque la medicina estuviera presente, ésta pudiera no llegar a causar su efecto beneficioso. Una de las vías para garantizar la fe durante el proceso curativo se logra con el uso del “none” o impar, (por ejemplo 3, 5, 7, etc.). El recurso del impar inspira e ingresa en la creencia tanto al curandero como al paciente, quienes por sobre todas las cosas, deben tener fe en el acto curativo. Es decir, y como afirman los pobladores de Mendoza, garantiza la “santiguada” del remedio. Lo que significa que esa medicina se está entregando a un dominio de fuerzas superiores (por ejemplo, en el nombre de la Santísima Trinidad) y es aplicable tanto a ensalmes como a plantas medicinales. Los rezos y ensalmes en Mendoza se practican principalmente en los casos de enfermedades como Mal de Ojo y Descomposturas. Detallando los eventos integrados durante la práctica del ensalme y en el contexto mismo de la oración que reúne al curandero y al paciente en el dominio de la fe, se pudieran describir tres claros momentos que visibilizan un rito de transición en el hecho curativo mismo, de modo que el “ANTES” diagrama la preparación que brinda confianza al enfermo y se vincula con la invocación a un santo o deidad u orden superior de conocimiento. Luego en el “DURANTE” precisa la dirección intencional y personalista de la acción que contrarresta el mal; y en el “DESPUÉS”, se realiza la prescripción final que previene recaídas y mantiene la confianza que el evento nocivo a la salud se revertirá para consumar la curación. Todo ensalme se realiza entonces, en impar, que suele ser tres veces si lo brinda un único experto, o hasta siete, si lo realizan entre dos, generalmente alternándose para dar los rezos, un hombre y una mujer.

En el caso de las plantas medicinales, la regla del “none”

también está muy vigente, aunque no de una manera tan explícita al consumir el remedio, sino en la selección del número de hierbas o montes necesarios para elaborar la medicina. Tal afirmación se ilustra claramente en la siguiente cita de una de las señoras de la comunidad, con gran experiencia en el tratamiento con plantas medicinales: “Bueno, yo agarro cualquier monte de esos, y agarro tres de cada uno y se lo doy al muchacho... Porque con el none uno tiene la santiguada, y en la santiguada uno tiene fe de hacer la cosa” (Domitila Pérez Osío. Mendoza, 2005).

## **6. LA ENFERMEDAD EN MENDOZA, LOS MODELOS EXPLICATIVOS Y LA DINÁMICA SOCIAL MANIFIESTA**

En esta sección se proponen los modelos explicativos, considerando los ejemplos de dos enfermedades, cuyas dinámicas sociales en Mendoza revelaron características peculiares para cada una, como el tener parásitos o lombrices y las descomposturas. Además, el diagrama de relaciones sociales, acciones y decisiones para el diagnóstico y la terapia vinculan de manera muy diferente las potenciales opciones plurales que puedan coexistir en la zona, tanto etnomédicas como biomédicas.

El síndrome de “tener parásitos o lombrices”, es reconocido sintomáticamente en la zona, caracterizado por debilidad general, inapetencia, palidez, dolores gastrointestinales, diarrea y trastornos respiratorios. Debido su elevada prevalencia, la etnomedicina local considera que es común la presencia de parásitos en el organismo, aunque no forman parte de la condición humana. Existe una clara distinción local entre “lombrices” y “parásitos”. Los primeros son comparados con gusanos grandes y los últimos, son mucho más pequeñitos, semejantes a “pelitos”; sin embargo, ambas expresiones son reconocidas. Los parásitos pudieran compararse con especies microscópicas que describe la biomedicina como el *Strongyloides stercoralis* o los oxiuros, y las

