



Artículo Original | Original Article

Herbolaria migrante boliviana en un contexto periurbano del Noroeste Argentino

[Herbal medicine used by Bolivian migrants in a peri-urban context in Northwest Argentina]

Marina E Acosta¹, Ana H Ladio² & Nilda D Vignale¹

¹*Instituto de Ecorregiones Andinas (INECOA), UNJu-CONICET, Laboratorio de Botánica Sistemática y Etnobotánica, Facultad de Ciencias Agrarias, Universidad Nacional de Jujuy, San Salvador de Jujuy, Argentina*

²*Laboratorio Ecotono, Grupo de Etnobiología. Instituto de Investigaciones en Biodiversidad y Medio Ambiente (INIBIOMA), Universidad Nacional del Comahue-CONICET, Río Negro, Argentina*
Contactos | Contacts: Ana H LADIO - E-mail address: ahladio@gmail.com

Abstract: A study was undertaken of the herbarium of a migrant Bolivian population living in San Salvador de Jujuy (Jujuy, Argentina) in conditions of marked social and health vulnerability; they also suffer strong stigmatization processes. Using an ethnobotanical approach, open and semi-structured interviews were conducted with adults. A total of 89 medicinal species were recorded, which were used to treat 43 ailments. The plants with the highest consensus were *Matricaria chamomilla*, “manzanilla” (chamomile) (62%) and *Ruta chalepensis*, “ruda” (50%). Five plant resource gathering environments were identified, the most important being “dwelling and surroundings” (46%). A large proportion of the plant species selected are adaptogens (plants that generate wellbeing, used to deal with stress). Home prepared herbal medicine appears to be a key therapeutic option for Bolivians in Jujuy, enabling families to endure difficult situations associated with stress, separation from family roots, and discrimination. This information can be of use to health institutions, with the aim of improving care and diagnosis in situations of uncertainty.

Keywords: medicinal plants, urban ethnobotany, immigrants, home remedies.

Resumen: Se estudió la herbolaria de una población migrante boliviana de un barrio de la ciudad de San Salvador de Jujuy (Jujuy, Argentina) que sufre notorias condiciones de vulnerabilidad social y sanitaria, así como fuertes procesos de estigmatización. Desde una aproximación etnobotánica, se realizaron entrevistas abiertas y semiestructuradas a personas adultas. Se relevaron 89 especies medicinales empleadas para el tratamiento de 43 dolencias. Las más consensuadas fueron *Matricaria chamomilla*, “manzanilla” (62%) y *Ruta chalepensis*, “ruda” (50%). Se distinguieron cinco ambientes de recolección de plantas siendo el más importante “casa y alrededores” (46%). Gran parte de las especies seleccionadas son adaptógenas (plantas generadoras de bienestar, empleadas para el stress). La herbolaria casera parece ser una alternativa terapéutica clave de los bolivianos en Jujuy permitiéndoles a las familias sobrellevar situaciones difíciles de stress, desarraigo y discriminación. Esta información puede ser útil para las instituciones de salud con el fin de mejorar la atención y el diagnóstico en situaciones de incertidumbre.

Palabras clave: plantas medicinales, etnobotánica urbana, inmigrantes, medicina casera.

Recibido | Received: 7 de Agosto de 2017

Aceptado | Accepted: 27 de Noviembre de 2017

Aceptado en versión corregida | Accepted in revised form: 17 de Enero de 2018

Publicado en línea | Published online: 30 de Marzo de 2018

Este artículo puede ser citado como / This article must be cited as: ME Acosta, AH Ladio, ND Vignale. 2018. Herbolaria migrante boliviana en un contexto periurbano del Noroeste Argentino. *Bol Latinoam Caribe Plant Med Aromat* 17 (2): 217 – 237.

INTRODUCCIÓN

La herbolaria boliviana a través de sus migrantes en distintas partes del mundo ha ido adquiriendo una fuerte presencia urbana. Según varios autores (Pochettino *et al.*, 2012; Hurrell, 2014; Puentes & Hurrell, 2015), estos movimientos poblacionales visibilizan y difunden diversos recursos de origen vegetal que, sin estos procesos migratorios, pocos formarían parte del repertorio local.

En áreas periurbanas y urbanas a pesar de tener una mayor facilidad para acceder al sistema oficial de salud, cada vez más personas se sienten atraídas al uso de la medicina herbolaria (Pochettino *et al.*, 2008). Esto sin duda se debe a múltiples factores: la inmigración desde áreas rurales, usuarios que poseen en general una tradición herbolaria muy arraigada (Medeiros *et al.*, 2012), una mayor difusión de los medios de comunicación sobre las virtudes de estas plantas (Arenas *et al.*, 2011), razones económicas que limitan el acceso a medicamentos comerciales y/o oposición a la medicina oficial, son algunos de los motivos por los cuales la gente elige hacer uso de la hierbas medicinales en la ciudad (Pochettino *et al.*, 2008; Cuassolo *et al.*, 2010; Hurrell *et al.*, 2011).

Los trabajos etnobotánicos realizados en Argentina dan cuenta de la importancia de las plantas medicinales en diferentes centros urbanos (Pochettino *et al.*, 2008; Cuassolo *et al.*, 2010; Hilgert *et al.*, 2010; Richeri *et al.*, 2010; Acosta *et al.*, 2013; Hurrell *et al.*, 2015), asociadas principalmente con aquellas dolencias que pueden resolverse en el ámbito doméstico, como por ejemplo, las de índole digestiva y respiratorias menores (Pochettino *et al.*, 1997; Cuassolo, 2009; Hurrell *et al.*, 2011). Generalmente, estos inconvenientes de salud se atienden a través de prácticas caseras sencillas como son los preparados de infusiones, baños, emplastos y vahos (Pochettino *et al.*, 2008; Ladio & Lozada, 2008; Cuassolo, 2009).

Por otra parte, se reconoce la importancia de las especies exóticas de origen euroasiático en herbolarias urbanas a nivel mundial (Moerman *et al.*, 1999) fundamentalmente por la extensa difusión de los medios de comunicación de estas especies (Hurrell *et al.*, 2011). Dichos vegetales pueden ser vistos como elementos de reemplazo y sustituciones de especies nativas preferidas en una localidad, que por diversos motivos (extinción local de una especie, por sobre-explotación, o aparición de nuevas enfermedades, entre otras) ya no pueden ser

utilizadas (Santoro *et al.*, 2015). Sin embargo, la disponibilidad de las floras nativas medicinales no deja de tener un papel primordial como moldeadoras de las herbolarias urbanas dadas las profundas tradiciones y lazos que generan las personas con la biota del lugar (Moerman *et al.*, 1999; Cuassolo, 2009; Molares & Ladio, 2012; Medeiros *et al.*, 2013; Leitão *et al.*, 2014).

En el caso de los migrantes, un estudio acerca del uso de plantas entre bolivianos que habitan la ciudad de Madryn (Argentina) mostró que incorporan a su repertorio los recursos locales cuando poseen atributos que son culturalmente valorados por ellos, como ciertas características organolépticas como el aroma y el sabor que se asemejan a sus recursos tradicionales (Richeri, 2009). Esta capacidad adaptativa permitiría la reproducción de prácticas curativas afines con las concepciones de salud del grupo. Dichos hallazgos refieren al carácter de estos sistemas, que lejos de ser estáticos, son dinámicos y flexibles frente al cambio (Ladio y Albuquerque, 2014).

Antecedentes de trabajos realizados en poblaciones inmigrantes en distintas ciudades de Argentina (Richeri *et al.*, 2010; Pochettino *et al.*, 2012; Hurrell *et al.*, 2015) y del mundo revelan cómo influye y varía el conocimiento y uso de plantas medicinales, sus formas de adquisición tanto en la farmacopea del grupo migrante como de aquella sociedad receptora (Pieroni *et al.*, 2007; Pieroni *et al.*, 2012; Waldstein, 2006; Ceuterick *et al.*, 2008; Medeiros *et al.*, 2012). Particularmente, en Argentina la migración rural-urbana y desde otros países ha dado lugar a varios estudios que resaltan la interculturalidad que se establece en una ciudad y cómo los saberes sobre las plantas medicinales se hibridan generando un nuevo cuerpo de conocimientos (Ladio & Albuquerque, 2014).

Los estudios etnobotánicos realizados hasta el momento en la región del noroeste argentino, en referencia específica a la provincia de Jujuy, han estado principalmente orientados al análisis de los diferentes usos de la vegetación por parte de comunidades rurales (Lupo y Echenique, 1997; Vignale, 2002; Vignale y Pochettino, 2009). Sin embargo, no se prestó atención a lo que ocurre en las ciudades, y específicamente con los grupos inmigrantes que viven en ellas. Estos grupos han sido estudiados mayormente desde perspectivas antropológicas, sociológicas e históricas (Caggiano, 2001; Guzmán, 2006; Jerez, 2009; Sadir, 2009;

Karasik, 2010) aunque la perspectiva etnobotánica está ausente en dichos análisis.

El caso de las herbolarias de las comunidades bolivianas que habitan la provincia de Jujuy lindante al país de procedencia nos permite reflexionar sobre los aspectos arriba señalados. En Bolivia, que se caracteriza por la presencia de un alto porcentaje de comunidades indígenas, la medicina tradicional andina ocupa un lugar privilegiado en las costumbres de todo su territorio (Vandebroek *et al.*, 2004; Vidaurre, 2006; Justo-Chipana y Moraes, 2012; Mathez-Stiefel y Vandebroek, 2012). Sus múltiples y complejas prácticas médicas se sustentan en conceptos de salud-enfermedad distintos a los conocidos por la medicina alopática.

La visión de salud en el mundo andino es una constante búsqueda de los equilibrios y de armonías (Regalsky, 1993; Guerrero, 2016) en los cuales intervienen rituales, ceremonias y consultas a especialistas, que se realizan en el ámbito doméstico y/o de manera colectiva. Regalsky, (1993) señala a la enfermedad como fenómeno social reflejo de los desequilibrios dentro de la comunidad que afecta también a los individuos. Por ende, existen situaciones donde no es posible recobrar la salud de manera autónoma en el ámbito doméstico, por lo que se recurre a los especialistas andinos (Guerrero, 2016). Otra característica importante de su sistema médico, es el uso de plantas frescas y/o secas como también elementos animales y minerales (Thomas, 2013).

La migración boliviana hacia el noroeste argentino constituye un proceso que se caracteriza por tener varias décadas de historia (Karasik, 2010). Principalmente, a partir del Siglo XX se establecieron flujos masivos de migrantes bolivianos campesinos, generado principalmente por la búsqueda de nuevas oportunidades laborales (Caggiano, 2001; Karasik, 2010; Crisorio, 2013). En ese proceso de migración, el mantenimiento de su herbolaria habría tenido un papel sustantivo brindando bienestar y salud ante las condiciones adversas del propio proceso migratorio, que implican desarraigo, incertezas, stress y vulnerabilidad. Atxotegui (2000) describe a la migración como una situación generadora de una diversidad de efectos adversos entre los que se mencionan la aparición de “multiduelo”, por la lejanía de la familia y amigos, por la retracción de su lengua, por la dificultad de expresar su cultura, por extrañar su territorio, su comida, su estatus social, por las dificultades en el contacto con el grupo étnico, y

por los riesgos físicos que a veces implica ser migrante. La medicina herbolaria para los migrantes bolivianos cumpliría entonces un rol de sostén, primeramente, porque se fundamenta en una cosmovisión que vivencia a la salud como un equilibrio armónico y dinámico entre el cuerpo y la mente, y segundo, porque las plantas son los principales elementos de curación accesibles para ellos (Vidaurre, 2006; Richeri *et al.*, 2010; Acosta *et al.*, 2015).

