

artículo de Investigación

Respuestas comunitarias mediante productos vegetales ante problemas auditivos en población afrocolombiana rural superviviente de artefacto explosivo improvisado¹

research paper

A Rural Afro-Colombian population's plant-based responses to hearing problems as survivors of an explosive device

Daisy Mariana Moreno Martínez

Universidad Nacional de Colombia

 <https://orcid.org/0000-0003-1753-1230>

Zulma Consuelo Urrego Mendoza

Universidad Nacional de Colombia

 <https://orcid.org/0000-0003-1732-4725>

Carlos Alberto Vásquez Londoño

Universidad Nacional de Colombia

 <https://orcid.org/0000-0002-4216-3444>

Germán Piñeros Cortés

Universidad Nacional de Colombia

 <https://orcid.org/0000-0001-9353-1617>

Recibido: 07/05/2021 | **Aceptado:** 12/11/2021 | **Disponible en línea:** 16/11/2021

Cómo citar: Moreno, D. M., Urrego, Z. C., Vásquez, C. A., y Piñeros, G. (2021). Respuestas comunitarias mediante productos vegetales ante problemas auditivos en población afrocolombiana rural superviviente de artefacto explosivo improvisado. *Jangwa Pana*, 20(3), 476-501. doi: <https://doi.org/10.21676/16574923.4386>

¹ Los autores de este artículo manifestamos no tener conflicto de intereses, somos independientes con respecto a las instituciones financiadoras y de apoyo, y la ejecución de este trabajo o de la redacción del manuscrito se realizó sólo con interés concernientes al ejercicio investigativo.

Correos electrónicos: ² dammorenoma@unal.edu.co ³ zulcurregom@unal.edu.co ⁴ cavasquezl@unal.edu.co
⁵ gpinerosc@unal.edu.co

Resumen: El municipio de Bojayá, Chocó, afronta las secuelas de la detonación de un artefacto explosivo improvisado sobre población civil afrocolombiana durante una masacre del año 2002. Los sobrevivientes reportan problemas físicos escasamente atendidos desde la biomedicina, entre los que sobresalen los problemas auditivos. Los saberes médicos tradicionales han sido desplegados desde los propios recursos comunitarios en busca de alivio, y han disminuido barreras de acceso al disfrute del derecho pleno a la salud en estas personas, habitantes en zonas con escasa infraestructura médica institucionalizada. Este estudio descriptivo se desarrolló con información obtenida en 2018 y 2019, a través de cinco fases sucesivas que combinaron técnicas de investigación cualitativas y cuantitativas: entrevistas estructuradas y valoraciones clínicas individuales, entrevistas libres individuales y conversatorios, observación participante sobre prácticas de herbolaria, verificación con sabedores locales y académicos sobre plantas útiles identificadas en los pasos anteriores, y revisión de literatura publicada sobre el tema. El dolor de oído fue el problema auditivo más frecuente entre los sobrevivientes evaluados; se indagó por las plantas medicinales que la comunidad ha utilizado para su tratamiento. Se reconocieron cuatro plantas para el manejo del dolor de oído en la población abordada: chicoria o siempreviva (*Tripogandra serrulata* (Vahl) Handlos), ajo (*Allium sativum* L.), llantén (*Plantago major* L.), y orégano chocono u oreganón (*Plectranthus amboinicus* (Lour.) Spreng.); Además, se describieron sus modos locales de uso, y se evidenció un mejor acceso a prácticas de salud tradicionales que a servicios de salud institucionales. En conclusión, en contextos rurales afectados por conflictos armados, con pobre acceso a servicios de salud biomédicos institucionalizados, los conocimientos ancestrales en salud proporcionan el alivio de síntomas desatendidos, facilitando el disfrute del derecho a la salud; en una población con frecuentes síntomas auditivos fruto de violencia armada se evidenció a la herbolaria como recurso cultural útil y de fácil acceso empleado para el dolor de oído, en ausencia de otros. Ello debe tenerse en cuenta para el diseño de sistemas integrales de salud, que posibiliten el diálogo entre los saberes médicos ancestrales propios y los biomédicos institucionalizados, en beneficio de los pobladores rurales.

Palabras clave: Salud Rural; Dolor de Oído; Antropología Médica; Medicina Tradicional; Grupo de Ascendencia Continental Africana; Conflictos Armados (fuente: DeCS - Bireme).

Abstract: The municipality of Bojayá, Chocó, faces the aftermath of the detonation of an improvised explosive device on the Afro-Colombian civilian population during the 2002 massacre. Survivors report having physical problems that are poorly cared for by biomedicine, among which hearing problems stand out. Traditional medical knowledge has been deployed from community resources in search of relief and has reduced access barriers to the full enjoyment of the health rights of the people who live in areas with little institutionalized medical infrastructure available for their care. This descriptive study was developed during 2018 and 2019 through five successive phases that combined qualitative and quantitative techniques for the collection and analysis of information: clinical surveys, individual and collective oral interviews, participant observation on herbal practices, verification with local and academic experts on useful plants identified in the previous steps, and a review of published literature on the subject. Earache is the most common hearing problema and the medicinal plants that the community has used for its treatment were identified. Four plants were recognized for the management of earache in the studied population: chicoria or siempreviva (*Tripogandra serrulate* (Vahl) Handlos), ajo (*Allium sativum* L.), llantén (*Plantago major* L.), and orégano chocono or oreganón (*Plectranthus amboinicus* (Lour.) Spreng.); Additionally, it was described how they were used by the locals. In conclusion, in rural contexts that have been affected by armed conflict, with poor access to institutionalized biomedical health services, ancestral health knowledge provides relief from neglected symptoms facilitating the enjoyment of health rights. In a population with frequent hearing symptoms as a result of armed violence, herbalism was evidenced as a useful and easily accessible cultural resource used for earache, in the absence of others. This must be taken into account for the design of comprehensive health systems, which enable dialogue between their own ancestral knowledge and institutionalized biomedical health, for the benefit of rural inhabitants.

Keywords: Rural Health; Earache; Anthropology, Medical; Traditional medicine; African Continental Descent Group; Armed Conflicts (source: DeCS - Bireme).

Introducción

El municipio de Bojayá es un municipio del departamento colombiano del Chocó que está ubicado en la región media de la cuenca del río Atrato. Este lugar, en el que abunda el bosque húmedo tropical (Alcaldía Municipal de Bojayá, 2012), ha sido el hogar ancestral del poblaciones afrocolombianas e indígenas. Es una zona estratégica, situada entre los océanos Pacífico y Atlántico, muy rica en biodiversidad y minerales. Debido a esto último, desde 1997, se convirtió en el epicentro de las disputas entre diversos actores del conflicto armado de Colombia. En el año 2002, el municipio enfrentó una de las masacres recientes más grandes de Colombia, la hoy conocida como *masacre de Bojayá*. En ella, la población civil, que se resguardada dentro de la iglesia del pueblo llamado Bellavista, fue afectada gravemente por la detonación de un artefacto explosivo improvisado (AEI) tipo cilindro-bomba que estalló en la edificación (Londoño *et al.*, 2005; Centro Nacional de Memoria Histórica, 2010). Fallecieron más de 80 personas, muchas otras terminaron lesionadas, miles se desplazaron forzosamente y hubo enormes daños materiales en la zona;. Años después, algunos retornaron para habitar en el Nuevo Bellavista, un poblado reconstruido en un sitio distinto al destruido por el AEI, el nuevo Bellavista. De acuerdo con un informe del 2017, elaborado por el Comité por los Derechos de las Víctimas de Bojayá, de un total de 162 personas sobrevivientes de la masacre, alrededor del 30% referían algún tipo de “problemas auditivos” o “problemas de oídos” como manifestación central de sus afectaciones posteriores a la explosión ocurrida durante la masacre,. A su vez, se menciona que esta comunidad no contaba con el debido diagnóstico ni atención medica específica en salud auditiva (Comité por los Derechos de las Víctimas de Bojayá, 2017).

El Censo Nacional de Población y Vivienda del año 2018, realizado en Colombia por el Departamento Administrativo de Estadística - (DANE) -, asegura que en el departamento de Chocó, habitado por 534.826 personas, el 8.41% de quienes refieren dificultades auditivas están en cabeceras municipales y el 9.59% en centros poblados y áreas rurales dispersas. Para el municipio de Bojayá, se reporta que un 15% de los habitantes padecen estos mismos problemas (22.22% en Bellavista, y 14.52% en otros centros poblados y población rural dispersa). En Quibdó, tales dificultades auditivas son referidas por un 17.50% de las personas (13.64% en la cabecera municipal y 17.80% en otros centros poblados y población rural dispersa) (DANE, 2018). No obstante, no se especifica qué porcentaje de víctimas del conflicto armado ubicadas en tales lugares poseen dificultades auditivas, ni de manera general ni en cuanto a supervivientes a la masacre de Bojayá en particular.

Ha sido documentado por distintos autores que, en áreas rurales colombianas con difícil acceso a biomedicina, o medicina alopática, para el alivio de las afectaciones a la salud más frecuentes, las poblaciones utilizan las plantas medicinales como principal estrategia de cuidado. Los sabedores tradicionales son los agentes a cargo de la herbolaria. No obstante, también se recurre a la búsqueda articulada de atención por parte de otros prestadores de servicios de salud institucionalizados (Gallegos-Zurita, 2016). (Burgos & Moreales, 2010). Las prácticas de herbolaria tradicional por poblaciones étnicas para la atención de sus padecimientos frecuentes han sido descritas como estrategias que fortalecen la autosuficiencia de tales pueblos frente a la sociedad dominante, y ante las condiciones de

escasez que les han sido impuestas mediante procesos coloniales de larga data (Richeri, Ladio & Beeskow, 2013).

En contextos de conflicto armado, la permanencia y transmisión de conocimientos tradicionales de las comunidades afectadas (campesinos, negros e indígenas) pelagra debido al asesinato de sabedores y personas mayores. A estas amenazas se añaden afectaciones consiguientes, como lo son la desestructuración del tejido social, el cambio de vocación de uso de los territorios y los reasentamientos forzados lejos del lugar de origen (Zuluaga-Sánchez & Arango-Vargas, 2013; Chen, 2018).