lombrices casi siempre están asociadas con especies más grandes *Ascaris lumbricoides*. El comportamiento de riesgo descrito y la patogenicidad de ambos es diferente, resultando los parásitos más severos que las lombrices ya que pueden invadir más rápidamente órganos vitales, como el cerebro (Mijares 2006). La etnomedicina local precisa qué patógenos residen en lugares dentro del cuerpo, denominados por los pobladores como “Bolsas”. Estas, según se plantea en la comunidad, son dos diferentes: una pequeña ubicada cerca del intestino grueso (colon), corresponde a la de los parásitos; y otra de mayor tamaño cerca del estómago y los pulmones, donde residen las lombrices, la cual es de carácter vital ya que si esta es removida o eliminada compromete la vida de la persona. La noción de Bolsas que albergan a ambos patógenos es altamente relevante, ya que los síntomas clínicos de las parasitosis solo se presentan cuando los parásitos y las lombrices emergen de ellas e invaden otros órganos del cuerpo de su huésped. La etnomedicina local describe dos protocolos terapéuticos según se trate de un caso cotidiano o complicado y para ello se maneja un orden de decisión. En casos particularmente agudos, este fenómeno puede producir convulsiones, localmente identificadas con el nombre de “alferecías” o “ataques de lombrices”. El desenlace puede ser fatal y llega a ocurrir muy bruscamente si no se actúa a tiempo. La teoría médica local destaca, además, una estrecha relación entre la manifestación del evento de crisis y la fase de la luna en que tal evento ocurre, lo cual varía según la susceptibilidad individual. La salud de la persona que tiene parásitos o lombrices está garantizada si éstos se encuentran quietos o inactivos en el interior de sus respectivas bolsas. Por lo tanto, recuperar la salud no depende de la eliminación de los patógenos sino del mantenerlos controlados en el cuerpo de la persona afectada.

La otra enfermedad a considerar es culturalmente establecida y conocida como “descompostura”. Para comprender esta enfermedad, primero hay que precisar la noción de “cuerda”, que

es una estructura en el cuerpo que pudiera involucrar a la vez la idea de tendón y de nervio motor, por las características de su función y su recorrido a lo largo del músculo, y para comprenderlo, la imagen empleada por uno de los señores que ensalma en Mendoza, es la de “ríos en su cauce”, que permiten la forma y movimiento del cuerpo. La descompostura, entonces, según el modelo explicativo local, sucede cuando hay una cuerda fuera de su lugar, lo que tradicionalmente se llama “cuerda huída”, y/o cuando una cuerda está con pérdida de tonicidad o de fuerza, lo que en Mendoza se conoce como “cuerda desenconcentrada”. La etnomedicina local asume que el sentido que recorren las cuerdas externas tiene su origen internamente en el cerebro, desciende por las extremidades, para desembocar en la punta de los dedos de pies y manos. La descompostura entonces no es sinónimo de fractura, pues no tiene que ver con huesos, sino con “cuerdas”. El tratamiento etnomédico consiste en ensalmes o rezos de descomposturas, que son capaces de llevar la cuerda huída a su lugar, apelando a instancias superiores de conocimiento que conocen en perfecto orden al paciente como un todo. Los ensalmes pueden realizarse en presencia del enfermo, o a distancia, según el dominio simbólico de la persona que sabe ensalmar, y para lograr el efecto deseado, se debe respetar la “regla del none”, antes descrita. Es muy significativo que en Mendoza exista un ensalme para las descomposturas, ya que tanto la vitalidad como la fortaleza del cuerpo se exponen a gran demanda debido a las actividades agrícolas en la cosecha de cacao, u otros reglones, porque demandan largas horas cargando canastos de cacao.

Entonces, considerando la dinámica social en torno a ambas enfermedades, el caso de las parasitosis intestinales se conoce como una enfermedad prevalente en la zona, endémica y transmisible, de acuerdo a los registros oficiales, según la experiencia de la población. Tanto la terapia como la teoría explicativa de la enfermedad son diferentes entre etno y biomedicina (control

vs eliminación del patógeno), y puede requerir de especialistas para el tratamiento, pero no es indispensable en todos los casos. La enfermedad puede resolverse tanto con la opción biomédica como la tradicional. Se marcan los extremos de exclusión, pero también existe un amplio espectro de convergencia que en su mayoría reside en la esfera popular no especializada. Aunque ambas opciones pueden resultar eficaces para solventar la enfermedad y eventualmente la población las considera complementables, es mucho más común que la opción biomédica quede desplazada, pues las personas afirman que pueden resolver la enfermedad con las terapias tradicionales en el interior de sus casas sin acudir al médico, ya que el médico no “recoge los parásitos” y esto es considerado peligroso. Siempre hay un familiar o vecino que conoce tratamientos tradicionales, y estos suelen emplearse comúnmente. Pero las crisis o “alferecías” sí ameritan de expertos para la terapia (Mijares 2006). En el caso de la descompostura, se trata de una enfermedad causada por traumatismo, no transmisible.