La provincia de Jujuy, específicamente en su ciudad capital presenta un gran número de habitantes bolivianos (4% del total departamental). Algunos de migración reciente, otros con varias décadas de permanencia y distintas realidades socioeconómicas. Esto ha dado lugar al establecimiento de varios asentamientos localizados en distintos barrios de la ciudad capital (Bergesio *et al.*, 2009; Karasik, 2010). Sin embargo, paradójicamente, en las provincias del norte de Argentina, comparadas con las del centro y las del sur, los habitantes bolivianos residentes poseen notorios desencuentros con la población local (Karasik, 2010; Caggiano, 2001). Se destaca específicamente la difícil y delicada separación que se ha construido en el imaginario popular jujeño de “lo que es o no es boliviano” (Caggiano, 2001; Sadir, 2009; Karasik, 2010). La cimentación de sentidos de estigmatización hacia lo boliviano ha sido una característica muy notoria, denotando un intento recurrente de diferenciación, a pesar de la cercanía geográfica y cultural de los habitantes nativos de Jujuy (Karasik, 2010).

En este sentido, Soldati (2013) en un estudio de poblaciones rurales en proceso de asentamiento en Cuenca Del Río Verde Grande (Brasil) ha señalado que aquellos grupos que viven en situaciones de vulnerabilidad, activan mecanismos de cognición y uso de plantas medicinales diferentes a los grupos que poseen una mayor estabilidad. Se encontró que si bien la transmisión vertical, de padres a hijos era muy importante, también lo era la horizontal, entre vecinos. Por lo tanto, entre los grupos migrantes como los de nuestro estudio de caso, que viven en un contexto de incertidumbre, desarraigo y estigmatización producto del cambio de contexto, podrían estar mayormente fomentada la transmisión del conocimiento de tipo horizontal junto con la vertical, capacitando a las personas sobre las plantas que se encuentran en el nuevo entorno.

Por otra parte, en el estudio de herbolarias locales migrantes y no migrantes, se ha encontrado

que la versatilidad utilitaria de las especies, es decir, la propiedad que tiene para ser empleada en la curación de varias dolencias, podría ser una cualidad de las especies más usadas (Albuquerque *et al.*, 2009; Acosta, 2013; Richeri *et al.*, 2013a). Esta característica depende de factores que atienden el sistema médico local en su conjunto, como la disponibilidad de plantas en el área, la gravedad de las enfermedades, la frecuencia con que ocurren ciertas dolencias, la información compartida por los expertos locales, la transmisión de ese conocimiento, la búsqueda de otras especies que cubran demandas de aquellas hierbas preferidas, entre otros (Ferreira Junior *et al.*, 2013; Abreu *et al.*, 2015; Santoro *et al.*, 2015). Sin embargo, no hay duda que para un grupo migrante, su importancia podría ser sustancial dado que la posesión de algunas pocas especies multipropósito ofrecería alternativas centrales ante las condiciones desfavorables arriba mencionadas.

En este trabajo nos interesa conocer el rol de las plantas medicinales en una población migrante boliviana como ejemplo de una situación de condiciones de vulnerabilidad marcada. Los objetivos planteados fueron: i) Registrar las especies vegetales de uso medicinal vigentes en la vida cotidiana de la comunidad boliviana migrante de Las Cortadas de los Ladrillos (San Salvador de Jujuy, Jujuy, Argentina); ii) Conocer las principales dolencias para las cuales se utilizan estas plantas como recurso medicinal, su principal forma de administración y partes empleadas; iii) Indagar las formas de obtención y ambientes de recolección del recurso vegetal vinculado a la necesidad de recrear su medicina tradicional en un nuevo contexto; y iv) Analizar la versatilidad de uso de las especies medicinales empleadas por la comunidad. Las hipótesis principales son: i) La riqueza de especies medicinales, tanto nativas como exóticas, utilizadas en la comunidad de migrantes bolivianos reflejan un conocimiento botánico significativo que es transmitido principalmente por los padres y abuelos, pero también vecinos y amigos, y que permite resolver problemas de salud más frecuentes en el ámbito doméstico como lo hacían en Bolivia; ii) Las principales dolencias tratadas con plantas serán aquellas vinculadas al sistema digestivo, pero también aquellas que les sirven para sobrellevar sus condiciones de vulnerabilidad iii) Los ambientes de recolección cercanos a los hogares presentan una herbolaria versátil que les ofrece a las familias mayores alternativas para encontrar salud, y iv) Las

especies más versátiles son aquellas más consensuadas por la comunidad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Sitio de estudio

Este estudio se llevó a cabo en una comunidad boliviana de la ciudad de San Salvador de Jujuy (capital de la provincia de Jujuy), ubicada hacia el oeste a unos 5 km de distancia del centro de la misma (Figura N° 1) en el barrio “Los Huaicos” sobre la avenida principal y hacia uno de los lados de la Ruta Nacional N° 9, “Las Cortadas de Ladrillos”.

San Salvador de Jujuy está ubicada dentro del distrito fitogeográfico de la Selvas Montanas, de la provincia de las Yungas, que comprende desde los 500 a 1600 msnm, con una topografía montañosa atravesada por los ríos Grande y Xibi-Xibi. La ciudad se extiende desde los 1200 a 1300 msnm. Presenta clima subtropical serrano. Los inviernos son secos y los veranos se caracterizan por ser la estación cálida y lluviosa. La temperatura media anual es de 16,4° C (Cabrera, 1976). Un total poblacional de 262.820 personas residen en la ciudad capital, según el Censo Nacional de población 2010 (INDEC, 2010), con aproximadamente 8.000 habitantes de nacionalidad boliviana.

Según datos aportados por personal del centro de salud del barrio, en la población estudiada de “Las Cortadas de Ladrillos” conviven alrededor de 80 familias en época de mayor actividad ladrillera, mientras que en el asentamiento del barrio “Huiaco” existen alrededor de 350 casas, de uno o dos ambientes en los que pueden vivir una o varias familias. Los miembros de las cortadas habitan en viviendas junto a los hornos y estructuras para la construcción de los ladrillos o, también, en los asentamientos sobre la avenida principal del barrio. Algunas familias mantienen una estadía permanente en el lugar y otros (familiares o trabajadores temporarios) migran, según la estación del año, hacia otras provincias por cuestiones de trabajo y retornan a la comunidad al reanudarse la actividad ladrillera.

El asentamiento del barrio dispone sólo de luz eléctrica y agua potable por medio de una única cañería que provee a todo ese sector. En las cortadas, sólo algunas familias disponen del servicio de luz; las restantes utilizan velas o generadores. Carecen de agua potable. El agua que utilizan para preparar la fabricación de los ladrillos procede de fuentes de agua naturales y piletones circundantes, no apta para consumo humano. En general, los niños de toda la

población estudiada asisten a la Escuela primaria del barrio. Los adultos y algunos niños continúan hablando el idioma quechua, además del español. La

religión que a muchas familias identifica es la evangélica, en menor medida la católica.

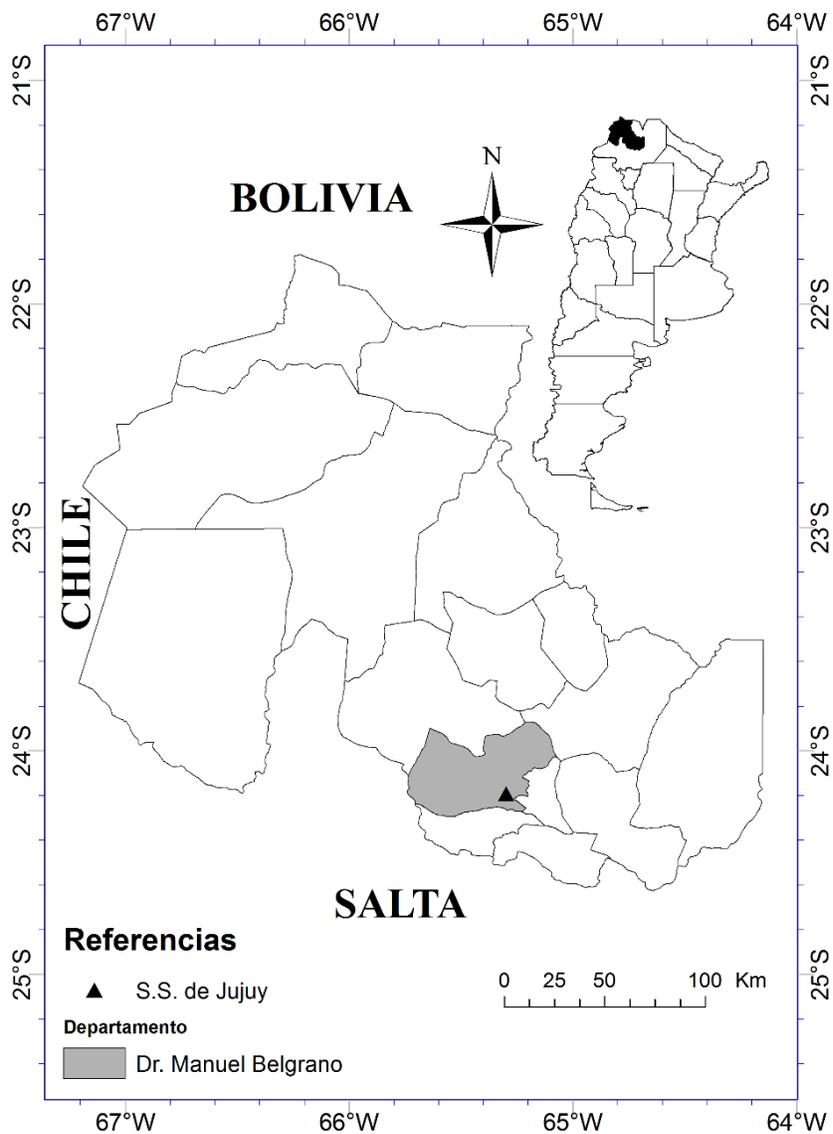


Figura N° 1
Localización del área de estudio en la provincia de Jujuy (Argentina).
Ubicación de la ciudad de San Salvador de Jujuy en el Departamento Dr. Manuel Belgrano.



Figura N° 2

Vivienda y Cortada de Ladrillo (izquierda); vista desde una de las cortadas hacia el barrio Los Huaico y otros barrios de la ciudad (derecha)



Figura N° 3

Asentamiento en el barrio Los Huaico, Avenida principal (izquierda); Señora Rosa en su huerta (derecha)

METODOLOGÍA

Primeramente, se contactó con el Hospital Público de la capital jujeña que nuclea a todos los Centros de Asistencia Pública Sanitaria (CAPS) haciendo explícito un pedido de consentimiento para la realización de este trabajo y para recorrer el barrio, con el acompañamiento de la Asistente Social y Educadora del Centro de Salud. Este protocolo sigue los lineamientos establecidos en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible (Rio+20, 2012), para la regulación del acceso a los recursos genéticos y la protección de los conocimientos tradicionales y sus derechos de propiedad intelectual y del Código de Ética de la Sociedad de Etnobiología (ISE, 2006).