Las mujeres han desempeñado un rol esencial en la conservación y transmisión de estos saberes (Zuluaga-Sánchez & Arango-Vargas, 2013; Cabrera, 2017; Henríquez-Chacín, 2020; Chávez, Camacho & Ramírez, 2021a).

Para personas y poblaciones supervivientes de artefactos explosivos improvisados en medio del conflicto armado, han sido descritas importantes afectaciones no solamente físicas, sino también psicosociales. El cultivo y uso de plantas medicinales se ha reconocido como fuente de reparación de daños causados, incluyendo aquellos relativos al deterioro de tejido social y la desterritorialización. Tales daños suelen acompañar desde lo colectivo a los daños individuales en la salud y bienestar de las personas víctimas (Henao, 2020). Existen experiencias de trabajo con supervivientes de la masacre de Bojayá, que muestran cómo procesos de recuperación y práctica de los saberes ancestrales herbolarios han contribuido en ese sentido (Orjuela, 2020; Henríquez-Chacín, 2020). Sin embargo, no se hallaron estudios sobre las contribuciones de la herbolaria en dicha localidad. Ni para afrontar en general afectaciones de salud frecuentes en los supervivientes del AEI empleado en tal masacre, ni, en concreto, para tratar los padecimientos auditivos. El presente artículo busca establecer cuáles han sido las respuestas comunitarias basadas en productos de origen vegetal utilizadas para el tratamiento de problemas auditivos frecuentes en personas sobrevivientes a la masacre de Bojayá. Su reconocimiento permitiría la construcción de procesos de intervención en salud integrales que valoricen los itinerarios terapéuticos propios de la comunidad bojayaceña.

El empleo de plantas medicinales para resolver problemas de salud ha sido defendido por la Organización Panamericana de la Salud, especialmente en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud. Es necesario reconocer que los saberes y prácticas propios de las comunidades participan en el restablecimiento de su salud y bienestar (Ordóñez, 2007; Chávez, Ramírez & Camacho, 2021b; Ríos-Camargo & Urrego-Mendoza, 2021). Este quehacer contribuye tanto a la participación activa de las comunidades en la solución de sus problemas de salud, como en el intercambio de saberes entre la medicina tradicional y la biomedicina (Chávez *et al.*, 2021b). En el caso de pueblos afectados por conflictos armados, la preservación de saberes herbolarios ancestrales es parte integrante y fundamental de los procesos de reparación psicosocial individual y colectivo (Cabrera, 2017; Henríquez-Chacín, 2020).

Aludiendo a todo lo anterior, este trabajo entenderá por artefacto explosivo improvisado (AEI) cualquier dispositivo de fabricación artesanal, diseñado con el propósito de causar la muerte o daño físico utilizando el poder de una detonación; por víctima, aquellas personas

que individual o colectivamente hayan sufrido un daño de cualquier naturaleza mediado por un AEI (Vicepresidencia de la República, 2012); y por superviviente o sobreviviente, cualquier persona que ha sufrido directamente un ataque de AEI y que no ha muerto por tal causa (Henao, 2020).

Los problemas de salud se definen como todo aquello que requiere o puede llegar a requerir la intervención de un médico u otro agente de salud (Gervás, Del Burgo, Pérez, 1987); cuando hablamos de problemas auditivos, nos referimos específicamente a aquellos problemas de salud relacionados con la capacidad de oír y con los órganos implicados en esa función. La morbilidad sentida hace referencia a la percepción propia que los individuos y las comunidades construyen a partir de sus propios marcos de referencia, sobre sus necesidades y problemas de salud; se recomienda que sea tomada en cuenta en complementariedad con las valoraciones clínicas sobre esos mismos problemas, en el marco de comprensión de las situaciones de salud (Carrasco, 2007)

Desde las corrientes teóricas de la salud colectiva y medicina social latinoamericana, las respuestas sociales son aquel conjunto de acciones orientadas a mejorar las condiciones de vida de una población, pudiendo ser lideradas por el estado o la comunidad (Arango, López, Fernández, Arbeláez & Gómez, 2004); llamaremos respuestas comunitarias en salud a aquellas respuestas sociales lideradas por la comunidad con el fin de mejorar la salud de las personas que la integran, y del colectivo mismo. Los productos vegetales, entendidos como cualquier derivado de las plantas, suelen hacer parte de las respuestas comunitarias en salud, en el marco de la medicina herbolaria tradicional (Castro, 2006; Carrillo, Lara & Ruiz, 2010). Son parte integrante de los itinerarios terapéuticos, o sendas seguidas en busca de solución a problemas de salud individuales y colectivos, mediante la articulación de recursos heterogéneos, tradicionales comunitarios e institucionalizados biomédicos (Ríos-Camargo & Urrego-Mendoza, 2021). Finalmente, por población afrocolombiana se entenderá aquel conjunto de individuos naturales de Colombia, cuyos orígenes ancestrales están en el continente africano (BIREME/OPS/OMS, 2017).

El artículo posee una primera sección de *materiales y métodos*, en la que se especifica el tipo de estudio realizado, el lugar y momento de ejecución, los procedimientos de recolección, procesamiento y análisis de información y las consideraciones éticas asumidas. El segundo apartado recibe el nombre de *resultados*, los cuales están organizados, por una parte, en función de los datos socio-demográficos y la morbilidad sentida y, por otra parte, conforme a las valoraciones audiológicas, al acceso a servicios de salud institucionales y comunitarios y a las soluciones tradicionales comunitarias implementadas ante problemas auditivos. Finalmente, la última sección se llama *discusión y conclusiones*. En ella se reflexiona sobre los hallazgos presentados en los apartados anteriores y se responde al objetivo del estudio.

Materiales y Métodos

Tipo de Estudio

Se desarrolló un estudio observacional descriptivo inscrito en los campos de la medicina social y la salud colectiva latinoamericanas. Por lo tanto, fue una investigación con métodos

mixtos (Driessnack, Sousa & Costa, 2007; Veiga de Cabo, Fuente & Zimmermann, 2008). En este trabajo se combinaron técnicas de investigación cualitativas y cuantitativas orientadas a establecer la presencia, características y distribución de los fenómenos observados. El análisis se llevó a cabo en el 2019, a partir de información recolectada en ese año y en el anterior, y tuvo cinco fases sucesivas durante. A continuación, de forma sucinta, se describirán las etapas que dieron como resultado el presente artículo. En las secciones que siguen será posible leer más detalles sobre cada una de ellas.

1) Análisis de información general sociodemográfica y de salud auditiva. Se recolectó en el marco de una actividad de extensión solidaria ejecutada en diciembre de 2018. En este evento se recogieron datos clínicos e información concerniente a los cuidados individuales y colectivos en salud. Para ello, se realizaron valoraciones clínicas, entrevistas estructuradas, entrevistas libres y conversatorios comunitarios.

2) Análisis de datos obtenidos mediante observación participante. En esta etapa, efectuada también en diciembre de 2018, fue posible recopilar y estudiar información relativa a las prácticas de herbolaria para el cuidado de la salud y el alivio de enfermedades. El material examinado fue transmitido por los pobladores, las sabedoras y los sabedores de Bojayá junto con algunos habitantes de Bellavista y Quibdó (en el departamento colombiano de Chocó) que fueron supervivientes de la masacre de Bojayá.

3) Análisis de datos sobre identificación de plantas mencionadas dentro de las prácticas de herbolaria empleadas por la población consultada para el manejo de síntomas de otalgia. Ésta pesquisa se realizó a partir de las dos fases anteriores. Fue desarrollada en el año 2019.

4) Verificación de las plantas identificadas, mediante triangulación de informantes. Con base en lo recolectado hasta el momento, en varias ocasiones del 2019, se llevó a cabo el proceso de identificación de las plantas, mediante conversaciones puntuales con sabedores y sabedoras tradicionales de Bojayá. También se recurrió a la consulta experta en la Universidad Nacional de Colombia.

5) Exploración documental a partir de literatura científica alusiva a las plantas medicinales detectadas en las cuatro fases anteriores. El estudio consistió en la revisión de bases de datos de ciencias de la salud e interdisciplinarias durante el año 2019.

Lugar

Buena parte de la información analizada (fases 1,2,3 y porción de la 4) fue recolectada en el poblado de Bellavista, ubicado en el municipio de Bojayá, y en la ciudad de Quibdó, ambos sitios pertenecientes al departamento del Chocó. El resto de los datos (fragmento de la fase 4 y toda la fase 5) fueron recaudados en Bogotá. El municipio de Bojayá posee un total de 12.073 habitantes, mayoritariamente residentes de zonas rurales y tiene un área de extensión total de 3.693 km². Bojayá limita con Riosucio en Antioquia y Quibdó, Alto Baudó y Bahía Solano en su mismo departamento. Está surcado por el río Atrato (Alcaldía Municipal de Bojayá, 2012; Asociación de Municipios de la Cuenca del Atrato y Darién – ASOATRATO, 2017).

Su cabecera municipal es el corregimiento de Bellavista y su vía de comunicación principal es fluvial a través de una red de ríos (con 511.6 Km² navegables). No existen vías de acceso terrestre. La vía aérea es posible para vuelos militares y privados solamente en el poblado cercano de Vigía del Fuerte, departamento de Antioquia, en la orilla opuesta del Atrato. En

cuanto a la ciudad de Quibdó, es la capital del departamento de Chocó. Desde Bogotá se puede acceder a ella por vía aérea o terrestre. Cuenta con una población de 120.679 personas (Alcaldía Municipal de Bojayá, 2012); el cuarto lugar entre los migrantes a Quibdó es ocupado por personas procedentes de Bojayá (Alcaldía Municipal de Bojayá, 2012; Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD, 2015; Asociación de Municipios de la Cuenca del Atrato y Darién – ASOATRATO, 2017)

Población, muestras y procedimientos para recolección de información

La población total de afectados (162 personas) está constituida por hombres y mujeres identificados por el Comité de Víctimas de Bojayá como sobrevivientes de la masacre de Bojayá. En la actualidad, la población reside mayoritariamente en Bellavista y en Quibdó. Un número pequeño vive en otros municipios y departamentos del país, en donde muchos de ellos aún permanecen en condición de desplazados. En este estudio se manejó información obtenida de 66 personas que convinieron participar en una serie de actividades de extensión solidaria en salud, llevadas a cabo durante el último trimestre de 2018. De ellas se levantaron los registros que fueron analizados en el presente trabajo. Los participantes fueron canalizados por el Comité por los Derechos de las Víctimas de Bojayá, una instancia organizativa comunitaria. Uno de los criterios para la selección de la población fue que los participantes no tuviesen una valoración clínica previa. Esto con el objetivo de determinar las afectaciones sufridas luego del atentado. Otro criterio fue que contasen con disponibilidad para trasladarse a los cascos urbanos, a las cercanías rurales de Bellavista o a Quibdó.