La terapia entre la etno y la biomedicina es marcadamente diferente, y ambas generalmente requieren de especialistas: Etno: considera a la persona como un todo integral y requiere un alto dominio de la creencia mientras Bio: trata sólo la parte afectada desde un enfoque reduccionista. Tanto la opción etnomédica como la biomédica podrían responder exitosamente al tratamiento de los casos. Pero existe una exclusión tanto a nivel de métodos como en la forma como se percibe al enfermo. Ambos eficaces, pero dependen fundamentalmente de la creencia del enfermo. Hay un amplio espectro de la población que complementa las opciones terapéuticas disponibles, sin embargo, una apreciable parte las considera opciones excluyentes, ya que las personas que eligen ir a ensalmarse una descompostura no tienen que ir al médico para tratar la parte afectada. El factor económico puede llegar a establecer una gran diferencia en la elección, pues la opción biomédica resulta más costosa (Mijares 2006).

## 7. PLANTAS MEDICINALES, ETNOBOTÁNICA MÉDICA O FARMACOPEA VEGETAL

La farmacopea vegetal en Mendoza es rica en cuanto a la variedad de especies botánicas reconocidas con fines terapéuticos por no especialistas, así como por expertos curanderos de la zona. El conocimiento y uso de las plantas con fines terapéuticos representa la alternativa con mayor difusión en comparación a otro tipo de terapias, dentro de la esfera popular no especializada. Sus usos abarcan desde la profilaxis/conservación de la salud, como la curativa que concibe al cuerpo en una dimensión igualmente importante para lo físico como para lo simbólico. Se pueden discriminar cuatro grupos diferentes de aplicación de los recursos vegetales, según sus propiedades, en: 1.- Propiedad Terapéutica propiamente dicha; 2.- Propiedad Adyuvante; 3.- Propiedad Conservativa-Preventiva; y 4.- Propiedad Conservativa- Depurativa.

La procedencia más común de las plantas usadas como medicina en Mendoza es de los patios y jardines, en la mayoría de los casos, intencionalmente cultivadas por los propietarios de las viviendas, por ser “menester” el tenerlas a disponibilidad para medicina. Tal es el caso de plantas como la “curía” (*Justicia pectoralis* Jacq), empleada para el tratamiento de las parasitosis intestinales, tanto en casos complicados como no complicados de la enfermedad. Un extenso número de especies silvestres se localizan en los conucos y haciendas, con gran accesibilidad. Otras se encuentran un poco más lejos de la comunidad y para recolectarlas se requiere de largos recorridos, a veces tan largos que se planifican con pernocta en la montaña. Un ejemplo de este último caso es la búsqueda de “rosa de montaña” (*Brownea* sp.), cuyo principal uso medicinal es como depurativo para “limpiar la sangre”. El hecho de que los pobladores realicen estas largas jornadas para su recolección, implica lo ampliamente valorativo de los procesos depurativos según este sistema etnomédico. Las

formas de preparación de medicamentos a base de plantas que suelen emplearse más frecuentemente, son guarapos (decocciones), cataplasmas, baños, comprimidos, jarabes, amuletos y “contras”. Destaca como verdaderamente relevante, el jarabe para la fertilidad femenina que ha permitido el logro de la maternidad a mujeres, quienes con fe acuden a la especialista tradicional desde dentro y fuera de la comunidad. La preparación de esta bebida en forma de jarabe lleva diferentes ingredientes, siendo los principios activos más importantes la tripa de la “tapara” (*Crescentia cujete* L.) y la raíz de la “brusca” (*Senna occidentalis* (L.) Link.). Este jarabe resulta una preparación altamente especializada, que no solo involucra la mezcla de los ingredientes necesarios, sino que es activado por dominios más altos de creencia y fe, junto a la regla del “none” previamente descrita. Sin duda la importante demanda de este recurso terapéutico para la fertilidad, revela la alta valoración que ésta posee y que es coherente con el concepto de salud que se destaca en Mendoza.