Se realizaron 24 entrevistas abiertas y semi estructuradas, la mayoría a mujeres (92%) debido a su presencia en el hogar en el momento de la visita y

predispuestas para conversar. La edad de los entrevistados fue desde los 21 hasta los 59 años. De las visitas a cada familia participó personal del Centro de Salud del barrio, quienes facilitaron el acceso y la conformación del vínculo de confianza necesario con la comunidad para el desarrollo de un trabajo de ésta naturaleza.

Se indagó acerca de las formas de obtención del material vegetal, las plantas que se utilizan actualmente, las dolencias más reputadas, los años de residencia en el barrio, entre otros temas. Asimismo, se trabajó con técnicas de observación participante de manera de poder caracterizar cualitativamente el universo de estudio (Guber, 2001; Albuquerque *et al.*, 2010). En el caso de la información citada por los entrevistados en este trabajo se detallarán las siglas del nombre y la edad en donde corresponda.

Posteriormente, el material vegetal

desconocido procedente de los diversos ambientes de aprovisionamiento por parte de los migrantes se determinó en el Laboratorio de Botánica Sistemática y Etnobotánica de la Cátedra de Botánica Sistemática y Fitogeografía, sobre la base de la exomorfología y, en los casos necesarios, revisando algunos caracteres micrográficos. La actualización de la nomenclatura se realizó según las Bases de Datos de Flora Argentina (www.floraargentina.edu.ar) y Flora del Conosur (www.darwin.edu.ar). Los materiales están depositados en el Muestrario de Plantas Útiles de la Cátedra de Botánica Sistemática y Fitogeografía de la Facultad de Ciencias Agrarias (UNJu), cuya sigla es M-CBSF.

Análisis de datos

Los datos se analizaron según el paradigma del análisis de consenso cultural (Romney *et al.*, 1986) que considera el consenso de uso (CU) entre informantes como la frecuencia de utilización de especies en función del total de registros (Ladio y Lozada, 2008; Cuassolo *et al.*, 2010; Richeri *et al.*, 2013a). Se calculó la frecuencia de las principales familias botánicas que son más representativas, así como también las partes vegetales utilizadas más comúnmente por los informantes (Hurrell *et al.*, 2011).

Se determinó la riqueza total de especies citadas por los entrevistados y se calculó la versatilidad utilitaria de las especies como la sumatoria de los distintos usos asignados a cada especie. Se estimó el CU de especies nativas y exóticas con el objeto de diferenciar el uso de recursos locales de aquellos foráneos. Se consideran exóticas todas aquellas que no son propias de la vegetación de Argentina según la base de datos de la Flora Argentina (www.floraargentina.edu.ar). Se utilizó el índice de Jaccard (IJ) para comparar la similitud de especies de este estudio con la citada en otras publicaciones sobre la herbolaria boliviana (migrante en Argentina o no), cuya fórmula es $IJ = e/a + b + e \times 100$, donde e es el número de especies en común, a y b son el número de las especies que sólo se encuentran en el trabajo A y B, respectivamente.

También se relevaron las dolencias más importantes para las especies citadas. La información obtenida incluye los resultados de las formas en que las dolencias fueron citadas por los entrevistados (categorías émic), es decir, aquellas que son directamente enunciadas y que reflejan las formas en

la que las personas perciben los recursos y sus utilidades y que son expresadas a través de su lenguaje (Martin, 2001). Se emplea la clasificación de Arenas *et al.* (2011) y Hurrell *et al.* (2013) para señalar aquellas especies “adaptógenas” es decir plantas generadoras de bienestar, empleadas para el stress. Se analizaron los diferentes ambientes de recolección de las plantas medicinales con el fin de indagar la forma más representativa de aprovisionamiento de estos recursos vegetales. Se categorizó en 4 sitios de aprovisionamiento, según la información aportada por los informantes que luego fue re-categorizada con el objetivo de sintetizar las características comunes en: 1- campo (incluye las citas textuales de campo, cerro, río, monte); 2- casa (jardín, patio, macetas, alrededores); 3- comercio (comercio, el centro, mercado); 4- huerta (área de cultivo de plantas principalmente comestibles). Cabe aclarar que, si bien la categoría “huerta” está dentro del terreno de la vivienda de cada familia, creemos que es importante destacarla como una categoría aparte por la importancia que tiene como el ambiente más domesticado dentro del enclave hogareño (Pieroni *et al.*, 2016).

Las dolencias relevadas y las formas de aprovisionamiento fueron analizadas mediante tablas de contingencia simples (Albuquerque *et al.*, 2010). Se empleó el Test de Fredman para comparar la riqueza entre los distintos sitios de aprovisionamiento. Por último, se utilizó el test de Spearman para analizar si existe correlación entre el consenso de uso y la versatilidad utilitaria, con un nivel de significancia de 0,05 (Höft *et al.*, 1999). Se empleó el programa SPSS Statistics versión 22.0.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

¿Cuál es la riqueza y composición de especies y familias de la herbolaria?

La riqueza de plantas medicinales citadas por los inmigrantes corresponde a 89 especies (Tabla N° 1). De este total, el 46 % son nativas de la Argentina y el 54% exóticas (Tabla N° 1). Llamativamente, estos resultados son similares a los encontrados en una comunidad boliviana de la ciudad de Puerto Madryn (Chubut, Argentina) (Richeri *et al.*, 2010). Las autoras citan 79 especies empleadas con fines medicinales, siendo el 66% de origen euroasiático. Diversos factores socioculturales son los posibles forzantes de estos resultados.

En cuanto a las familias botánicas más representativas se destacan Lamiaceae (12,3%) y

Asteraceae (11,9%) (Figura N° 4). Las hierbas son el hábito más representativo (68%), le siguen los árboles (22%) y por último los arbustos (10%), siendo las hojas el órgano vegetal más empleado frecuentemente en forma de “té” o “mate”. Estos resultados son similares a los encontrados en otras ciudades, no solo de sectores inmigrantes sino de contextos pluriculturales (Cuassolo, 2009, Acosta, 2013). El uso de plantas medicinales en las ciudades parece concentrarse en la utilización de hierbas de origen principalmente euroasiático, partes aéreas, principalmente las hojas, de recursos provenientes de

familias botánicas como Asteraceae y Lamiaceae (Moerman et al., 1999; Macía et al., 2005; Pochettino et al., 2008; Cuassolo et al., 2010; Richeri et al., 2010; Hernández y Ambarri, 2011; Leitão et al., 2014). Las hierbas poseen un crecimiento rápido, son a menudo abundantes en ambientes ruderales, de fácil acceso por cultivo y/o compra, y como resultado, están ampliamente representadas en las herbolarias de diferentes partes del mundo (Pochettino et al., 1997; Scarpa, 2009; Hilgert et al., 2010; Pirondo et al., 2011).

Tabla N° 1

Lista de especies medicinales que conforman la herbolaria local de la comunidad boliviana de la ciudad de San Salvador de Jujuy (Jujuy, Argentina) ordenadas de modo decreciente según el Consenso de uso (CU).

N = nativo; E = exótico; CU = Consenso de Uso; VU = versatilidad utilitaria; * = planta adaptógena.

Nombre Científico	Nombre vulgar	Familia	Origen	% CU	VU
<i>Matricaria chamomilla</i> *	manzanilla	Asteraceae	E	61,54	1,25
<i>Ruta chalepensis</i> *	ruda	Rutaceae	N	50	1,31
<i>Aloe sp.</i> *	aloe vera	Xanthorrhoeaceae	E	46,15	1,27
<i>Plantago major</i>	llantén	Plantaginaceae	E	42,31	1,18
<i>Dysphania ambrosioides</i> *	paico	Chenopodiaceae	N	38,46	1
<i>Mentha af. rotundifolia</i> *	hierba buena	Lamiaceae	E	38,46	1,5
<i>Vachellia aroma</i>	tusca	Fabaceae	N	30,77	1
<i>Aloysia citrodora</i> *	cedrón	Verbenaceae	N	30,77	1
<i>Erythroxylum coca</i> *	coca	Erythroxylaceae	E	30,77	1
<i>Eucalyptus sp.</i>	eucalipto	Myrtaceae	E	30,77	1
<i>Equisetum giganteum</i>	cola de caballo	Equisetaceae	N	23,08	0,83
<i>Petroselinum crispum</i>	perejil	Apiaceae	E	23,08	1,67
<i>Rosmarinus officinalis</i>	romero	Lamiaceae	E	23,08	1,83
<i>Aloysia polystachya</i> *	burruto	Verbenaceae	N	19,23	1
<i>Cestrum parqui</i>	hediondilla	Solanaceae	N	19,23	1
<i>Schinus areira</i>	molle	Anacardiaceae	N	19,23	1,75
cf. <i>Melissa officinalis</i> *	toronjil	Lamiaceae	E	15,38	1
<i>Malva sylvestris</i>	malva	Malvaceae	E	15,38	1,25
<i>Mentha sp.</i> *	menta	Lamiaceae	E	15,38	1
<i>Solanum sisymbriifolium</i>	Kjana	Solanaceae	N	15,38	1,25
<i>Apium sp.</i>	kjita perejil	Apiaceae	N	11,54	1,67
<i>Bauhinia forficata</i> *	pezuña de vaca	Fabaceae	N	11,54	2,33
<i>Clinopodium af. gilliesii</i>	muña	Lamiaceae	N	11,54	1
<i>Crassula af. ovata</i>	utumpela	Crassulaceae	E	11,54	1
<i>Cymbopogon citratus</i> *	cedrón	Poaceae	E	11,54	1
<i>Eucalyptus cinerea</i>	eucalipto	Myrtaceae	E	11,54	1
<i>Lepidium didymum</i>	quimpe	Chenopodiaceae	N	11,54	1