A 61 participantes se les realizaron individualmente valoraciones clínicas y entrevistas estructuradas por una fonoaudióloga. Antes de eso, una salubrista pública hizo a cada una de estas personas una entrevista en la que se les preguntó sobre las características socio-demográficas y el acceso a cuidados de salud. Asimismo, los participantes y 5 personas más de la población interactuaron con el equipo de trabajo interdisciplinario en una actividad de observación participante llevada a cabo por un antropólogo. Éste, acompañado por los sabedores, levantó registros escritos, audiovisuales y fotográficos que muestran el lugar de vivienda de las personas analizadas en el estudio, sus sitios de cultivo y los modos de recolección de las plantas. Concomitantemente, se realizaron 66 entrevistas libres individuales y conversatorios comunitarios por parte de profesionales en antropología, medicina, historia y salud pública. Posteriormente, también se conversó con dos sabedores tradicionales de Bojayá, una mujer y un hombre, consultados por el equipo de investigación para verificar y clarificar la información sobre la herbolaria referente al dolor de oído.

La identificación del nombre científico de las plantas mencionadas por los pobladores se hizo sobre la base de fotografías y videos y mediante consulta experta en la Universidad Nacional de Colombia.

La revisión documental de literatura científica publicada se realizó en bases de datos tales como: Scopus, Medline, Web of Science, EBSCO y Google Académico. Para este fin se emplearon, como descriptores de búsqueda, los nombres científicos de las plantas identificadas en las fases anteriores, las palabras MeSH y DeSC para el síntoma otalgia, Dolor de Oído, Earache y Dor de Orelha y Fitoterapia. Los documentos consultados estaban

escritos en los idiomas español, inglés y portugués y no se tuvieron en cuenta límites temporales.

Procedimientos para procesamiento y análisis de la información

El corpus obtenido fue transcrito y analizado narrativamente de manera manual mediante matrices. Las categorías de análisis fueron las siguientes: plantas medicinales empleadas, modo de preparación de la planta para su uso como remedio, vía de administración, recomendaciones para su uso. Los nombres científicos y comunes adicionales de las plantas fueron obtenidos gracias a las alusiones de estos vegetales en la información documental recogida. A partir de ello fue posible conocer sus compuestos químicos aislados y sus propiedades fitoterpéuticas. Buena parte de la información se analizó utilizando el programa Epi Info 7, mediante procesamiento estadístico descriptivo univariado y complementado con análisis bivariado en busca de posibles asociaciones de interés.

Declaración de aspectos éticos

Este trabajo hizo parte del proyecto *Salud auditiva en la comunidad de víctimas del conflicto armado sobrevivientes a la masacre de Bojayá en el departamento del Chocó, Colombia*. Fue una iniciativa financiada por Colciencias - Ministerio de Ciencia y Tecnología y la Universidad Nacional de Colombia mediante la convocatoria 812 de jóvenes investigadores. La aprobó el acta No. 017-198 del 12 de septiembre de 2019 del Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia. El estudio se clasificó con riesgo mínimo de acuerdo a la Resolución 8430 de 1993, que establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en Colombia. Esto último se debió al hecho de ser un análisis retrospectivo de información recolectada durante el proyecto de extensión solidaria denominado *Laboratorio de Salud Rural e Intercultural Comunidad de Bojayá, Chocó*. Éste fue efectuado entre 2018 y 2019; momento en el que se tomó consentimiento informado individual y comunitario para las valoraciones clínicas y la realización de actividades de obtención de datos.

Resultados

Datos Sociodemográficos

El total de la población participante se identificó étnicamente como afrocolombiana. El rango etario más común fue el comprendido entre los 27-59 años (46 personas, 70%). El participante más joven tenía 16 años, mientras que el mayor contaba con 83. En cuanto al nivel educativo, la mayoría no había culminado la secundaria (15 personas, es decir, el 23%). La mayor parte se identificó con el género femenino (44 personas, 67%) (Urrego *et al.*, 2021). Respecto al lugar de residencia, predominó Quibdó (31 personas, 46,96%), seguido de Bellavista (26 personas, 39,39%). Las ocupaciones predominantes en esta población fue ama de casa (30 personas, 45,45%) y “oficios varios” (13 personas, 18,69%). La unión libre fue el estado civil más frecuente (37 personas, 56,06%).

Morbilidad Sentida y Resultados de Valoraciones Clínicas

Tras 18 años de la masacre, la atención médica y psicosocial ha sido precaria, limitada y, la mayoría de veces, deficiente. Esa fue la razón por la cual el Comité por los Derechos de las Víctimas de Bojayá propuso a nuestro equipo, la realización del presente trabajo.

“Es que nunca me han tocado”, este fue un comentario recurrente entre las personas atendidas. A raíz de expresiones como esta, se hizo evidente la importancia del tacto y del contacto a la hora de establecer un vínculo paciente-profesional y en los momentos de un diálogo más profundo entre la población y la institucionalidad que en ocasiones ha llevado brigadas de salud al territorio. Cabe aclarar que se usa la palabra *territorio* porque la dimensión del daño fue tal –y la reparación colectiva mínima– que parte de la población afectada no ha querido regresar a la nueva Bellavista, el pueblo reconstruido más al sur de la ubicación original luego de la destrucción del viejo pueblo durante la masacre. Por esta razón, fue necesario encontrar espacios adecuados en Quibdó para atender a una parte del grupo priorizado.

Del total de personas (66) que participaron aportando información inicial de datos sociodemográficos, afiliación en salud, morbilidad sentida y acceso a salud, sólo 61 aceptaron la valoración clínica audiológica propuesta. De estas, inicialmente 58 (95,08%) reportaron morbilidad auditiva sentida, mientras que tres personas (4,92%) no la reportaron². La morbilidad sentida fue establecida a partir de las quejas expresadas por los participantes durante la exploración del motivo de consulta, antes de comenzar la valoración audiológica. La queja auditiva más frecuente fue la que llamaban *dolor de oído*, reportada por el 62,30% (38), seguida de las *zumbadas* u otras denominaciones propias para referirse al tinnitus y otras formas de distorsión auditiva.

Tabla 1. *Morbilidad sentida reportada por participantes*

Variable	Categorías	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Porcentaje Acumulado (%)
Morbilidad Sentida	SI	58	95,08	95,08
	NO	3	4,92	100

Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos del proyecto (n= 61)

Del total de participantes de las valoraciones clínicas por fonoaudiología (61 personas), se reportó algún tipo de alteración auditiva o hipoacusia en el 85,25% de los participantes (52) y audición normal en el 14,75% (9) (Urrego *et al.*, 2021). Existió una posible asociación, estadísticamente significativa, entre los que expresaban una queja auditiva antes de la valoración audiológica y los que resultaron con una alteración auditiva verificada (Test exacto de Fisher valor de $p = 0.0046668$ con 2-colas).

Las principales lesiones identificadas, además de las audiológicas, son esquirlas del artefacto explosivo que aún están en el cuerpo, lesiones en extremidades, pérdida total o parcial de la

² Véase la Tabla 1.

visión, afectación de órganos vitales, estrés postraumático, dolores de cabeza, otros dolores constantes en diversas partes del cuerpo, entre otros (Urrego *et al.*, 2021).

Acceso a cuidados en salud comunitarios e institucionales

Al ser preguntados los participantes por su acceso a cuidados en salud, el 60,60% (n=40) reportó haber recibido apoyo comunitario mediante cuidados culturales en salud, frente a un 39,40% (n=26) que no lo recibió. En cuanto a la atención en servicios de salud institucionales recibida a partir del suceso violento, se identificó que únicamente el 9,09% (n=6) de los participantes obtuvo atención en salud auditiva previa a la valoración por el equipo de este proyecto.

En cuanto a barreras del acceso a la prestación de servicios de salud institucionales, se encontró que para Quibdó las barreras geográficas, económicas y administrativas (36 personas; 55 %) son las más frecuentes. En Bellavista (Bojayá), las barreras administrativas fueron comunes (32 personas; 48 %). No obstante, también experimentaron importantes barreras geográficas, económicas, y culturales (Urrego *et al.*, 2021).

“Yo sí prefiero tratarme con yerbas”. Este fue un comentario recurrente entre los participantes. Un ejemplo del contexto en el que se concluía lo anterior, fue relatado así de acuerdo con las notas de campo tomadas durante los conversatorios comunitarios (*Diario de campo, observaciones de G.P. Antropólogo, 9 de diciembre de 2018*):

“Él no podía dormir [su hijo] y no estaba comiendo bien”, contaba una mujer, con su profunda mirada, que dejaba ver un rastro de ira evidente aún más en sus palabras. Lo llevó al [hospital] Ismael Roldán por urgencias y durante la cita al niño le hicieron un diagnóstico de un parásito. –Tenía una lombriz y ahí en el hospital lo iban a atender pero como eso se demoraba mucho... Le dieron unos medicamentos, se los compré pero el niño seguía mal. Lo saqué del hospital y lo llevé donde una tía- contaba. Su tía, hábil en el manejo y conocimiento de las plantas, no solo sanó al niño de la lombriz sino que lo protegió con un ritual para que no se volviera a enfermar nunca. Hoy F siembra en su casa algunas plantas y ha aprendido a tratar males menores. Dice que quizá lo mejor sería que el diagnóstico se lo hicieran con medicina occidental pero que el tratamiento se hiciese con medicina tradicional, teniendo en cuenta que, de acuerdo con su experiencia, había resultado más eficaz para la curación y la prevención de males y enfermedades. Ha sentido, por otro lado, que los médicos que lo han atendido, no sólo allí sino en las brigadas de salud programadas para la atención a las víctimas, han sido demasiado indiferentes y que, en relación con el sistema de salud, la atención ha sido lenta e ineficaz. Lo anterior hace referencia a la visión de la situación general del sistema de salud en Colombia, que ha reducido la salud al concepto de servicio sin que por ello se tenga la cobertura y la calidad necesarias para toda la población colombiana. -El médico nuestro ha sido la voluntad de Dios- decía otro participante, mientras se identificaban opiniones durante las intervenciones que cada quien hacía, refiriendo los mecanismos de autocuidado y la atención recibida en las instituciones de salud.