Cerca de unas 150 especies han sido identificadas en la comunidad, pertenecientes a diversas familias botánicas. Se agrupan de la siguiente manera: 1.-Existen alrededor de 10 Familias que están representadas con 5 o más especies, a saber: Acanthaceae, Compositae, Euphorbiaceae, Labiatae, Malvaceae, Papilionaceae, Piperaceae, Solanaceae, Verbenaceae y Zingiberaceae. 2.- Unas 15 Familias con 2 a 4 especies: Amarantaceae, Anacardiaceae, Aristolochiaceae, Bignoniaceae, Cactaceae, Caesalpiniaceae, Comelinaceae, Cruciferae, Cucurbitaceae, Cyperaceae, Gramineae, Moraceae, Rubiaceae, Rutaceae y Scrophylariaceae. 3.- Y por último, hay aproximadamente unas 40 Familias que poseen solo una especie: como las Annonaceae, Bixaceae Cactaceae Myrta-ceae Palmae Passifloraceae Tiliaceae Umbelliferae Vitaceae y alrededor de 30 familias más.



## 8. CONSIDERACIONES FINALES

El sistema médico de Mendoza es revelado desde su concepción integral, con alta vigencia del soporte psicobiológico, social y espiritual frente a la enfermedad y valoración de la salud. Dentro de los aspectos a destacar, se tiene que la concepción de salud está ligada a vitalidad, afectividad, fertilidad, cuidado preventivo y depuración del organismo. Por otro lado, la noción de persona está presente y manifiesta en la dirección intencional del acto curativo. Así mismo, la regla del “none” ligada a la fe, resulta un fundamento para la práctica terapéutica, aplicable tanto a rezos como a plantas, se vincula con la apelación a instancias superiores de conocimiento, y así, muestra la convergencia de los elementos médicos y simbólicos integrados como parte de un mismo sistema de conocimiento médico. Otro aspecto a destacar es que los modelos explicativos relacionados con el control del agente etiológico patógeno, no siempre requieren su eliminación, pues más bien estaría asociado a restablecer el equilibrio del cuerpo, en sentido amplio. Y la dinámica social variable, que muestra diferentes matices según la enfermedad, supone también convergencia con las opciones biomédicas en términos de complementariedad con diferentes impactos y contradicción.

El abordaje de este estudio deja varias implicaciones valiosas, para la valoración de un sistema de conocimiento médico, reconociendo modelos explicativos de la enfermedad y valoración de las farmacopeas locales, como investigación que contribuye a documentar la etnobotánica médica en una comunidad afrovenezolana. Así mismo, brinda comprensión etnográfica a la región de Barlovento, y contribuye a la identidad de los pueblos afrovenezolanos desde lo gestado en sus etnomedicinas, aún vigentes. Se ha querido resaltar la perspectiva de un pueblo con origen histórico en las plantaciones de cacao, que contrasta con otras dinámicas fundacionales, entre otras cosas debido a una mayor coexistencia

de opciones médicas en contextos plurales.