<i>Punica granatum</i>	granada	Lythraceae	E	11,54	1
<i>Schinus</i> sp.	molle	Anacardiaceae	N	11,54	1
<i>Stevia</i> sp.	estevia	Asteraceae	E	11,54	1,33
<i>Taraxacum officinale</i>	diente de león	Asteraceae	E	11,54	1,67
<i>Airampoa ayrampo</i>	airampo	Cactaceae	N	7,69	1
<i>Allium sativum</i>	Ajo	Amaryllidaceae	E	7,69	1
<i>Borago officinalis</i>	borraja	Boraginacea	N	7,69	1
<i>Chenopodium quinoa</i>	quínoa	Chenopodiaceae	N	7,69	1
<i>Citrus x aurantium</i>	naranja	Rutaceae	E	7,69	1
<i>Ilex paraguariensis</i>	yerba	Aquifoliaceae	N	7,69	1
<i>Malva parviflora</i>	malva	Malvaceae	E	7,69	1
<i>Musa</i> sp.*	banana	Musaceae	E	7,69	1
<i>Persea americana</i>	palta	Lauraceae	E	7,69	1
<i>Rosa</i> sp.	Rosa	Rosaceae	E	7,69	1
<i>Smilax campestris</i>	uña de gato	Smilacaceae	N	7,69	1
<i>Solanum tuberosum</i>	Papa	Solanaceae	E	7,69	1
<i>Xanthium spinosum</i>	amor seco	Asteraceae	N	7,69	1
<i>Xenophyllum</i> af. <i>poposum</i>	pupusa	Asteraceae	N	7,69	1,5
<i>Vachellia aroma</i>	tusca	Fabaceae	N	3,85	1
<i>Allium ampeloprasum</i>	puerro	Amaryllidaceae	E	3,85	1
<i>Aloysia salsoloides</i>	rica rica	Verbenaceae	N	3,85	1
<i>Apium graveolens</i>	Apio	Apiaceae	E	3,85	1
<i>Azorella compacta</i>	yarita	Asteraceae	N	3,85	2
<i>Baccharis</i> sp.	carqueja	Asteraceae	N	3,85	1
<i>Celtis iguanaea</i>	tala	Celtidaceae	N	3,85	1
cf. <i>Alternanthera pungens</i>	chucuchucu	Amaranthaceae	N	3,85	1
<i>Clinopodium gilliesii</i> *	muña	Lamiaceae	N	3,85	1
<i>Curcubita maxima</i>	zapallo	Curcubitaceae	E	3,85	1
<i>Cynoglossum amabile</i>	ninanina	Boraginaceae	E	3,85	2
<i>Ephedra</i> sp.	cola de caballo	Ephedraceae	N	3,85	2
<i>Ficus carica</i>	higo	Moraceae	E	3,85	2
<i>Lantana</i> af. <i>camara</i>	melisa	Verbenaceae	E	3,85	1
<i>Linum usitatissimum</i>	linasa	Linaceae	N	3,85	1
<i>Malva</i> sp.	malvana	Malvaceae	E	3,85	1
<i>Nicotiana glauca</i>	kjarallanta	Solanaceae	N	3,85	1
<i>Ocimum basilicum</i>	albahaca	Lamiaceae	E	3,85	1
<i>Opuntia ficus-indica</i>	tuna	Cactaceae	N	3,85	1
<i>Petunia axilaris</i>	asna asna	Solanaceae	N	3,85	1
<i>Pimpinella anisum</i>	anís	Apiaceae	E	3,85	1
<i>Portulaca oleracea</i>	verdolaga	Portulacaceae	E	3,85	1
<i>Prosopis alba</i>	ktaaco	Fabaceae	N	3,85	2
<i>Prunus persica</i>	durazno	Rosaceae	E	3,85	1
<i>Rosmarinus officinalis</i> ?	romero	Lamiaceae	E	3,85	1
<i>Senecio nutans</i>	chachacoma	Asteraceae	N	3,85	1
<i>Sida rhombifolia</i>	-	Malvaceae	N	3,85	1
<i>Solanum palitans</i>	ñusco	Solanaceae	N	3,85	1

Tecoma stans	guarán	Bignonaceae	N	3,85	1
Tipuana tipu	tipa	Fabaceae	N	3,85	1
Turnera sidoides subsp. pinnatifida	-	Turneraceae	N	3,85	2
Urera sp.	itapallo	Urticaceae	N	3,85	1
Verbena hispida	yerbina macho	Verbenaceae	N	3,85	1
Xenophyllum poposum	pupusa	Asteraceae	N	3,85	1
indeterminada	cuatro canto	-	-	3,85	2
indeterminada	yerba del ciervo	-	-	3,85	2
indeterminada	chancapiedra	-	-	3,85	1
Indeterminada*	cuatro canto	-	-	3,85	1
indeterminada	flor de pascua	-	-	3,85	1
indeterminada	flor de pascua	-	-	3,85	1
indeterminada	pino	-	-	3,85	1
indeterminada	querusilla	-	-	3,85	1
indeterminada	vero vero	-	-	3,85	1

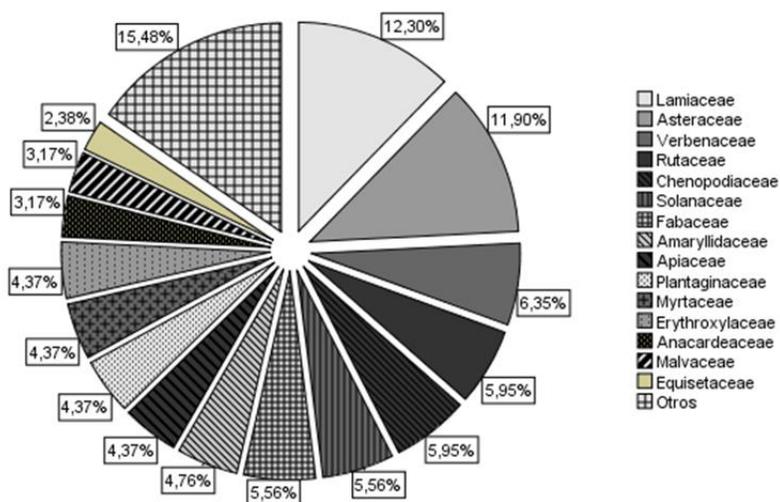


Figura N° 4
Familias botánicas más representativas relevadas por la comunidad boliviana de San Salvador de Jujuy
En la agrupación “otros” se incluye a las familias que tuvieron menos del 2% de representatividad

¿Cuánto se parece la herbolaria de los migrantes bolivianos de Jujuy a otras herbolarias?

La riqueza total de especies se encuentra en general en el mismo orden de magnitud que la encontrada en la mayoría de los trabajos publicados (Tabla N° 2). Sin embargo, la composición de especies coincide solo en un 25-35% con la hallada en otras comunidades bolivianas (Tabla N° 2). Esto podría estar reflejando que, frente a una situación de

cambio de contexto, como lo es trasladarse hacia otro lugar, los migrantes bolivianos estarían conservando un cuerpo mínimo estable de plantas que constituye la base de su principal herbolaria. Hay similitudes notables con especies emblemáticas, por ejemplo, la hoja de “coca” (*Erythroxylum coca*), empleada para el dolor de estómago y para rituales se encuentra en mercados regionales de Jujuy, Capital Federal y Madryn (Richeri, 2009; Pochettino et al., 2012;

Acosta et al., 2013; Acosta et al., 2015; Hurrell et al., 2015; Puentes y Hurrell, 2015), como así también la “ruda” (*Ruta chalepensis* y *Ruta graveolens*), utilizada para espantar las malas ondas o para el mal

aire; la “cola de caballo” (*Equisetum giganteum*), empleada como diurética; o la manzanilla (*Matricaria chamomilla*) utilizada para dolores estomacales (Richeri et al., 2010; Pochettino et al., 2012; Acosta et al., 2013; Acosta et al., 2015; Hurrell et al., 2015; Puentes y Hurrell, 2015).

Tabla N° 2

Tabla comparativa entre las herbolarias citadas en trabajos etnobotánicos sobre bolivianos realizados en Argentina y en Bolivia* con la riqueza de especies citada en este estudio a través del índice de Jaccard (IJ)**

Autor/es	Lugar (provincia/depto./país) de la investigación realizada	Riqueza de especies	IJ
Macía, 2005	La Paz *	129	0,28
Justo Chipana y Moraes, 2012	El Alto y La Paz *	105	0,52
Quiroga et al., 2012	Chuquisaca*	91	0,32
Hurrell et al., 2015	Buenos Aires**	84	0,25
Richeri et al., 2010	Madryn**	73	0,26
Pochettino et al., 2012	Buenos Aires**	54	0,35
Fernández et al., 2003	Potosí*	54	0,22
Mathez-Stiefe y Vandebroek 2012	Cochabamba*	22	0,22

Por otro lado, para los migrantes bolivianos que habitan en Madryn, ubicada en pleno Monte de la región patagónica, distantes a miles de km de sus ciudades natales, se encontró la incorporación a su herbolaria de 4 especies medicinales nativas de la zona (*Acantholippia seriphioides*, “tomillo silvestre”, *Limonium brasiliense*, “guaycurú”, *Chenopodium multifidum* “paico o paicu” y *Baccharis crispa*, “carqueja”). Las plantas poseían los mismos sabores y olores de especies que ellos conocían y usaban previamente, como el caso de *Acantholippia seriphioides* reconocida por su aroma familiar a “yuyo” para hacerse matecito para dolores digestivos y *Chenopodium multifidum* especie similar a *C. ambrosioides*, en cuanto a características morfológicas, por lo cual se administran para aliviar los mismos síntomas de empacho y aliviar las afecciones hepáticas en niños y adultos. Para el caso de los migrantes en el Monte patagónico este reconocimiento de nuevas especies medicinales nativas refleja aprendizaje corporizado y flexibilidad permitiendo la generación de innovaciones que se transmiten hacia el resto de la comunidad (Richeri, 2009).

En contraposición, los migrantes bolivianos de la ciudad de Jujuy no estarían incorporando

nuevas especies. Este resultado se podría interpretar por la existencia de semejanzas biogeográficas y/o producto de su cercanía geográfica (los entrevistados provienen de los departamentos de Chuquisaca y Potosí). Sin embargo, la difícil relación de los bolivianos entrevistados con el resto de la población jujeña, su situación de limitación, vulnerabilidad y su poca receptividad e intercambio podrían ser factores que inciden en estos migrantes en no incursionar en el uso de nuevas plantas o nuevos usos de las ya conocidas.

La provincia de Jujuy junto con Bolivia forma parte de una región que abarca un mismo sistema bio-cultural, no solo por la diversidad de los pueblos originarios que la habitan sino también por compartir sus ambientes puneños, de valles y de selvas (Vignale y Pochettino, 2009). Esto se traduciría en una herbolaria similar hacia ambos lados de la frontera, así como también en varias de sus costumbres y creencias, por ejemplo, el Día de la Pachamama, Día de los Santos y Fieles Difuntos, Carnaval, entre otras fiestas religiosas que forman parte de su mirada del mundo y tiene reflejo en sus concepciones de salud (Cabieses 1993; Idoyaga Molina 2000; Vandebroek et al., 2004; Pérez de Nucci 2005; Macía et al., 2005; Hilgert et al., 2010).

Sin embargo, la Tabla N° 2 muestra que cuando se compara este trabajo con localidades bolivianas, la similitud es muy variable, mostrando el amplio repertorio herbolario que posee este grupo. No obstante, dichos lugares se caracterizan por una profunda tradición de origen principalmente andino en el uso de plantas. Según estudios previos en estos sitios se han relevado 91 especies medicinales en Huacareta, Departamento de Chuquisaca (Quiroga *et al.*, 2012) y 56 especies en Bustillo, Departamento de Potosí (Fernández *et al.*, 2003). Comparando la riqueza de especies relevadas en ambas regiones con nuestro trabajo sólo un 32% de las plantas se comparten con Huacareta y un 22% en el caso de Bustillo (Tabla N° 2). Esto podría estar reflejando características propias de la herbolaria de la comunidad boliviana de Las Cortadas en la capital jujeña.

Trabajos comparativos entre herbolarias, realizados en comunidades migrantes, han sugerido que muchas de sus diferencias se deben a desigualdades en sus características sociales y/o culturales que determinan distintos contextos de enfermedad (Hilgert 2009; Richeri, 2009). En nuestro caso, a pesar de que Jujuy forma parte de una región biocultural andina, como así también Chuquisaca y Potosí, en la herbolaria de los migrantes bolivianos de San Salvador de Jujuy parecen expresarse factores disruptivos en la selección, vigencia y preferencia de sus plantas. La situación de pobreza, las desigualdades socio-económicas, las actividades económicas subvalorada y sacrificada realizadas por este grupo, los vínculos difusos con otros sectores de la sociedad, su preferencia por la religión evangélica y las notorias redes de parentesco y vecindad entre ellos, sin duda condicionan aspectos directos de la vida y la salud de las personas. Dicha situación resulta perceptible durante el desarrollo de las entrevistas ya que al momento de responder a las consignas presentadas se advierte cierta sensación de “inferioridad” derivada de su condición de nacionalidad boliviana, enriquecida la mayoría de las veces por el analfabetismo para la lectoescritura. Estas circunstancias que configuran un escenario crítico definen una situación de marginalidad que provoca sufrimiento e imprimen un sello de diferencia respecto del resto de la sociedad. Si a ello le sumamos la diferenciación en el lenguaje empleado para reconocer las especies con respecto a las denominaciones locales, tales como “kjana” (*Solanum sisymbriifolium*) o “kjarallanta” (*Nicotiana*

glauca), entre otras especies, nos encontramos frente a una enorme riqueza cultural, valorada positivamente por la etnobotánica pero subvalorizada por el inmigrante en sus dichos en las entrevistas, que siente que, en todo caso, usar nombres diferentes traídos de sus tierras posiblemente amplía la barrera de la marginación. Estos conflictos estarían condicionando de alguna manera un estilo de vida de los migrantes bolivianos de la Cortada y su relación con los recursos vegetales, diferenciándose de otros grupos migratorios, en un mismo proceso de cambio migratorio.