Desde las instancias organizativas comunitarias que agrupan a los sobrevivientes de la masacre de Bojayá, se ha propuesto a la Agencia de Desarrollo Rural la implementación de

puestos de salud por zonas y un Hospital de primer nivel para Quibdó. Estos dos puntos reúnen, desde su punto de vista, lo que necesitan como mínimo en materia de presencia institucional en el área de salud para su territorio. Sin embargo, tales opciones no han sido implementadas, con lo cual el vacío en acceso a salud institucional es llenado con cuidados comunitarios.

La tabla 2 resume la distribución de las personas en función de su acceso efectivo a algún tipo de servicio de atención o valoración en salud auditiva para el período 2002–2018. Y según la presencia o ausencia de quejas auditivas iniciales. Existió una posible asociación, estadísticamente significativa, entre experimentar quejas auditivas y enfrentar barreras de acceso a servicios institucionales de atención en salud (*Test exacto de Fisher Valor de p = 0.02528, con 2-colas*).

Tabla 2. *Morbilidad auditiva sentida, diagnósticos en salud auditiva y acceso a servicios de atención en salud para tratamiento en supervivientes de artefacto explosivo improvisado en la masacre de Bojayá 2002, evaluados año 2018*

En algún momento entre mayo de 2002 y noviembre de 2018																		En diciembre 2018				
Reporte de alguna queja auditiva			Recibieron diagnóstico comunitario afectación auditiva				Recibieron diagnóstico por audiología				Recibieron diagnóstico por otorrinolaringología				Experimentaron barreras de acceso EPS para atención en salud				Con un déficit en audición detectado por valoración audiológica			
			Si		No		Si		No		Si		No		Si		No		Si		No	
n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Si	58	95	29	47.5	29	47.5	2	3.2	56	91.8	5	8.1	53	86.9	46	75.4	12	19.6	52	85	6	10
No	3	5	0	0	3	5	0	0	3	5	0	0	3	5	0	0	3	5	0	0	3	5
Total	61	100	29	47.5	32	52.5	2	3.2	59	96.8	5	8.1	56	91.9	46	75.4	15	24.6	52	85	9	15

Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos del proyecto (n= 61)

Soluciones tradicionales comunitarias a problemas audiológicos ignorados por la institucionalidad

Bajo este escenario, la alternativa para los supervivientes de la masacre de Bojayá ha sido la medicina tradicional. Es necesario reconocer esos saberes tradicionales, además de los biomédicos, con el fin de poder brindar sistemas de salud integrales a las personas y comunidades (Menéndez, 1994).

Enfocándose en las dificultades audiológicas padecidas por los participantes, se preguntó por los cuidados culturales empleados y se encontró que el único síntoma referido como directamente tratado con medicina tradicional fue la otalgia o dolor de oído. Las personas de la comunidad participantes en conversatorios, entrevistas y otras actividades del proyecto, y las personas sabedoras afrocolombianas consultadas, coincidieron en mencionar cuatro plantas medicinales con usos tradicionales para el manejo de la otalgia. La tabla 3 resume datos principales de identificación sobre las cuatro plantas mencionadas para el manejo tradicional del dolor de oído.

Tabla 3. *Plantas medicinales utilizadas para manejo del dolor de oído entre personas afrocolombianas supervivientes de la masacre de Bojayá del 2002.*

Nombre común	Nombre científico	Origen
Ajo	<i>Allium sativum</i> L	Introducida. Cultivada.
Chicoria o siempreviva	<i>Tripogandra serrulata</i> (Vahl) Handlos	Nativa
Orégano chocoano, orégano francés u oreganón.	<i>Plectranthus amboinicus</i> (Lour.) Spreng.	Naturalizada. Cultivada.
Llantén	<i>Plantago major</i> L.	Introducida. Naturalizada.

Fuente: elaboración propia a partir de bases de datos del proyecto, y consulta en bases de datos especializadas: <http://www.theplantlist.org>, <https://www.ipni.org>, <http://catalogoplantasdecolombia.unal.edu.co/es/> .

Los participantes de las valoraciones clínicas audiológicas explicaron que el ajo (*Allium sativum* L.) “machacado con unas gotas de agua sirve para quitar el dolor de oído”. Tras una exposición detallada, se identificó que, desde la perspectiva del informante, el ajo debe ser macerado junto a unas gotas de agua. El líquido resultante debe aplicarse dentro del canal auditivo, dejándolo allí por unos minutos antes de permitir su salida.

La chicoria o siempreviva (*Tripogandra serrulata* (Vahl) Handlos) también ha sido ancestralmente utilizada para tratar el dolor de oído en Bojayá. Es la única planta nativa entre las cuatro mencionadas. Dentro de la información recolectada se pudieron identificar dos narrativas que exponen distintos usos de la planta, tanto de manera directa al aplicar su savia en el oído, o realizando un proceso de cocción del tallo para posteriormente aplicar el líquido resultante:

Venga, mire, esta es la chicoria. Se corta en los nudos –hablaba del punto de encuentro entre la base de los entrenudos del tallo de la planta– y el agüita que sale se echa en los oídos para el dolor (Entrevista E1, comunicación personal, 9 de diciembre de 2018)

Esa es la Siempreviva. Se coge y se parte por el tallito morado –refiriéndose al punto de encuentro de los entrenudos del tallo de la planta– se mete a tibir y se machuca. El agüita que bota, se le echa al niño en el oído. Esa es la que sirve para dolor de oído (Entrevista E2, comunicación personal, 9 de diciembre de 2018)

El orégano chocoano, oreganón u orégano francés (*Plectranthus amboinicus* (Lour.) Spreng) fue identificado por las personas sabedoras de Bojayá como una planta altamente efectiva para tratar el dolor de oído. En general, las fuentes orales consultadas coinciden en que la planta debe ser calentada directamente en el fuego y el líquido resultante que sale por su tallo debe ser aplicado en el canal auditivo, procurando que permanezca allí por unos minutos “El orégano bota un agua cuando se pasa por candela. Esa leche que da se echa en el oído, no caliente, tibio” (Entrevista E3, comunicación personal, 9 de diciembre de 2018). “Este es el orégano. Sirve para el dolor de oído. Lo calienta en el fogón y luego lo exprime en el oído y se coloca algodón para que no se salga” (Entrevista E4, comunicación personal, 9 de diciembre de 2018).

Finalmente, en la consulta con los sabedores de Bojayá también se identificó al llantén (*Plantago major* L.) como una planta que permite apaciguar el dolor y la inflamación. El llantén debe ser hervido. El líquido resultante se aplica en el canal auditivo:

Esta planta sirve para el dolor de oído, el dolor de muela, y para todo el tema de desinflamación. Se cocina y con esa agua limpian el oído con un copito que entre y limpie. Inmediatamente quita el dolor de oído (Entrevista E5, comunicación personal, 9 de diciembre de 2018).

Discusión

Los hallazgos obtenidos en supervivientes del AEI de Bojayá se corresponden con otros estudios sobre afectaciones auditivas en supervivientes de explosiones en el marco de conflictos armados (Moreno & Urrego, 2021). Aunque no encontramos estudios relativos al manejo por medicina tradicional de ascendencia continental africana contra afectaciones auditivas relacionadas con AEI, si identificamos otro estudio sobre atención audiológica desde saberes propios de la medicina africana. Tal estudio fue realizado en población negra con médicos tradicionales Sudafricanos negros, mostró que en dicha población, las tres primeras causas audiológicas atendidas eran: la sordera o hipoacusia, las secreciones auditivas, y el dolor de oído (De Andrade & Ross, 2005).

El dolor de oído representa aproximadamente el 90% de la atención de urgencias en Colombia (Gómez *et al.*, 2011; Ministerio de Salud y Protección social, 2015) y significó el 62,30% (n=38) de los síntomas referidos por los habitantes de Bojayá con quienes se trabajó. El Chocó es el departamento colombiano con el menor número de atenciones en salud auditiva de urgencias. Hecho que contrasta con una muy baja cobertura en salud en general y con un contexto predominantemente rural y empobrecido (Ministerio de Salud y Protección social, 2015; DANE, 2018; Ministerio de Salud y Protección social, 2020). Las dificultades de acceso a servicios de salud institucionales han sido enfrentadas por los habitantes de la región a través de sus saberes tradicionales, que no obstante carecen del debido reconocimiento por parte del Estado en lo atinente a la medicina tradicional afrocolombiana (Departamento del Chocó, 2014; Ministerio de Salud y Protección social, 2020).

Aunque no encontramos estudios colombianos dedicados específicamente a explorar el manejo médico tradicional afrocolombiano de las dolencias auditivas, un estudio sudafricano con médicos tradicionales negros de ese país (De Andrade & Ross, 2005), indicó que ante cualquier dolencia auditiva, tales sabedores africanos suelen emplear las plantas medicinales como principal estrategia terapéutica; mayoritariamente indicaron que no conocían el nombre de las plantas usadas, aunque podían reconocerlas visualmente o guiados por espíritus ancestrales durante el sueño; entre las plantas medicinales útiles para el dolor de oído que fueron mencionadas por sus nombres, estaban: isikholokhoto o “lengua de suegra” (*Sansevieria hyacinthoides* (L.) Druce), imphewula u “oreja de cerdo” (*Cotyledon orbiculata* L.), y matokwane o marihuana (*Cannabis sativa* L.).