## 9. BIBLIOGRAFÍA

- BERMUDEZ, Eduardo. 1984. Mito, ritual y religión en Birongo. Trabajo de Grado Magister Scientiarum en Antropología. Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas. Altos de Pipe.
- CLARAC DE BRICEÑO, Jacqueline, 1992. La enfermedad como un lenguaje en Venezuela. Mérida: Universidad de los Andes. Colección Actual.
- CLEMENTE, Ida Celina. 2005. Uso de las plantas medicinales en atención primaria en Mendoza, Estado Miranda. Caracas: Universidad Central de Venezuela. Facultad de Farmacia. Trabajo de especialización en el Post grado en Salud Comunitaria.
- CLEMENTE MURO, Fermín. 1998. Breve historia del caserío Mendoza, Municipio Acevedo. Edo. Miranda (Mimeografiado, no publicado). 3p.
- CHACÓN, Alfredo y Miguel Cardona, 1970. "Curanderismo en Venezuela". Revista Sondeos. 18. Cuernavaca.
- CHACÓN, Alfredo. 1983. Poblaciones y culturas negras de Venezuela. Caracas: Gobernación del Estado Miranda. Instituto Autónomo Biblioteca Nacional y Servicios de Biblioteca.
- FABREGA, Horacio. 1975. "The need for an ethnomedical science". Science, 189, 969-975.
- GARRIDO, Sebastián. (s.f.). Berta Cova: La dama de bella a las once. Así somos. Caracas: Consejo Nacional de la Cultura. Dirección Nacional de Artesanías.
- GUERRA, Franklin. 1981. Causalidad de las enfermedades en Birongo. Trabajo de Magister Scientiarum en Antropología. Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas.
- HEINRICH, Michael. 1997. "Herbal and symbolic forms of treatment in the medicine of the Lowland Mixe (Oaxaca, Mexico)". In: Romanucci-Ross, L. Daniel Moran & Lawrence Tancredi. The anthropology of medicine: from culture to method. 3rd Edition. Westport, C.T: Bergin & Garvey. pp. 71-95.
- HEWSON, Mariana G. 1998. "Traditional healers in Southern Africa".

- Annals of Internal Medicine, 128, 1029-1034.
- KLEINMAN, Arthur. 1978. "Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems". *Social Science and Medicine*, 12. pp.85-93.
- KLEINMAN, Arthur. 1980. *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. University of California Press.
- LEÓN Q, José B. 1981. *Panaquire, expresión urbana del latifundio colonial*. Los Teques. Biblioteca de Autores y Temas Mirandinos. 1. Colección Francisco de Paula Alamo.
- MARTÍN, Gustavo. 1983. *Magia y religión en la Venezuela contemporánea*. Publicaciones de la Universidad Central de Venezuela, Caracas.
- MIJARES G. 2006. *El sistema médico de Mendoza: Un aporte para la interpretación cultural de la salud, la enfermedad y la terapia*. (Tesis Doctoral). Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas, 270p. Altos de Pipe. Edo. Miranda.
- MOLINA Anatlilde Idoyaga. 2015. "Enfermedad, terapia y las expresiones de lo sagrado. una síntesis sobre medicinas y religiosidades en Argentina". *Ciencias Sociales y Religión/ Ciências Sociais e Religião*, Porto Alegre, año 17, n. 22. pp. 15-37
- POLLAK- ELTZ, Angelina, 1987. *La medicina popular en Venezuela*. Caracas: Academia Nacional de la Historia. Estudio N° 86.
- POLLAK- ELTZ, Angelina, 1994. *La religiosidad popular en Venezuela*. Caracas: Ed. San Pablo, 192p.
- POLLAK- ELTZ, Angelina, 2001. *La medicina tradicional venezolana*. Caracas: Universidad Católica Andrés Bello, 220p.
- ROMANUCCI-ROSS, Lola, Daniel E Moerman & Laurence Tancredi. 1997. "Medical anthropology: convergence of mind and experience in the anthropological imagination". In: Romanucci-Ross, Lola, Daniel E Moerman & Laurence Tancredi (Eds) *The anthropology of medicine: From culture to method*. Third Edition. Westport, CT: Bergin & Garvey. pp. 369-381.
- ROSALES VERA, María. 1996. *Medicina tradicional de las mujeres Wayuu: sus prácticas curativas*. A. C. Yamana-Guarero, Venezuela.

- VECCHIATO, Norbert. 1997. "Digestive Worms: ethnomedical approaches to intestinal parasitism in Southern Ethiopia". In: *The anthropology of infectious diseases*. Inhorn, Marcia & Peter Brown (Eds.). Amsterdam: Gordon + Breach Publisher. pp. 241-266.
- WILBERT, Werner, 1996. *Fitoterapia Warao*. Caracas: Fundación La Salle. Instituto Caribe de Antropología y Sociología.
- WILBERT, Werner y Guiber Elena Mijares P. 2002. *Medicina Tradicional en Mendoza, Barlovento*. En: *Tierra Negra*. Caracas: Exxon Mobil. Ediciones Grupo TEI. pp.175-191.