La herbolaria según la visión de los inmigrantes

Si bien los grupos migratorios pueden experimentar cambios en su herbolaria después de la migración al enfrentarse a un nuevo lugar (Ceuterick *et al.*, 2011), estos cambios no sólo se establecen en el número de especies sino también en el orden de significancia de las mismas. En este sentido, la práctica herbolaria, según revela éste estudio estaría sufriendo procesos de desactivación de conocimientos por diversas razones. Una de ellas podría ser la necesidad de estos migrantes en refugiarse en la religión evangélica. Extensamente se registró que debido a la decisión de algunos integrantes de la comunidad boliviana de “las Cortadas de ladrillo” a ser evangelistas, ellos han dejado de usar algunas plantas, particularmente aquellas empleadas para el “mal aire”, “el susto”, y aquellas para sahumar. Esto último tiene que ver con que estas enfermedades están asociadas a costumbres y saberes derivados de la cosmovisión andina que utilizan el sahumando y los humos como elementos de curación junto con oraciones o cánticos religiosos (Vidaurre, 2006; Richeri, 2009). Estas prácticas, según los evangelistas son considerados ritos paganos y por ello los inmigrantes las están abandonando.

Por ejemplo, el consumo de las hojas de coca (13%), y otras hierbas también están siendo restringidos para algunos entrevistados. Estas siguen utilizándose, pero de manera “oculta”. Según nuestra interpretación, la situación de vulnerabilidad y desarraigo que experimentan estos migrantes, motiva a muchos a acercarse a la religión evangélica para encontrar soluciones de vida, por ejemplo, porque los “rescata” del alcoholismo y la violencia familiar. De acuerdo a los dichos de los entrevistados, en esta religión hay que evitar los “vicios” como el consumo de alcohol, cigarrillos o el “coqueo”, por lo que estas celebraciones son rechazadas en su totalidad. En este sentido, los discursos de algunos informantes

permiten revelar esta situación, por ejemplo, “ya no creo en los yuyos desde que me entregué a Dios” o “No debo coquear porque es un vicio, pero a veces lo hago” (R.M. 50 años). Dicha situación contextual emergente explicaría, al menos parcialmente, el escaso uso de plantas medicinales y de prácticas de índole religiosas vigente que tan ricamente se encuentran en otros lugares del mundo andino (Cabiesses, 1993; Vandebroek et al., 2004; Macía et al., 2005; Vandebroek et al., 2008; Richeri 2009; Hilgert et al., 2010; Ceuterick et al., 2011; Thomas 2013).

Llamativamente, según la visión de los entrevistados, el repertorio de plantas empleadas actualmente coincide en general con las especies que usaban en sus hogares en Bolivia. El fuerte significado emotivo que implica la continuidad de uso de la herbolaria natal, aunque solo incluya a sus especies más centrales explicaría esta percepción. Además, la mayoría de los recursos vegetales de este núcleo principal de plantas, son cosmopolitas, encontrados en farmacopeas urbanas (Moerman et al., 1999; Richeri, 2009) y posee muy pocas plantas exclusivas de Bolivia. Sólo tres especies fueron trasladadas desde regiones bolivianas debido a que en Jujuy no pueden ser cultivadas o no han sido encontradas en cercanía a sus hogares ni en los mercados regionales. Son los casos de *Clinopodium af. gillesii*, “muña” empleada para dolores de estómago y empachos, *Malva* sp., “malva” utilizada para los resfríos y *Schinus* sp., “molle” para los dolores de estómago y dolores de cabeza. Si bien estas plantas son muy difundidas en el NOA, los migrantes relevados no parecen tener acceso a ellas, mostrando limitaciones particulares para la colecta en el campo, ciertamente paradójicas. Además, la caracterización de estas tres especies por parte de los entrevistados resultó insuficiente para precisar su identidad taxonómica; por ello se presume que puede tratarse de especies diferentes a las locales.

Dolencias tratadas con plantas

Como se anticipó en la metodología se respetaron las categorías étnicas de los entrevistados, por lo que la lista contiene usos que atienden a distintos sentidos a los que les atribuiría la medicina occidental. A continuación, describiremos con más detalle estas consideraciones:

Los 45 usos medicinales asignados a las plantas (Tabla N° 1 y Figura N° 5) están en su mayoría relacionados a dolencias corporales

específicas. Del total de registros de usos de las especies vegetales, la mayoría de las plantas son empleadas para la categoría “dolores de estómago” (18%) que incluyen síntomas referidos a malestar, dolores, empachos, infecciones e hinchazón. Estos resultados coinciden con otros trabajos realizados en contextos urbanos (Pochettino et al., 2008; Cuassolo, 2009) y en lo que respecta a la comunidad boliviana inmigrante de la ciudad de Puerto Madryn (Richeri et al., 2010). Las dolencias gastrointestinales están asociadas mayormente a la ingesta de grasas y carnes en la dieta. Aunque la dieta no fue analizada en profundidad en esta investigación, la alimentación en los migrantes bolivianos entrevistados, está basada principalmente en comidas con altos contenido de carbohidratos y frituras, típicas de áreas urbanas presentes en muchas familias con bajos recursos económicos, que adoptan alimentos occidentales debido a la conveniencia, el costo, y otros factores asociados con los cambios de estilo de vida (Himmelgreen et al., 2014).

En el siguiente orden de importancia, se distinguió el uso frecuente de diferentes plantas que les “hace bien” (12,4%), en general suministradas como “té o mate cocido” (sin el agregado de azúcar). Estas plantas estarían cumpliendo el rol de “adaptógenos” utilizadas en situaciones de stress que acarrear los procesos migratorios y porque les proporcionan un bienestar general del cuerpo. Esta categoría se vincula al bienestar general de la persona y atiende a una necesidad de conseguir alivio a través de una infusión caliente. Según Atxotegui (2000), los migrantes son el grupo que más atraviesan situaciones de stress, vulnerabilidad y desarraigo, y como en este caso, las plantas ofrecerían un paliativo para poder sobrellevar situaciones adversas de su vida cotidiana.

Según Arenas et al. (2011) y Lewis y Elvin-Lewis (2003) los “adaptógenos” pueden ser asociados al concepto de “panaceas” y “tónicos” como remedios universales, que lo curan todo. Otras definiciones, como la de Hurrell et al. (2013) refieren al término “adaptógenas” como aquellas sustancias que favorecen la respuesta del organismo frente a situaciones de estrés, incrementan la resistencia, promueven cambios fisiológicos pequeños, estimulan mecanismos de defensa generalizados y carecen de toxicidad, entre otras características. Por otra parte, Cristina (2015) ofrece una visión complementaria al respecto señalando que son aquellas plantas empleadas por la gente, en forma de té o mate con el

propósito de “sentirse bien”, es decir, son generadoras de sensación de bienestar general.

Sin embargo, según la bibliografía consultada sobre plantas adaptógenas, solo dos especies coinciden con las relevadas en esta comunidad migrante: *Matricaria chamomilla* y *Melissa officinalis* (Hurrell et al., 2013). Teniendo en cuenta que los autores se basaron en investigaciones sobre plantas comercializadas en segmentos inmigrantes que viven en grandes ciudades como Buenos Aires y La Plata, ponen en relieve la utilización de esta categoría como argumentos de venta, que fomentan a una mayor demanda de la población en el circuito comercial general (dietéticas) sobre el consumo de especies. Ejemplo de estas plantas son: *Lepidium meyenii*, “maca”, *Panax ginseng*, “ginsen”, *Petiveria alliacea*, “pipi” (Hurrell et al., 2013; Cristina, 2015). Se trata de especies que no integran el conjunto de plantas abordadas en el presente trabajo justamente porque en nuestro caso la mayoría proviene de la recolección de los alrededores o del cultivo en el hogar y pocas son adquiridas en el comercio. En este estudio, se visualiza una riqueza de especies destinadas a generar un bienestar general en el cuerpo o para sobrellevar situaciones difíciles, claramente diferenciables respecto a las que son conocidas ampliamente mediante la comercialización y difundidos sus usos a través de los medios masivos de comunicación.

La categoría “fiebre” (9,7%) incluye solamente una temperatura corporal elevada o provocado por alguna otra dolencia, por ejemplo, diarrea, tos excesiva, gripe, o alguna infección. Esta categoría es seguida de “tos” (5,2%) que puede ser acompañada por algún otro dolor o por resfríos y enfriamientos (Figura N° 5). Estos síntomas de “fiebre” y “tos” ocurren con mayor frecuencia en los niños, es por ello que se ubican entre las primeras dolencias, ocupando 4° y 5° lugar. Su importancia en la farmacia casera está relacionado a la actitud de las madres de recurrir a las “hierbas” como primera opción para luego acercarse al centro de salud, si los síntomas continúan.

Un análisis integral de las categorías más citadas, como plantas contra el “dolor de “estómago”, plantas que “hacen bien”, como también contra la “fiebre” y la “tos”, como también las que siguen en orden en importancia en la Figura N° 5, podría señalarnos que son el resultado de un estado de vulnerabilidad marcado, en donde las causales físicas o infecciosas poco pueden ser diferenciadas de las

originadas por el stress y la incertidumbre. Todas ellas reflejan y conllevan una mirada integral acerca de la salud, es decir que no solo contempla dolencias en el plano material, sino que incluye también desequilibrios en el plano emocional, psíquico y ambiental. Es por ello que también se revela la frecuencia de síndromes culturales como, por ejemplo, el “susto”, el “mal aire”, “aicadura”, todas características de la medicina tradicional andina (Cabieses, 1993; Blaisdell y Vindal Ødegaard, 2014). Estos desequilibrios obran tanto en las personas, en la familia (por ejemplo, los niños), en el hogar y/o en la comunidad (Idoyaga Molina, 2001) y operarían como emergentes de su proceso de migración en la ciudad de Jujuy.