Las plantas medicinales referidas por la población bojayaseña para la otalgia fueron: el llantén, la chicoria, el orégano francés y el ajo. Llama la atención que la única de ellas descrita como nativa, la chicoria, tiene una distribución amplia desde México hasta Sudamérica y las Antillas (Celis, 2015), siendo reconocida como medicinal por algunos pueblos indígenas en el continente americano (Bourdy, Valadeau & Albán, 2021); las tres restantes tienen origen asiático o europeo (ajo, llantén) (Celis, 2015; Ramírez, Castro & Martínez, 2016) y en el paleotrópico (África y Asia) en cuanto al oreganón (Fernández-Alonso, 2015). Lo anterior invita a recordar que los conocimientos tradicionales no son estáticos, sino que se nutren de intercambios interculturales constantes (Martínez, 2008), y viajan por el mundo al igual que las plantas; vale la pena explorar a futuro en torno a las cuatro plantas descritas por afrocolombianos bojayaceños para el manejo del dolor de oído, en busca de las redes de intercambio de conocimientos ancestrales entre grupos de ascendencia continental africana, indígenas y mestizos con influencias europeas o asiáticas, que pudieran haber participado en la construcción del conocimiento médico tradicional herbolario, tal como lo encontramos y describimos en la población abordada por este trabajo.

La chicoria o siempreviva (*Tripogandra serrulata*) es la que cuenta con menos estudios fitoterapéuticos, mientras que el ajo (*Allium sativum*) ha sido la más estudiada. Faltan más estudios en humanos que sustenten las observaciones y usos culturales de las cuatro plantas mencionadas ante la otalgia. Existe evidencia del uso etnofarmacológico del ajo (*Allium sativum*) para el dolor de oídos en América Latina, dentro de áreas rurales de Brasil (Ferrão *et al.*, 2014). Santos de Andrade, Taina-Tormem, y Alves de Souza (2020) hacen un recuento de prácticas para el dolor de oído y limpieza del canal auditivo externo en el estado de Santa Catarina, sur de Brasil. Afirman que las principales motivaciones para el uso de esa planta con tales fines medicinales son el bajo costo, el fácil acceso a los productos usados, la funcionalidad y la facilidad de llevar a cabo dichas prácticas. En sus resultados describen diversas instrucciones para usar el ajo con el fin de aliviar el dolor de oído, las cuales, en buena parte, coinciden con las encontradas en Bojayá. Estos autores reportan las siguientes indicaciones para el uso del ajo ante la otalgia en comunidades brasileñas: “Fría el ajo en el aceite, humedezca el algodón y colóquelo dentro del canal auditivo externo. Triture el ajo con el aceite y caliente, humedezca el algodón y colóquelo dentro del canal auditivo externo. Fría el ajo en el aceite y luego gotearlo en el canal auditivo externo y cubrirlo con un algodón. Triture el ajo y humedezca el algodón, y colóquelo dentro del canal auditivo externo. Caliente el ajo en la leche, humedezca el algodón y colóquelo dentro del canal auditivo externo” (Santos de Andrade, Taina-Tormem, & Alves de Souza, 2020, p.5). Los autores advierten que estas prácticas pueden perjudicar la salud del aparato auditivo. Colocar líquidos dentro del canal auditivo externo puede causar hongos y los líquidos muy calientes pueden dañar la piel y provocar complicaciones adicionales, desde la perspectiva de la biomedicina, aunque no sea percibido como problemático a partir de la medicina tradicional.

En Europa, por otro lado y específicamente dentro de la Bulgaria rural, se ha reportado el uso del bulbo del ajo frito en aceite de girasol para la inflamación del oído (Ferrão *et al.*, 2014). Así mismo, los sanadores tradicionales del distrito Nanded, Maharashtra, India, usan *Allium sativum* para aliviar el dolor de oído, hirviendo el bulbo en aceite de coco (Gómez *et al.*, 2011). Los sanadores tradicionales y herbalistas de Nkonkobe, municipio de la provincia de

Cabo Oriental en Sudáfrica, también usan el ajo para el dolor de oído y garganta. Para las infecciones de oído, calientan las hojas del ajo y exprimen el jugo dentro del oído para aliviar el dolor, mientras que mastican los gajos para infecciones de garganta y tratan el dolor con una decocción de las hojas y el bulbo, administrada oralmente (Messias, Menegatoo, Prado, Ross & Guimaraes, 2015).

Es probable que algunas de las propiedades farmacológicas descritas para *Allium sativum* puedan dar sustento a su uso tradicional ante la otalgia, conociéndose que ésta en muchas ocasiones se relaciona con procesos infecciosos. Le han sido descritas propiedades farmacológicas como antibiótico (Dyubeni & Buwa, 2012; Kozuharova, Lebanova, Getov, Benbassat & Napier, 2013; Shaikh, Dukare, Sarwade & Sarwade, 2014; Shah, 2014; Bongiorno, Fratellone & LoGiudice, 2018; Castañeda, Natarajana, Yule-Jeong, Na Hong & Ho Kanga, 2019) y antifúngico (Boboye & Dayo-Owoyemi, 2004; Melvin, Jayachitra & Vijayapriya, 2009; Meriga, Mopuri & MuraliKrishna, 2012; Shaikh *et al.*, 2014). Por otra parte, su uso para analgesia ótica cuenta con reportes de literatura científica que lo sustentan, pues se encontraron estudios experimentales con resultados positivos (Ahmed, Gamal, Kenaway & Abd EL-Aal, 2012; Okere, Sangodele, Adams, Ogunwole & Shafe, 2014; Viswanathan, Phadatare & Mukne, 2014; Shakir Al-Taie & Rashseed, 2020). Igualmente, hay resultados que sugieren su utilidad como protector ante ototoxicidad (Sarrell, Cohen & Kahan, 2007; Gwilt *et al.*, 1994; Foxlee *et al.*, 2006) y se ha descrito su capacidad para actuar positivamente sobre los umbrales auditivos y sobre la disfunción vestibular (Sarrell, Avner & Kahan, 2003; Sarrell, Cohen & Kahan, 2007). Queda pendiente investigar las interacciones de los compuestos del ajo con los fármacos convencionalmente usados para tratar la otalgia u otras afecciones auditivas. Por ejemplo, la interacción entre el ajo y el acetaminofén es estudiada por Gwilt *et al.*, quienes refieren que el ajo cambia algunas variables farmacocinéticas del acetaminofén al provocar un pequeño aumento en la conjugación de sulfato del fármaco (Gwilt *et al.*, 1994).

En cuanto a la chicoria o siempre viva (*Tripogandra serrulata*) (Foxlee *et al.*, 2006), le han descrito variados usos tradicionales en América del Sur, Centroamérica, y el Caribe. Pero en ningún caso se la informó útil ante la otalgia como fue reportado en Bojayá. Aunque popularmente se le atribuyen propiedades antiinflamatorias (Uzun, Balbaloglu & Akinci, 2012; Ebanks, 2012; Messias *et al.*, 2015; Wu *et al.*, 2017a; Wu *et al.*, 2017b; Ochoa, 2017; Chuctaya & Roque, 2018). Sin embargo, no ha podido ser demostrado en estudios *in vitro* que tenga propiedades antibióticas (Wu *et al.*, 2017b). En cambio, existe alguna evidencia inicial en modelo animal sobre las propiedades cicatrizantes del extracto hidroalcohólico de los tallos de *Tripogandra serrulata* (Uzun *et al.*, 2016).

Respecto al orégano chocoano u oreganón, también conocido como orégano francés (*Plectranthus amboinicus*), en Brasil, Bécice y México se ha descrito su uso específico para tratar el dolor de oído (Lukhoba, Simmonds & Paton, 2006; Valadeau, Alban, Sauvain, Lores & Bourdy, 2009; Patel *et al.*, 2010; Lozano, Lima, Trindade & Albuquerque, 2014; Ferrão *et al.*, 2014; Messias *et al.*, 2015; Ochoa, 2017; Mans & Grant, 2017). En Polinesia, el aceite de semilla del *P. amboinicus* se ha usado como tratamiento para la otitis edematosa aguda (Almeida, 2007). Se le ha encontrado actividad antimicrobiana (van Anandel, 2000) que,

combinado con sus propiedades analgésicas, la hace atractiva, entre otros usos posibles, para el manejo de la otalgia (Roumy *et al.*, 2005) En África, por su parte, es usado para el tratamiento del dolor en distintas localizaciones (van Andel, 2000). Se sugiere que la presencia de los monoterpenos, sesquiterpenos, diterpenoides y compuestos fenólicos le confiere al *P. amboinicus* sus potenciales propiedades antibióticas, antimicóticas, analgésicas y antiinflamatorias (Gupta *et al.*, 2005; Almeida, 2007; Silja, Samitha & Mohanan, 2008; El-Hawary, El-sofany, Abdel, Ashour & Sleem, 2012; Chiu *et al.*, 2012; Roumy *et al.*, 2015; Rama, Shiddamallayya, Kavya, Kavya & Venkateshwarlu, 2015; Ochoa, 2017), útiles ante la otalgia y sus causas frecuentes. Las propiedades analgésicas y antiinflamatorias han sido probadas en modelos animales e *in vitro* (Blanco & Thiagarajan, 2017; Beltreschi, Baltazar de Lima & Dias da Cruz, 2019).

En cuanto al llantén (*Plantago mayor*), el uso para dolor de oído y limpieza del canal auditivo se ha reportado en Brasil (Ferrão *et al.*, 2014; Beltreschi *et al.*, 2019) mediante dos preparaciones. Una, mediante trituración, para humedecer un algodón que se coloca en el canal auditivo externo. La otra, preparando un jugo, calentándolo, humedeciendo un algodón y colocándolo en el canal auditivo externo. Igualmente, en Asia, dentro de la tradición iraní, se le usa para tratar la otitis y otalgia mediante la aplicación directa de gotas fabricadas con la decocción de sus hojas (Morales, Padilla & Falconí, 2017), como infusiones o mezclas de savia con miel (De-la-Cruz, Vilcapoma, Zevallos, 2007). También hay reporte de su uso con este fin en la India (Blanco, Saborío & Garro, 2008). En la literatura se mencionan varias potenciales propiedades farmacológicas del *P. major* que pudieran sustentar su uso tradicional ante la otalgia. Entre ellas están sus propiedades analgésica (De-la-Cruz *et al.*, 2007), antiinflamatoria (Sajem & Gosai, 2010; Morales *et al.*, 2017; Farzan, Abbaszadeh & Teimouri, 2019) y antibacterial (Guarrera, 2005; Sajem & Gosai, 2010; Jamilah, Sharifa & Sharifah, 2012; Zambrano, Buenaño, Mancera & Jiménez, 2015; Adom, *et al.*, 2017; Farzan *et al.*, 2019).

Es de anotar que en Colombia, además de las cuatro plantas empleadas en Bojayá ante el dolor de oído, han sido descritas otras con el mismo uso en comunidades indígenas, campesinas o afrocolombianas. Sin ser exhaustivos, valga recordar el uso tradicional de la ruda (*Ruta graveolens L.*) por la medicina tradicional indígena del Cabildo Muisca de Bosa, en donde se emplea su semilla aplicada en el pabellón auricular para el manejo de oídos dolorosos (Martínez, 2008).

Muchas de las personas bojayaceñas participantes en este trabajo recurrieron a la medicina tradicional para complementar o suplir a la biomedicina. Esta incapacidad de la biomedicina para llenar sus expectativas la atribuyeron casi siempre al desinterés, por parte de las instituciones encargadas, de prevenir o curar. Los entrevistados solían decir que tales entidades se enfocan en “aumentar los ingresos de los dueños y socios” (Entrevista E6, comunicación personal, 9 de diciembre de 2018) más que en la salud de las personas.

En relación con los hallazgos sobre barreras para el acceso a servicios de salud enfrentados por pobladores afrocolombianos de Bojayá, se encuentra también que, en efecto, las políticas y las acciones del Estado han sido pocas. Las existentes, han respondido más a las presiones

de la sociedad civil y de los organismos internacionales de derechos humanos que a la voluntad política estatal (Rodríguez, Alonso & Cavelier, 2017).

Al hablar de la población afrocolombiana, se reconoce que son el segundo grupo étnico-racial más grande en el país y se concentran en pocos departamentos. La mayoría justamente en el departamento del Chocó (82,12%) (Rodríguez *et al.*, 2017). En este departamento se encontró en 2018 la mayor incidencia de la pobreza monetaria del país, con 68,4%, enmarcándose en la región Pacífica, una de las aquejadas con mayores niveles de pobreza extrema (DANE, 2019).

En el Chocó se evidencian indicadores especialmente precarios de goce de derechos. La esperanza de vida de un hombre afrodescendiente es, en promedio, seis años menor que el promedio nacional. Y una mujer negra promedio puede esperar vivir 11 años menos que el promedio nacional (Rodríguez *et al.*, 2017). Así, los derechos fundamentales de la vida y la integridad física se encuentran en una situación preocupante. Aunado lo anterior con que la gran mayoría de las violaciones directas a estos derechos tienen relación con el conflicto armado presente en la región (Corte Constitucional, Auto 005 de 2009; Rodríguez *et al.*, 2017). Como ocurrió en el caso de la masacre de los habitantes del municipio de Bojayá en 2002 y sus consecuencias para la salud, evento sufrido a pesar de las alertas tempranas generadas, las cuales se han venido repitiendo en años posteriores (Rodríguez *et al.*, 2017).

La vulneración del derecho a la salud está estrechamente relacionada con las amenazas contra la vida de la población afrocolombiana. 18 años después de la masacre, el municipio de Bojayá y sus habitantes continúan enfrentando dificultades para acceder a la salud, ya que la calidad, eficiencia y eficacia en la prestación del servicio se ven comprometidas por las deficiencias en la infraestructura física, así como por la insuficiencia de recursos técnicos y humanos (Corte constitucional, 2009).

Lo anterior también demuestra que es necesario comprender la dimensión y afectación generada por las barreras para la atención en salud institucional y, además, reconocer cómo el pensamiento afrocolombiano, creencias y costumbres han moldeado la forma de curar desde lo comunitario. Por supuesto, no se trata aquí de establecer un paralelo antagónico entre la medicina tradicional afrocolombiana y la biomedicina occidental. Esto debido a que la interacción de ambas permite vislumbrar cómo se sitúan en un sistema relacional complejo, que desde la perspectiva de los participantes, puede generar complementariedades entre ambos tipos de saberes en torno al proceso salud-enfermedad-cuidado, con el objetivo de diagnosticar y tratar cualquier padecimiento del modo más integral posible. Ejemplo de ello puede ser resumido en muchas ocasiones en que los participantes de nuestro trabajo comentaron que consideraban el diagnóstico “no muy acertado” cuando se remitió al paciente a la medicina tradicional. Aunque el tratamiento impartido solía aliviar y llegaba oportunamente, mientras el diagnóstico biomédico era considerado más “acertado” frente a los síntomas, a pesar de que el acceso se demorara o el tratamiento no fuera comprendido e incluso no reportara sensación de pronto alivio para quien lo utilizaba. Lo anterior permitió en los casos que así nos comentaron, la construcción de un diálogo entre ambos saberes a través de las decisiones del paciente y/o su familia: luego del mencionado diagnóstico doble,

el cultural propio y el biomédico, los tratamientos se alternan entre lo que ofrece la medicina científica occidental y lo que ofrece la medicina tradicional, generando alivio potenciado en el sufriente.

Esto, desde otro punto de vista, permite entender que la medicina tradicional afrocolombiana está siempre en constante transformación y que más allá de un esencialismo de sus saberes, como saberes estáticos, constituye un conjunto de prácticas cuyo dinamismo les permite cambios a través del tiempo. De ahí surge la necesidad de comprender y analizar la construcción del campo de la medicina tradicional, al menos en lo que respecta al Chocó, teniendo en cuenta el intercambio de saberes de carácter histórico que se ha efectuado entre comunidades indígenas y comunidades afrocolombianas, junto con poblaciones mestizas circundantes. De esta manera, la medicina tradicional se ubica en igualdad ante la medicina occidental, dadas las condiciones de acceso a ambas ofertas por parte de las comunidades habitantes del Chocó.

La principal limitación que reconocemos en nuestro estudio está constituida por la imposibilidad que tuvimos para recopilar y trasladar *Voucher specimen*, de cada una de las especies botánicas que se registraron. Esto impidió incorporarles en un herbario oficial. Los imprevistos de tipo logístico fueron adversos a este propósito. Por otro lado, la población participante no estuvo conformada por la totalidad de los supervivientes de la masacre de Bojayá y se constituyó en una muestra por conveniencia, lo cual también podría considerarse una debilidad metodológica.

Hasta donde se tiene noticia, las observaciones así realizadas configuran el primer acercamiento a la exploración de los métodos tradicionales usados y preferidos por los habitantes de Bojayá, supervivientes de AEI para tratar sus dificultades auditivas. En esa medida, constituye una base importante para comprender las dinámicas de cuidado propio de la salud en una comunidad rural fuertemente afectada por el conflicto armado y con grandes dificultades para el acceso a la biomedicina institucional. Este tipo de conocimientos constituyen aportes valiosos para la planificación de intervenciones integrales en salud en favor de tales comunidades, en las cuales los saberes médicos tradicionales y biomédicos logren relacionarse con armonía.

Conclusiones

Entre los participantes en este estudio, supervivientes afrocolombianos de un AEI, fueron muy frecuentes tanto los síntomas como los hallazgos clínicos significativos de afectación en la salud auditiva. La otalgia o dolor de oído fue el síntoma más prevalente, junto con la pérdida de la capacidad auditiva como signo clínico identificado, lo cual es compatible con la exposición a lesiones por explosión debidas a un AEI. A la vez, fue una constante el enfrentamiento de estas personas con barreras de acceso a los servicios de salud institucionalizados, ante lo cual sus conocimientos médicos tradicionales vinieron a paliar la desatención del sistema de salud basado en la biomedicina.

La otalgia fue el único síntoma auditivo ante el cual los bojayaceños supervivientes de AEI utilizaron productos de origen vegetal. Cuatro plantas se usan con este fin desde el saber

comunitario: *Tripogandra serrulata* (chicoria o siempreviva), *Allium sativum* (ajo), *Plantago major* (llantén), y *Plectranthus amboinicus* (oreganón). En la literatura publicada se encontró evidencia del uso etnofarmacológico de tres de esas cuatro plantas para la indicación de otalgia en localizaciones distintas al municipio de Bojayá, dentro de América latina y fuera de ella; en los cuatro casos se encontraron, además, estudios químicos o fitoterapéuticos que sustentan propiedades potencialmente útiles ante la otalgia. No obstante, están pendientes más estudios químicos y fitoterapéuticos que analicen a detalle su utilidad con tal indicación en humanos. Lo anterior no significa que deba supeditarse a tal validación científica occidental el uso los saberes tradicionales médicos que, desde la práctica, ya están validados comunitariamente para la indicación descrita.

Las opciones integrales de atención en salud, que conjuguen conocimientos ancestrales con biomédicos, podrían mejorar el acceso al alivio de síntomas prevalentes de pobladores rurales en general y de los sobrevivientes de un AEI en particular. Mediante prácticas culturales pertinentes y acopladas con un mejor acceso a servicios de salud institucional occidental para el ámbito rural, podrían eliminarse algunas barreras de acceso al disfrute del derecho pleno a la salud en estas personas. A la vez que estarían favoreciendo la reparación psicosocial y la resistencia cultural ante las adversidades impuestas por el conflicto armado.