Formas de obtención del recurso medicinal en diferentes sitios de aprovisionamiento

Los recursos herbolarios se obtienen significativamente más de sus “casas y alrededores” (46%), como por ejemplo *Aloe* sp., *Aloysia citrodora*, *M. chamomilla*, *Plantago major*, *R. chalepensis*; le sigue el “comercio” (23%), donde las especies más comunes son *E. coca* y *Rosmarinus officinalis*; luego el “campo” (15%) cuyas especies representativas suelen ser *Vachellia aroma*, *E. giganteum*, *Eucaliptus* sp; la “huerta” (15%) siendo *Cymbopogon citratus*, *Mentha* af. *rotundifolia* las plantas más usadas de este lugar y por último el traslado desde regiones bolivianas (2%) con sólo tres especies *C. af. gillesii*, *Allium sativum* y *Malva* sp. (Test de Friedman, $p < 0,05$). La “casa y alrededores” como espacio de abastecimiento de plantas ha sido citado por numerosa bibliografía tanto en comunidades urbanas como rurales (Richeri et al. 2010, Molares y Ladio, 2009, Molares y Ladio, 2012). Los ambientes “campo” y “huerta” presentan importancia semejante en este estudio de caso, pero es significativamente menor a la anterior. Sin dudas, el tiempo empleado en la jornada laboral para los migrantes supera las horas que podrían destinarse para recorrer mayores distancias para adquirir las plantas de otros sectores o cultivar la tierra para obtener medicinas. Otros motivos por los cuales no se colectan tantas especies en el campo, según la visión de algunos entrevistados, tiene que ver con la deforestación que poco a poco fue sufriendo el lugar a partir de la instalación de las ladrilleras y el posterior y consiguiente incremento de la densidad poblacional del lugar. Por ejemplo, *V. aroma*, especie que combinaba su utilización medicinal y como leña, ha

experimentado reducción de su uso leñatero siendo reemplazada por otras especies que se adquieren a través de la compra o restos de maderas que consiguen de otros lugares. Además, en el caso de la “huerta”, algunas viviendas carecen del espacio suficiente para su construcción. Las familias expresan el deseo de generar ese espacio, pero por cuestiones de tiempo todavía no fue posible su concreción. Sin embargo, es un ambiente añorado por los migrantes y junto a “casa y alrededores” permiten recrear su “farmacia casera” dentro del ámbito doméstico, facilitando en los bolivianos la autogestión de su herbolaria.

Por otro lado, comparando el lugar de obtención de los recursos según el origen biogeográfico, los resultados arrojan que la frecuencia de citas de plantas obtenidas de “casa y alrededores”, “comercio” y “huerta” son mayoritariamente de origen exótico mientras que en el “campo” se obtienen la mayor cantidad de especies nativas ($\chi^2 = 8,36$; $p = 0,004$). Según Richeri *et al.* (2013b), la adición de plantas exóticas enriquece y complementa el repertorio de especies medicinales nativas, construyendo una herbolaria mucho más redundante, versátil y rica.

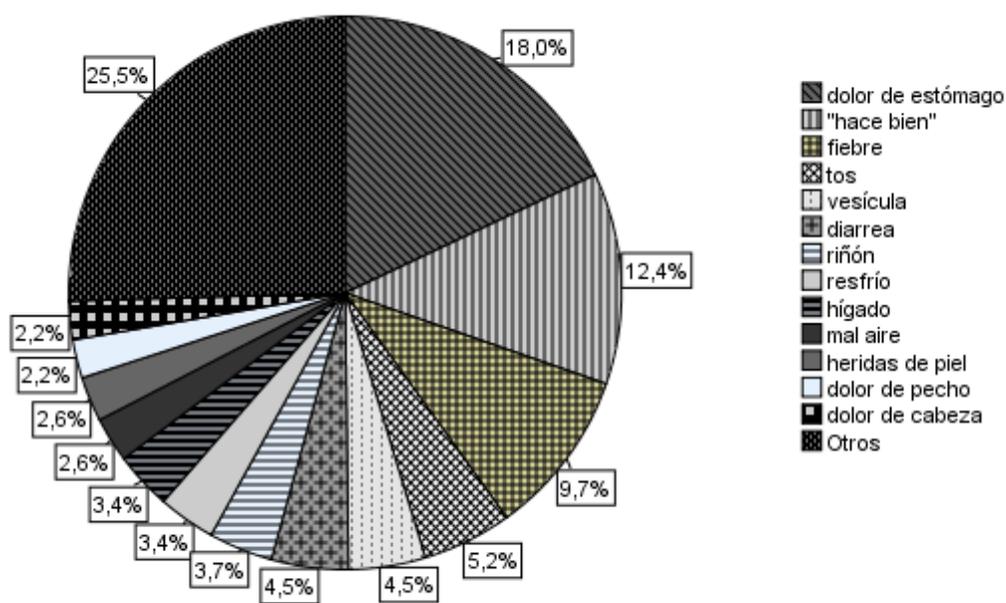


Figura N° 5

Usos más importantes tratadas con plantas medicinales: “dolor de estómago” (18%), “hace bien” (12,4%), “fiebre” (9,7%), tos (5,2%). En la agrupación “otras” se incluye a las 30 dolencias que tuvieron menos del 2% de representatividad.

Estos resultados coinciden con otros trabajos donde los ambientes cercanos al hogar como ser huerta, jardines, patio, constituyen espacios de mayor cultivo de especies exóticas, donde se comparte el cultivo con plantas de uso ornamental, comestible, de protección del hogar y medicinales (Capparelli *et al.*, 2011; Kujawska y Santayana, 2015; Trillo, 2016). Por ejemplo, en algunas familias de la comunidad boliviana estudiada se observa en las huertas especies comestibles provenientes de semillas que reparte el INTA (Instituto Nacional de Tecnología de los

Alimentos), en algunos casos cultivo de semillas traídas desde Bolivia (ej. *Triticum* sp. “trigo”). Para fines medicinales y ornamentales, las familias normalmente compran plantines (ej. *R. chalepensis* “ruda”, *R. officinalis* “romero”, *Ocimum basilicum* “albahaca”) o semillas de los mercados o aprovechan aquellas especies naturalizadas que crecen espontáneamente y son toleradas en el lugar (ej. *M. chamomilla* “manzanilla”, *P. major* “llantén”, *S. sisymbriifolium* “kjana”, *D. ambrosioides* “paico”)

Tanto “casas y alrededores”, “huertas” y

hasta los ambientes silvestres del “campo” desde la visión etnobotánica son espacios fundamentalmente contruidos por la acción de los pobladores, por ende, son paisajes culturales. Trabajos como los de Capparelli *et al.* (2011), Ladio (2011) y Trillo (2016) mencionan a los “paisajes culturales” como sistemas ecológicos-culturales que reflejan cosmovisiones acerca del ambiente y las prácticas humanas de manejo que intervienen. En este caso, los migrantes bolivianos estarían recreando su paisaje en un nuevo contexto según sus necesidades, para proveerse de salud.

Cognición y procesos de trasmisión:

El repertorio de plantas empleadas procede, según los informantes, en su totalidad (100%) de los conocimientos que forman parte de la riqueza cultural de sus sitios de origen y que han migrado. Del total, solo 3 informantes complementan los saberes heredados con conocimientos que fueron compartidos por sus vecinos. Los testimonios indican que ellos aprendieron de sus padres y abuelos, y que solían curarse “allá” en el campo (haciendo referencia a Bolivia) solo con “yuyos”, “*allá solo nos curaban con yuyos, no había médicos, aquí por lo menos tenemos algo*” (G. 29 años). Por otra parte, los entrevistados no nombraron a médicos tradicionales, curanderos/as o especialistas locales del barrio dedicados a sanar a las personas, como si ocurre en Madryn (Richeri, 2009). Tampoco se identificó a especialistas de la medicina andina en el barrio, los cuales sí están presentes en distintas regiones de Bolivia (Cabieses, 1993; Macía *et al.*, 2005; Vandebroek *et al.*, 2008). Seguramente, esta falta de reconocimiento de médicos tradicionales está vinculada con la presencia de la religión evangélica que sólo concibe la existencia de Dios y prohíbe la creencia de otros simbolismos o rituales, inhibiendo su consulta por parte de los migrantes. Pocos informantes consultaron por curanderos en algún momento de sus vidas (8%) o conocían de enfermedades que sólo eran tratadas con estos especialistas como los casos del “susto” o “aicadura”. Algunos entrevistados reconocieron la presencia de personas en el barrio con amplios conocimientos sobre las plantas, pero sin llegar a ser curanderos o médicos tradicionales. A través de estas personas, suelen complementar y/o reafirmar su saber consultando por algunas especies y sus usos, pero no es lo más frecuente.

Las entrevistas revelan procesos de cognición

que resaltan una transmisión del conocimiento principalmente vertical, de características “conservadoras”, con poca presencia de nuevos aprendizajes y vías de trasmisión. Sin embargo, se ha señalado por parte de algunos entrevistado a la televisión como fuente de información de plantas que eran desconocidas. También reconocen a las señoras vendedoras de los mercados como conocedoras de una mayor cantidad de hierbas medicinales y de usos, cuyos saberes no han sido puestos en prácticas hasta el momento. A pesar que hay autores que refieren que aquellos grupos que viven en situaciones de vulnerabilidad activan mecanismos de cognición dónde la transmisión horizontal (entre vecinos), es tan importante como la vertical (Soldati, 2013) en este estudio no fue posible evidenciarlo claramente hasta el momento.

Importancia cultural y versatilidad:

Las especies de mayor consenso de la comunidad boliviana están representadas por *M. chamomilla*, “manzanilla” (62%), le siguen *R. chalepensis*, “ruda” (50%), *Aloe* sp., “aloe” (46%), *P. major*, “llantén” 42%, *M. af. rotundifolia*, “yerba buena” y *D. ambrosioides*, “paico” (38%) (Tabla N° 1). Estas especies, a excepción de la “ruda”, *R. chalepensis*, son de amplio uso y consensuadas en la mayoría de las farmacopeas mundiales (Moerman *et al.*, 1999); se trata de especies de crecimiento espontáneo frecuentemente visibles en jardines, huertas y baldíos.

La “ruda”, *R. chalepensis*, adquiere importancia cultural combinada dado su uso medicinal, simbólico y de protección para el hogar en el noroeste argentino, en comunidades bolivianas del sur de Argentina y también en Bolivia (Vandebroek *et al.*, 2004; Macía *et al.*, 2005; Hurrell *et al.*, 2011; Acosta *et al.*, 2015), destacando su presencia principalmente en jardines o ingresos de las viviendas para espantar las “malas ondas”, contra la “envidia” o para el “mal aire”, y en el caso del noroeste argentino es importante el “té de ruda” que se bebe en ayunas para el festejo del día de la Pachamama en el mes de Agosto.

Por otra parte, aquellas plantas que cubren un amplio espectro de dolencias no son las más usadas según los resultados de este estudio (Correlación de Spearman, $n = 89$, $p > 0.05$), diferente a lo encontrado en otros trabajos (Albuquerque *et al.*, 2009; Acosta, 2013; Ferreira Junior *et al.*, 2013; Richeri *et al.*, 2013a; Abreu *et al.*, 2015; Santoro *et al.*, 2015). Las especies más utilizadas y compartidas

por la comunidad no presentan muchos usos lo que podría indicar que estas plantas estarían actuando como recursos principales para tratar dolencias específicas.

CONCLUSIONES

Este trabajo contribuye a visibilizar las estrategias de autogestión referentes a la herbolaria de los migrantes bolivianos de San Salvador de Jujuy, aportando datos empíricos para mejorar la atención primaria de su salud familiar. En este contexto de estudio, y en concordancia con Ceuterick y Vanderbroek, (2017), el uso de la medicina herbolaria tradicional fortalece la identidad del grupo, pero también permite al grupo migrante sobrellevar situaciones de incertezas y vulnerabilidad que se vivencian en el nuevo lugar de destino.

En la ciudad de Jujuy los migrantes utilizan principalmente a las plantas que rodean a sus hogares, entorno que fue construido a la medida y a la manera de sus posibilidades. Han volcado los principales saberes heredados de sus padres y abuelos en el nuevo ámbito, plantas con propiedades adaptógenas que les ayuda a paliar su sufrimiento y sobrellevar los problemas de salud asociados a la pobreza, el desarraigo, la tristeza y discriminación. En este sentido, a pesar de la aparente facilidad en el acceso a los centros de salud u hospitales, las condiciones de precariedad que algunas familias bolivianas padecen en sus asentamientos, y la discriminación sufrida por el sólo hecho de “ser extranjero” los expone a sufrimientos muy profundos. Es por ello que confiamos que esta investigación pueda ser útil para que las instituciones locales accionen programas con una visión integral y multicultural que favorezca el respeto de los derechos de estos grupos. Este trabajo puede ser el estímulo para la generación de actividades en conjunto con la comunidad y contribuir en la ampliación de huertos familiares, incorporar talleres de intercambio de saberes y fomentar el desarrollo de una feria local del barrio. Por otra parte, la importancia de estudios etnobotánicos en sectores de comunidades migrantes de grandes ciudades, en general “olvidadas” y desconsideradas, proporciona “visibilidad” a estos grupos, información que puede ser transferida en acciones que ayuden a reconocer las dolencias emergentes de los migrantes, como aquellas de índole espiritual y emocional, y promocionar el uso de plantas medicinales que provengan de su herbolaria tradicional. Siguiendo a Medeiros *et al.* (2016),

articular ambos sistemas médicos, el tradicional y el biomédico, puede favorecer a una mejor integración de estos habitantes con el resto de la población urbana. Este debería ser el rumbo del camino a seguir que posibilite sobrellevar los profundos cambios globales que en materia de salud vivencian las ciudades del mundo, que se amplía de modo constante en virtud de la creciente inmigración tanto interna como externa que experimenta el mundo actual por conflictos cuyas soluciones aún se hacen esperar.

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer principalmente a cada uno de los entrevistados por su buena predisposición, al personal del CAPS por su amabilidad y ayuda para que se pueda llevar a cabo la investigación. Agradecemos especialmente a los revisores de este trabajo que han mejorado el artículo. A la Lic. Magali V. Méndez por su colaboración con la edición del mapa de Jujuy. A la Cátedra de Botánica Sistemática y Fitogeografía, Laboratorio de Botánica Sistemática y Etnobotánica (FCA-UNJu) y al INECO (UNJu-CONICET).

REFERENCIAS

- Abreu D, Santoro FR, Albuquerque UP, Ladio AH, Medeiros P. 2015. Medicinal plant knowledge in a context of cultural pluralism: a case study in Northeastern Brazil. **J Ethnopharmacol** 175: 124 - 130.
- Acosta ME. 2013. **Etnobotánica de plantas nativas y exóticas comercializadas en la ciudad de S. S. de Jujuy, Jujuy, Argentina**. Tesis de grado. Facultad de Ciencias Agrarias. Universidad Nacional de Jujuy. Jujuy, Argentina.
- Acosta ME, Vignale ND, Ladio AH. 2013. Uso y comercialización de especies medicinales en la ciudad de San Salvador de Jujuy. **Agraria** 7: 74 - 81.
- Acosta ME, Vignale ND, Ladio AH. 2015. ¿Qué saben sobre plantas empleadas en medicina tradicional los niños de una escuela primaria de S. S. de Jujuy, Argentina? **GAIA Scientia** 9: 90 - 104.
- Albuquerque UP, Araújo TA, Ramos MA, Nascimento VT, Lucena RF, Monteiro JM, Alencar NL, Araújo EL. 2009. How ethnobotany can aid biodiversity conservation: reflections on investigations in

- the semi-arid region of NE Brazil. **Biodivers Conserv** 18: 127 - 150.
- Albuquerque UP, Monteiro JM, Ramos MA, Cavalcanti de Amorin, Nóbrega RR. 2010. **A pesquisa etnobiológica em mercados e feiras livres**. In *Métodos e Técnicas na Pesquisa Etnobiológica e Etnoecológica*, Albuquerque UP, Lucena RFP, Cunha LVFC, Falta Editorial, Ciudad y País.
- Arenas PM, Cristina I, Puentes JP, Costantino FB, Hurrell J, Pochettino ML. 2011. **Adaptógenos: Plantas medicinales tradicionales comercializadas como suplementos dietéticos en la conurbación Buenos Aires-La Plata (Argentina)**. **Blonplandia** 20: 251 - 264.
- Atxotegui J. 2000. **Los duelos de la migración: una aproximación psicopatológica y psicosocial**. En: *Medicina y Cultura. Estudios entre la Antropología y la Medicina*, Perdiguero E, Comelles J. (Ed). Bellaterra, Barcelona, España.
- Bergesio L, Golovanesvsky L, Marcoleri ME. 2009. **Construcción social de la ciudad: San Salvador de Jujuy desde el barrio Alto Comedero**. Editorial Universidad Nacional de Jujuy. San Salvador de Jujuy, Argentina.
- Blaisdell A, Vindal Ødegaard C. 2014. **Losing fat, gaining treatments: the use of biomedicine as a cure for folk illnesses in the Andes**. **J Ethnobiol Ethnomed** 10: 1 - 16.
- Cabieses F. 1993. **Apuntes de medicina tradicional. La racionalización de lo irracional**. Convenio Hipólito UNANUE Lima, Perú.
- Cabrera AL. 1976. **Regiones fitogeográficas Argentinas**, en *Enciclopedia Argentina de Agricultura y Jardinería*, 2° ed., T II, Fasc. 1. Acme. Buenos Aires, Argentina.
- Caggiano S. 2001. **¿Bolivianos? en dos ciudades ¿Argentinas? Entidades sociales en procesos migratorios contemporáneos**. Informe final del concurso: Culturas e identidades en América Latina y el Caribe. En: *Programa Regional de Becas CLACSO*, Buenos Aires, Argentina.
- Capparelli A, Hilgert N, Ladio A, Lema VS, Llano C, Pochettino ML. 2011. **Paisajes culturales de Argentina: Pasado y presente desde las perspectivas etnobotánica y paleoetnobotánica**. **Rev Asoc Arg Ecol Paisajes** 2: 67 - 79.
- Ceuterick M, Vandebroek I. 2017. **Identity in a medicine cabinet: Discursive positions of andean migrants towards their use of herbal remedies in the United Kingdom**. **Social Science & Medicine** 177: 43 - 55.
- Ceuterick M., Vandebroek I., Torry B, Pieroni A. 2008. **Cross-cultural adaptation in urban ethnobotany: The Colombian folk pharmacopoeia in London**. **J Ethnopharmacol** 120: 342 - 359.
- Ceuterick M, Vandebroek I, Pieroni A. 2011. **Resilience of Andean urban ethnobotanies: A comparison of medicinal plant use among Bolivian and Peruvian migrants in the United Kingdom and in their countries of origin**. **J Ethnopharmacol** 136: 27 - 54.
- Crisorio C. 2013. **Bolivianos en la argentina: altibajos de una historia común**. **Projeto História** 47: 193 - 224.
- Cristina I. 2015. **Caracterización botánica y etnobotánica de las plantas empleadas como adaptógenos en algunas áreas urbanas de argentina**. Tesis Doctoral, Facultad de Ciencias Naturales y Museo. Universidad Nacional de La Plata, La Plata, Argentina.
- Cuassolo F. 2009. **Estudio etnobotánico de las plantas medicinales nativas y exóticas comercializadas en la ciudad de Bariloche (Patagonia, Argentina)**. Tesis Doctoral, Universidad Nacional del Comahue. Centro Regional Universitario Bariloche, Bariloche, Argentina.
- Cuassolo F, Ladio AH, Ezcurra C. 2010. **Aspectos de la comercialización y control de calidad de las plantas medicinales más vendidas en una comunidad urbana del NO de la Patagonia Argentina**. **Bol Latinoam Caribe Plant Med Aromat** 9: 166 - 176.
- Fernández EC, Sandi YE, Kokoska L. 2003. **Ethnobotanical inventory of medicinal plants used in the Bustillo Province of the Potosi Department, Bolivia**. **Fitoterapia** 74: 407 - 416.
- Ferreira Junior WF, Santoro FR, Nascimento AB, Ladio AH, Albuquerque UP. 2013. **The role of individuals in the resilience of local medical systems based on the use of medicinal plants - a hypothesis**. **Ethnobiol Conserv** 2:1.
- Guber R. 2001. **La etnografía: método, campo y reflexividad**. Editorial Norma. Buenos Aires,

- Argentina.
- Guerrero B. 2016. Medicina andina y medicina pentecostal en los Aymaras del norte grande de Chile: del Yatiri al Pastor Chungara. **Rev Antropol Chil** 27: 90 - 128.
- Guzmán JA. 2006. Una festividad religiosa como signo de identidad, migrantes bolivianos en Jujuy. **Cuadernos de La Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales** 31: 53 - 66.
- Hernández M., Arambarri A. 2011. Recursos fitoterapéuticos y comportamiento poblacional en dos sectores de la ribera rioplatense de Berisso, Buenos Aires, Argentina. **Work** 20: 137 - 148.
- Hilgert NI. 2009. **La salud en las yungas. ¿Cuáles son los principales problemas según la medicina tradicional y la formal?** En: Avances sobre plantas medicinales andinas. CITED. San Salvador de Jujuy. Jujuy, Argentina.
- Hilgert NI, Huiguera ML, Kristensen MJ. 2010. La medicina herbolaria en el contexto urbano. Estudio de caso en un barrio de la ciudad de Tandil, Argentina. **Bol Latinoam Caribe Plant Med Aromat** 9: 177 - 190.
- Himmelgreen DA, Cantor A, Arias S, Romero Daza N. 2014. Using a biocultural approach to examine migration/globalization, diet quality, and energy balance. **Physiology & Behavior** 134: 76 - 85.
- Höft M, Barik SK, Lykke AM. 1999. Applications of multivariate and statistical analyses in ethnobotany. **People and plants working paper**. 6: 1 - 45.
- Hurrell JA. 2014. Urban Ethnobotany in Argentina: Theoretical advances and methodological strategies. **Ethnobiol Conserv** 3: 1 - 15.
- Hurrell JA, Ulibarri EA, Arenas PM, Pochettino ML. 2011. **Plantas de herboristería: plantas que se comercializan en herboristerías de la Ciudad de Buenos Aires**. Editorial L.O.L.A, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
- Hurrell JA, Pochettino ML, Puentes JP, Arenas PM. 2013. Del marco tradicional al escenario urbano: Plantas ancestrales devenidas suplementos dietéticos en la conurbación. **Bol Latinoam Caribe Plant Med Aromat** 12: 499 - 515. Hurrell JA, Puentes JP, Arenas PM. 2015. Medicinal plants with cholesterol-lowering effect marketed in the Buenos Aires-La Plata conurbation, Argentina: An Urban Ethnobotany study. **Ethnobiol Conserv** 4: 1 - 19.
- ISE, 2006. (International Society of Ethnobiology). International Society of Ethnobiology Code of Ethics (with 2008 additions). [Http://ethnobiology.net/code-of-ethics](http://ethnobiology.net/code-of-ethics)
- Idoyaga Molina A. 2000. Etiologías, síntomas y eficacia terapéutica: El proceso diagnóstico de la enfermedad en el Noroeste argentino y Cuyo. **Mitológicas** 16: 9 - 43.
- Idoyaga Molina A. 2001. Lo sagrado en las terapias de las medicinas tradicionales del NOA y Cuyo. **Scrip Ethnol** 23: 9 - 75.
- INDEC. 2018. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Argentina. <http://www.indec.gov.ar>
- Jerez O. 2009. **Azúcar, migración e identidad. Procesos de urbanización en la frontera boliviano-argentina**. San Salvador de Jujuy. Jujuy, Argentina.
- Justo-Chipana M, Moraes M. 2015. Plantas medicinales comercializadas por las chifleras de La Paz y El Alto (Bolivia). **Ecología en Bolivia** 50: 66 - 90.
- Karasik GA. 2010. **Marcas bolivianas y jujeñas en la cultura. Reflexiones sobre la presencia boliviana en Jujuy**. En XXIV Reunión anual de Etnología – RAE, La Paz, Bolivia.
- Kujawska M, Pardo-de-Santayana M. 2015. Management of medicinally useful plants by European migrants in South America. **J Ethnopharmacol** 172: 347 - 355.
- Ladio AH. 2011. Traditional Knowledge of Edible Wild Native and Exotic Plants in the Context of Cultural Change in Human Populations of Arid Patagonia. **Bioremediation, Biodiversity and Bioavailability** 5: 60 - 64.
- Ladio A, Lozada M. 2008. **Medicinal plant knowledge in rural communities of north-western Patagonia, Argentina. A resilient practice beyond acculturation**. In: Albuquerque U. (Ed.), Current Topics in Ethnobotany. Research Signpost, India.
- Ladio AH, Albuquerque UP. 2014. The concept of hybridization and its contribution to urbanethnobiology. **Ethnobiol Conserv** 2: 1 - 9.
- Leitão F, Leitão SG, Fonseca-Kruel VS, Da Silva IM, Martins K. 2014. Medicinal plants traded in the open-air markets in the State of Rio de