Referencias

- Adom, M., Taher, M., Mutalabisin, M.F., Shahreen, M., Badri, M., Azizi, W., Sengupta, P. & Susanti, D. (2017). Chemical constituents and medical benefits of *Plantago major*. *Biomedicine & pharmacotherapy*, 96, 348-360.
- Ahmed, I., Gamal, R., Kenaway, S. & Abd EL-Aal, M. (2012). Efficacy of aqueous garlic extract on growth, aflatoxin b1 production, and cyto-morphological aberrations of *aspergillus flavus*, causing human ophthalmic infection: topical treatment of *A. flavus* keratitis. *Brazilian Journal of Microbiologyl*, 43(4),1355-64. doi: 10.1590/S1517-838220120004000017.
- Alcaldía Municipal de Bojayá. (2012). Plan de Desarrollo del Municipio de Bojayá 2012 – 2015 “para que el campo vuelva a producir”. Alcaldía Municipal de Bojayá, Chocó Colombia.
http://cdim.esap.edu.co/BancoMedios/Documentos%20PDF/bojayachocopd2_012-2015.pdf
- Almeida, A.P. (2007). *A importância de Plectranthus amboinicus (Lour.) Spreng como alternativa terapêutica- métodos experimentais* (tesis de maestría). Universidade Federal de Pernambuco, Brasil.
- Arango, G., López, M.V., Fernández, S.Y., Arbeláez, M.P., Gómez, G.E. (2004). Política de descentralización en salud y respuesta social. El caso de una región colombiana . *Investigación y Educación en Enfermería*, 22 (1), 24-39
- Asociación de Municipios de la Cuenca del Atrato y Darién - ASOATRATO. (2017). “Bojayá – Chocó “desarrollo con sentido social camino a la paz”. Asoatrato Colombia. <http://asoatrato.gov.co/bojaya/>
- Beltreschi, L., Baltazar de Lima, R. & Dias da Cruz, D. (2019). Traditional botanical knowledge of medicinal plants in a “quilombola” community in the Atlantic Forest

- of northeastern Brazil. *Environment, Development and Sustainability*, 21, 1185–1203.
- BIREME, OPS, OMS. (2017). Descriptores en Ciencias de la Salud: DeCS [Internet]. Sao Paulo (SP): <http://decs.bvsalud.org/E/homepagee.htm>
- Blanco, B., Saborío, A. & Garro, G. (2008). Descripción anatómica, propiedades medicinales y uso potencial de *Plantago major* (llantén mayor). *Tecnología en Marcha*, 21(2), 17-24.
- Blanco, L. & Thiagarajan, T. (2017). Ethno-botanical study of medicinal plants used by the Yucatec maya in the Northern District of Belize. *International Journal of Herbal Medicine*, 5(4), 33-42.
- Boboye, B. & Dayo, I. (2004). Antibacterial effect and minimum inhibitory concentrations of garlic (*Allium sativum*) extracts on some human pathogens. *Biosciences Biotechnology Research Asia*, 1(2), 37-40.
- Bongiorno, P., Fratellone, P. & LoGiudice, P. (2018). Potential Health Benefits of Garlic (*Allium Sativum*): A Narrative Review. *Journal of Complementary and Integrative Medicine*, 5(1), 1-24.
- Bourdy, G., Valadeau, C. & Albán, J. (2008). *Yato' ramuesh: plantas medicinales yaneshas*. Marseille: IRD Éditions. doi: <https://doi.org/10.4000/books.irdeditions.26421>.
- Burgos, A. & Morales, M. (2010). Estudio cualitativo del uso de plantas medicinales en forma complementaria o alternativa con el consumo de fármacos en la población rural de la ciudad de Bulnes, Región del Bío-Bío, Chile. *Boletín Latinoamericano y del Caribe de Plantas Medicinales y Aromáticas*, 9(5), 377-387.
- Cabrera, A. (2017). Estrategias de reparación emergentes desde las comunidades afrodescendientes víctima de desplazamiento forzado. *Integración Académica en Psicología*, 5 (15), 87-95.
- Carrasco, M. (2007). La valoración de la salud. *Kiru*, 4 (2), 83-91.
- Carrillo, R., Lara, B., Ruiz, J. (2010). Hierbas, medicina herbolaria y su impacto en la práctica clínica. *Revista de Investigación Médica Sur México*, 17 (3), 124-130
- Castañeda, R., Natarajana, S., Yule-Jeong, S., Na Hong, B., Ho Kanga, T. (2019). Traditional oriental medicine for sensorineural hearing loss: Can ethnopharmacology contribute to potential drug discovery?. *Journal of Ethnopharmacology*, 231, 409-428.
- Castro, I. (2006). Actualidad de la Medicina Tradicional Herbolaria. *Revista Cubana de Plantas Medicinales*, 11(2). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-47962006000200001&lng=es&tlng=es.
- Celis, M. (2015). *Tripogandra serrulata* (Vahl) Handlos. En R. Bernal., S.R. Gradstein & M. Celis (Eds.). *Catálogo de plantas y líquenes de Colombia*. Instituto de Ciencias Naturales, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. <http://catalogoplantasdecolombia.unal.edu.co>
- Centro Nacional de Memoria Histórica. (2010). *Bojayá: La guerra sin límites*. Centro de Memoria Histórica. 1a ed. Colombia: Aguilar, Altea, Taurus, Alfaguara, S. A.
- Chávez, Y., Camacho, J. & Ramírez, M. (2021a). Diálogo de saberes como dispositivo de empoderamiento en mujeres rurales. Una experiencia de cultivo, producción y comercialización de plantas aromáticas. *Tabula Rasa*, (37), 303-321. doi: <https://doi.org/10.25058/20112742.n37.14>

- Chávez, Y., Ramírez, M., & Camacho, J. (2021b). Análisis multicriterio de plantas medicinales cultivadas en la vereda Ceylan del municipio de Viotá, Cundinamarca, Colombia. *Revista Mutis*, 11(1). doi: 10.21789/22561498.1751
- Chen, G. (2018). La Identidad del Pueblo Maya Achi, antes, durante y después del conflicto armado interno. *Revista Ciencia Multidisciplinaria CUNORI*, 2(1), 91–92. doi:10.36314/cunori.v2i1.60
- Chiu, Y.J., Huang, T.H., Chiu, C.S., Tsung, L., Chen, Y.W., Peng, W.H. & Chen, C. (2012). Analgesic and Antiinflammatory Activities of the Aqueous Extract from *Plectranthus amboinicus* (Lour.) Spreng. Both In Vitro and In Vivo. *Evidence-based complementary and alternative medicine*. 508137. doi: 10.1155/2012/508137.
- Chuctaya, H. & Roque, W. (2018). *Investigación de las tesis realizadas sobre plantas medicinales y alimenticias en la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la Universidad Norbert Wiener del 2012 al 2017*. Fernández, H. F (tesis de pregrado). Universidad Norbert Wiener, Perú.
- Comité por los Derechos de las Víctimas de Bojayá. (2017). Afectaciones en la salud de las personas sobrevivientes a la Masacre de Bojayá ocurrida en 2002. *Comité por los Derechos de las Víctimas de Bojayá*.
- Corte Constitucional. (2009, 26 de enero). Auto 005 de 2009. Sala segunda de revisión. https://www.mintic.gov.co/portal/604/articles-3487_documento.pdf
- DANE. (2019.) Pobreza Monetaria y Multidimensional en Colombia. Colombia: DANE. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/pobreza-y-desigualdad/pobreza-monetaria-y-multidimensional-en-colombia-2019#pobreza-monetaria-departamentos>
- De Andrade, V., & Ross, E. (2005). Beliefs and practices of Black South African traditional healers regarding hearing impairment. *International Journal of Audiology*, 44(9), 489–499. doi:10.1080/14992020500188999
- De-la-Cruz, H., Vilcapoma, G. & Zevallos, P.A. (2007). Ethnobotanical study of medicinal plants used by the Andean people of Canta, Lima, Peru. *Journal of Ethnopharmacology*; 111(2):284-294.
- Departamento Administrativo de Estadísticas - DANE. (2018). Censo Nacional de Población y Vivienda 2018. DANE. <https://dane.maps.arcgis.com/apps/MapSeries/index.html?appid=87e15ac26e164037a79e99fc524885db>
- Departamento del Chocó. (2014). Análisis de Situación de Salud (ASIS) con el Modelo De los Determinantes Sociales de Salud. *Gobernación de Chocó*. http://uvsalud.univalle.edu.co/pdf/procesos_de_interes/asis_departamental_choco.pdf
- Driessnack, M., Sousa, V. y Costa, I. (2007). Revisión de los diseños de investigación relevantes para la enfermería: parte 3: métodos mixtos y múltiples. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(5), 179-182. http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/es_v15n5a24.pdf
- Dyubeni, L. & Buwa, L.V. (2012). An ethnobotanical study of plants used for the treatment of ear, nose and throat (ENT) infections in Nkonkobe Municipality, South Africa. *Journal of Medicinal Plants Research*, 6(14), 2721-2726.

- Ebanks, A.M. (2012). *Plantas Útiles del Municipio de Bonanza* (tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León - Nicaragua.
- El-Hawary, S.H., El-sofany, R., Abdel, A., Ashour, R. & Sleem, (2012) A. Polyphenolics content and biological activity of *Plectranthus ambionicus* (Lour.) Spreng growing in Egypt (Lamiaceae). *Pharmacognosy Journal*, 4(32), 45-54.
- Farzan, B., Abbaszadeh, S. & Teimouri, H. (2019). Ethnobotanical treatments for earache and sore throat. *International Journal of Research in Pharmaceutical Sciences*, 10, 1354-1360.
- Fernández-Alonso, J.L. (2015). *Plectranthus amboinicus* (Lour.) Spreng. En R. Bernal., S.R. Gradstein & M. Celis (Eds.). *Catálogo de plantas y líquenes de Colombia*. Instituto de Ciencias Naturales, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. <http://catalogoplantadescolombia.unal.edu.co>
- Ferrão, B.H., Barros de Oliveira, H., Molinari, R., Bicalho, M., Gatti-Fontes, G., de Oliveira, F., Barcellos da Rosa, M. & Amaro de Carvalho, C. (2014). Importância do conhecimento tradicional no uso de plantas medicinais em Buritis, MG, Brasil. *Ciência e Natura*, 36, 321–334. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4675/467546183031>
- Foxlee, R., Johansson, A.C., Wejfalk, J., Dawkins, J., Dooley, L. & Del Mar, C. (2006). Topical analgesia for acute otitis media. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3. Art. No:CD005657.
- Gallegos-Zurita, M. (2016). Las plantas medicinales: principal alternativa para el cuidado de la salud, en la población rural de Babahoyo, Ecuador. *Anales de la Facultad de Medicina*, 77(4), 327-332. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832016000400002&lng=es&tlng=es.
- Gervás, J., Del Burgo, J. & Pérez, M. (1987). “Historia clínica”. En J. Gervás (Coord). *Los Sistemas de registro en la atención primaria de salud*. Madrid CESCO, p. 40.
- Gómez, H., Díaz, F., Franco, L., Mercado, J., Guzmán, J., Medina, J.D. & Gaitán, R. (2011). Folk medicine in the northern coast of Colombia: an overview. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*, 7, 27. doi: 10.1186/1746-4269-7-27
- Guarrera, P.M. (2005). Traditional phytotherapy in Central Italy (Marche, Abruzzo, and Latium). *Fitoterapia*, 76, 1 – 25.
- Gupta, M., Solis, P., Calderon, A., Guionneau, F., Correa, M., Galdames, C., Guerra, C., Espinosa, G., Alvenda, I., Robles, G. & Ocampo, R. (2005). Medical Ethnobotany of the Teribes of Bocas del Toro. Panama. *Journal of ethnopharmacology*, 96, 389-401.
- Gwilt, P. R., Lear, C. L., Tempero, M. A., Birt, D. D., Grandjean, A. C., Ruddon, R. W., & Nagel, D. L. (1994). The effect of garlic extract on human metabolism of acetaminophen. *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention*. *American Association for Cancer Research*, 3(2), 155–160.
- Henao, A. (2020). Aportes para la comprensión diferenciada en el acompañamiento a las personas y comunidades víctimas de minas antipersonal en Colombia. *Trabajo social*, 22(1), 153-175. doi:10.15446/ts.v22n1.79212
- Henríquez-Chacín, B. (2020). Sembrar el futuro, recordar el pasado: plantas y reconfiguración de la vida en Bellavista, Bojayá. *Revista Colombiana de Antropología*, 56(2), 139-168. doi: 10.22380/2539472x.790