- Janeiro, Brazil: an overview on their botanical diversity and toxicological potential. **Rev Bras Farmacogn** 24: 225 - 247.
- Lewis WH, Elvin-Lewis MP. 2003. **Medical botany. Plants affecting human health**. Ed. Wiley & Sons, Hoboken, USA.
- Lupo LC, Echenique MR. 1997. Etnobotánica en la comunidad puneña de Yavi, Jujuy, Argentina. Parte I. **Parodiana** 10: 19 - 34.
- Macía JM, García E, Vidaurre JP. 2005. Anethnobotanical survey of medicinal plants commercialized in the markets of La Paz and El Alto, Bolivia. **J Ethnopharmacol** 97: 337 - 350.
- Martin G. 2001. **Etnobotánica. Manuales de conservación** Serie "Plantas y gente". WWF-UNESCO. Edic. Nordan-Comunidad, Montevideo, Uruguay.
- Mathez-Stiefel SL, Vandebroek I. 2012. Distribution and transmission of medicinal plant knowledge in the Andean highlands: A case study from Peru and Bolivia. **Evid Based Complement Altern Med** 1 - 18. Doi: 10.1155/2012/959285
- Medeiros PM, De Soldati GT, Alencar NL, Vandebroek I, Pieroni A, Hanazaki N, Albuquerque UP. 2012. The use of medicinal plants by migrant people: adaptation, maintenance, and replacement. **Evid Based Complement Altern Med** Article ID 807452, 11 pages. Doi:10.1155/2012/807452.
- Medeiros PM, Ladio AH, Albuquerque UP. 2013. Patterns of medicinal plant use by inhabitants of Brazilian urban and rural areas: A macroscale investigation based on available literature. **J Ethnopharmacol** 150: 729 - 746.
- Medeiros PM, Albuquerque UP, Oliveira Abreu DB, Silva TC, Ferreira Junior WS, Ramos MA, Ladio AH. 2016. What drives the use of natural products for medicinal purposes in the context of cultural pluralism? **Eur J Integ Med** 8: 471 - 477.
- Moerman DE, Pemberton RW, Kiefer D, Berlin B. 1999. A Comparative Analysis of five medicinal floras. **J Ethnobiol** 19: 49 - 67.
- Molares S, Ladio A. 2009. **Plantas medicinales de los Andes Patagónicos: una revisión cuantitativa**. En: Avances sobre plantas medicinales. Vignale ND, Pochettino ML (eds). CITED. San Salvador de Jujuy, Jujuy, Argentina.
- Molares S, Ladio A. 2012. The usefulness of edible and medicinal Fabaceae in Argentine and Chilean Patagonia: Environmental availability and other sources of supply. **Evid Based Complement Altern Med** 2012: 1 - 12.
- Pérez de Nucci A. 2005. **La medicina tradicional del Noroeste Argentino: Historia y presente**. Ediciones del Sol. Buenos Aires, Argentina.
- Pieroni A, Houlihan L, Ansari N, Hussain B, Aslam S. 2007. Medicinal perceptions of vegetables traditionally consumed by South-Asian migrants living in Bradford, Northern England. **J Ethnopharmacol** 113: 100 - 110.
- Pieroni A, Quave CL, Giusti ME, Papp N. 2012. We Are Italians!: The hybrid ethnobotany of a *Venetian diaspora* in Eastern Romania. **Hum Ecol** 40: 435 - 451.
- Pieroni A, Hanazaki N, Begossi A, Zuchiwschi E, Duarte Lacerda E, Miranda T. 2016. Homegardens in a micro-regional scale: contributions to agrobiodiversity conservation in an urban-rural context. **Ethnobiol Conserv** 5:6.
- Pirondo A, Coulleri JP, Keller H, Ferrucci MS. 2011. Influencia de factores externos sobre la comercialización de plantas medicinales en un medio urbano: El caso de vendedores criollos e indígenas en Corrientes, Argentina. **Bol Latinoam Caribe Plant Med Aromat** 10: 553 - 569.
- Pochettino ML, Martínez MR., Itten B, Zucaro M. 1997. El uso de plantas medicinales en la atención primaria de la salud: estudio etnobotánico en una población urbana (La Plata, Buenos Aires, Argentina). **Parodiana** 10: 141 - 152.
- Pochettino ML, Arenas P, Sánchez DS, Correa R. 2008. Conocimiento botánico tradicional, circulación comercial y consumo de plantas medicinales en un área urbana de Argentina. **Bol Latinoam Caribe Plant Med Aromat** 7: 141 - 148.
- Pochettino ML, Puentes JP, Buet-Costantino F, Arenas PM, Ulibarri EA, Hurrell JA. 2012. Functional Foods and Nutraceuticals in a Market of Bolivian Immigrants in Buenos

- Aires (Argentina). **Evid Based Complement Alternat Med** 2012.
- Puentes JP, Hurrell J. 2015. Plantas andinas y sus productos comercializados con fines medicinales y alimentarios en el área Metropolitana Buenos Aires-La Plata, Argentina. **Bol Latinoam Caribe Plant Med Aromat** 14: 206 - 236.
- Quiroga R, Meneses L, Bussmann RW. 2012. Medicinal ethnobotany in Huacareta (Chuquisaca, Bolivia). **J Ethnobiol Ethnomed** 8: 29.
- Regalsky P. 1993. **Comunidad Andina: subjetividad y salud**. En: Los Jampiris de Raqaypampa. (ed) Alba JJ, Tarifa L y Jampiris de Raqaypampa. Cenda. Cochabamba. Bolivia.
- Richeri M. 2009. **El uso de las plantas medicinales en la comunidad boliviana de Puerto Madryn**. Unidad Jardín Botánico de la Patagonia Extraandina (Cenpat- CONICET). Chubut. Sede Puerto Madryn, Argentina.
- Richeri M, Beeskow A, Ladio A. 2010. **Las plantas y la salud en la comunidad boliviana de Puerto Madryn (Argentina)**. In: Pochettino ML, Ladio AH, Arenas PM (eds) Ediciones y Transformaciones en Etnobotánica. CYTED, San Salvador de Jujuy, Argentina.
- Richeri M, Ladio AH, Beeskow AM. 2013a. Conocimiento tradicional y autosuficiencia: La herbolaria rural en la meseta central del Chubut (Argentina). **Bol Latinoam Caribe Plant Med Aromat** 12: 44 - 58.
- Richeri M, Cardoso MB, Ladio AH. 2013b. Soluciones locales y flexibilidad en el conocimiento ecológico tradicional frente a procesos de cambio ambiental: estudios de caso en Patagonia. **Ecol Austral** 23: 184 - 193.
- Romney AK, Weller SC, Batchelder WH. 1986. Culture as consensus: a theory of culture and informant accuracy. **Am Anthropol** 88: 313 - 338.
- Sadir MF. 2009. Interacciones entre bolivianos y jujeños en espacios fronterizos: disposiciones estéticas y “fiestas bolivianas” en San Salvador de Jujuy. **Prácticas de Oficio. Investigación Y Reflexión En Ciencias Sociales** 5: 1 - 11.
- Santoro FR, Ferreira Junior WS, De Araujo TA, Ladio AH, Albuquerque UP. 2015. Does plant species richness guarantee the resilience of local medical systems? A perspective from utilitarian redundancy. **PLoS ONE** 10: 1 - 18.
- Scarpa GF. 2009. Etnobotánica médica de los indígenas Chorote y su comparación con la de los criollos del Chaco Semiárido (Argentina). **Darwiniana** 47: 92 - 107.
- Soldati G. 2013. **Produção, transmissão e estrutura do conhecimento tradicional sobre plantas medicinais em três grupos sociais distintos: uma abordagem evolutiva**. Universidade Federal Rural de Pernambuco. Programa de Pós Graduação em Botânica. Brasil.
- Thomas E. 2013. Continuity and change in cultural adaptation to mountain environments. **Human Ecol Adapt** 7: 275 - 301.
- Trillo C. 2016. Prácticas tradicionales de manejo de recursos vegetales en unidades de paisajes culturales del oeste de la provincia de Córdoba, Argentina. **Zonas Áridas** 16: 86 - 111.
- Vandebroek I, Calewaert JB, De Jonckheere S, Sanca S, Semo L, Van Damme P, Van Puyvelde L, De Kimpe N. 2004. Use of medicinal plants and pharmaceuticals by indigenous communities in the Bolivian Andes and Amazon. **Bull World Health Organ** 82: 243 - 250.
- Vandebroek I, Thomas E, Sanca S, Van Damme P, Van Puyvelde L, De Kimpe N. 2008. Comparison of health conditions treated with traditional and biomedical health care in a Quechua community in rural Bolivia. **J Ethnobiol Ethnomed** 4: 1.
- Vidaurre PJ. 2006. **Plantas Medicinales de los Andes de Bolivia**. Botánica Económica de los Andes Centrales. Universidad Mayor de San Andrés, La Paz, Bolivia.
- Vignale ND. 2002. **Los estudios etnobotánicos en el NOA**. En: Amat A. (ed.) Farmacobotánica y Farmacognosia en Argentina 1980-1998. Edic. Científicas Americanas, Buenos Aires, Argentina.
- Vignale ND, Pochettino ML (eds). 2009. **Avances sobre plantas medicinales andinas**. CITED. San Salvador de Jujuy, Jujuy, Argentina.
- Waldstein A. 2006. Mexican migrant ethnopharmacology: Pharmacopoeia, classification of medicines and explanations of efficacy. **J Ethnopharmacol** 108: 299 - 310.