- Jamilah, J., Sharifa, A.A. & Sharifah, N.R. (2012). GC-MS Analysis of Various Extracts from Leaf of *Plantago major* Used as Traditional Medicine. *World Applied Sciences Journal*, 17, 67-70.
- Kozuharova, E., Lebanova, H., Getov, I., Benbassat, N. & Napier, J. (2013). Descriptive study of contemporary status of the traditional knowledge on medicinal plants in Bulgaria. *African journal of pharmacy and pharmacology*, 7(5), 185-198.
- Londoño, N.H., Muñiz, O., Correa, J.E., Patiño, C.D., Jaramillo, G., Raigoza, J., Toro, L., Restrepo, D. A. & Rojas, C. (2005). Salud mental en víctimas de la violencia armada en Bojayá (Chocó, Colombia). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXIV(4), 493-505. <https://www.redalyc.org/pdf/806/80634403.pdf>
- Losonczy, A. (1993). De lo vegetal a lo humano: un modelo cognitivo afro-colombiano del Pacífico. *Revista Colombiana de Antropología*, 30, 38-57.
- Lozano, A., Lima, E., Trindade, M.F. & Albuquerque, U. (2014). The apparency hypothesis applied to a local pharmacopoeia in the Brazilian northeast. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*, 10(1), 2-18.
- Lukhoba, C., Simmonds, M. & Paton, A. (2006). *Plectranthus*: A review of ethnobotanical uses. *Journal of ethnopharmacology*, 103, 1-24.
- Mans, D. & Grant, A. (2017). “A thing of beauty is a joy forever”. Plants and plant-based preparations for facial care in Suriname. *Clinical and Medical Investigations*, 2(4), 1-16.
- Martínez, S. (2008). Poder, conocimiento y creencia: por los caminos de la ruda en la localidad séptima de Bogotá, Colombia. *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología*, (6), 153-170. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1900-54072008000100009&lng=en&tlng=es.
- Melvin, M., Jayachitra, J. & Vijayapriya, M. (2009). Antimicrobial activity of some common spices against certain human pathogens. *Journal of Medicinal Plants Research*, 3(11), 1134-1136.
- Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional?. *Alteridades*, 7(4), 71-83.
- Meriga, B., Mopuri, R. & MuraliKrishna, T. (2012). Insecticidal, antimicrobial and antioxidant activities of bulb extracts of *Allium sativum*. *Asian Pacific journal of tropical medicine*, 5, 391-5.
- Messias, M., Menegatoo, MF., Prado, A., Ross, B., Guimaraes, M. (2015). Uso popular de plantas medicinais e perfil socioeconômico dos usuários: um estudo em área urbana em Ouro Preto, MG, Brasil. *Revista Brasileira de Plantas Medicinais*, 17(1), 76-104.
- Ministerio de Salud y Protección social. (2015). Análisis de Situación de la Salud Auditiva y Comunicativa en Colombia - Convenio 519 de 2015. Promoción y Prevención Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/asis-salud-auditiva-2016.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). Cifras de aseguramiento en salud. Gobierno de Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>

- Morales, F., Padilla, S. & Falconí, F. (2017). Medicinal Plants Used in Traditional Herbal Medicine in The Province of Chimborazo, Ecuador. *African Journal of Traditional, Complementary and Alternative Medicine*, 14 (1), 10-15.
- Moreno, D. & Urrego, Z. (2021). Salud auditiva en víctimas afrocolombianas del conflicto armado, sobrevivientes de artefacto explosivo improvisado. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 50(2), e02101032.
<http://www.revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/1032/873>
- Ochoa, A.M. (2017). *Conocimiento y uso tradicional del recurso fitomedicinal de la comunidad del río Yurumanguí, distrito de Buenaventura* (tesis de maestría) Universidad de Manizales, Manizales - Colombia.
- Okere, O., Sangodele, J., Adams, M., Ogunwole, E. & Shafe, M. (2014). Antibacterial and Antifungal Activity of Methanolic Leaf Extract of *Allium sativum* on Selected Pathogenic Strains. *International Journal of tropical disease & Health*, 4(11), 1146-1152.
- Orjuela, D. (2020). ¿Qué hacemos con tanto muerto junto? Tratar la muerte violenta y masiva en el Medio Atrato. *Revista Colombiana de Antropología*, 56(2),51-78.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105064118003>
- Patel, R., Mahobia, N., Manjul, P.S., Gulzar, A., Anit, S. & Singh, S. (2010). *Plectranthus amboinicus* (lour) spreng: An overview. *The Pharma Research*, 4, 01-15.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD. (2015). Perfil productivo municipio Bojayá – Chocó. PNUD.
https://issuu.com/pnudcol/docs/perfil_productivo_bojay__
- Rama, V., Shiddamallayya, N., Kavya, N., Kavya, B. & Venkateshwarlu, G. (2015). Diversity and therapeutic potentiality of the family Lamiaceae in Karnataka State, India: An overview. *International Daily Journal for Species*, 13(37), 6-14.
- Ramírez, H., Castro, L. & Martínez, E. (2016) Efectos terapéuticos del ajo (*Allium sativum*). *Salud y Administración*, 3 (8), 39-47.
- Richeri, M., & Ladio, A. & Beeskov, A. (2013). Conocimiento tradicional y autosuficiencia: la herbolaria rural en la Meseta Central del Chubut (Argentina). *Boletín Latinoamericano y del Caribe de Plantas Medicinales y Aromáticas*, 12(1),44-58.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=85625709006>
- Ríos-Camargo, N. & Urrego-Mendoza, Z. (2021). Itinerarios terapéuticos: una revisión de alcance. *Revista de Salud Pública*, 23(1). doi: 10.15446/rsap.v23n1.92447
- Rodríguez, C., Alonso, T. & Cavelier, I. (2017). Raza y derechos humanos en Colombia: Informe sobre discriminación racial y derechos de la población afrocolombiana. Observatorio de discriminación racial. Universidad de los Andes.
www.dejusticia.org/wp-content/uploads/2017/04/fi_name_recurso_202.pdf
- Roumy, V., Gutierrez, A., Mesia, J., Ruiz, L., Macedo, J., Abedini, A., Landoulsi, A., Samaille, J., Hennebelle, T., Rivière, C. & Neut, C. (2015). In vitro Antimicrobial Activity of Traditional Plant Used in Mestizo Shamanism from the Peruvian Amazon in Case of Infectious Diseases. *Pharmacognosy Magazine*, 11(44-4), S625-S633.
- Sajem, A. & Gosai, K. (2010). Ethnobotanical investigations among the Lushai tribes in North Cachar Hills district of Assam, Northeast India. *Indian journal of traditional knowledge*, 9, 108-113.

- Santos de Andrade, M., Taina-Tormem, L., & Alves de Souza, P. (2020). Popular practice applied the pain of hearing. *Research, Society and Development*, 9(7), 1-15.
- Sarrell, E., Avner, H. & Kahan, E. (2003). Naturopathic Treatment for Ear Pain in Children. *Pediatrics*, 111(5), e574-e579.
- Sarrell, E., Cohen, H.A. & Kahan, E. (2007). Management of Acute Otitis Media: Efficacy of Naturopathic Eardrops vs Antibiotic Treatment. *Archivos en medicina familiar*, 9(1), 31-39.
- Shah, N.C. (2014). Allium sativum (Garlic): The Folk and Modern uses-Part I. *The Scitech Journal*, 1(5), 31-36.
- Shaikh, R.U., Dukare, D., Sarwade, K.P. & Sarwade, P. (2014). Ethnobotanical Study of Folk Medicinal Plants used by Villagers in Nanded District of Maharashtra (India). *International Journal of Ayurvedic and Herbal Medicine*, 4(5), 1585-1595.
- Shakir Al-Taie, K.L. & Rashseed, H.M. (2020). Study of the synergism effect of garlic and extra virgin olive oil against some otitis externa and otitis media bacteria in vitro. *Plant Archives*, 20(1), 176-180.
- Silja, V.P., Samitha, K. & Mohanan, K.V. (2008). Ethnomedicinal plant knowledge of the Mullu kuruma tribe of Wayanad district, Kerala. *Indian Journal of Traditional Knowledge*, 7(4), 604-612.
- Urrego, Z.C., Piñeros, G., Moreno, N., Hernández, M.E., Calderón, M.C., Moreno, D.M., Rojas, M.A. & Peralta, J.A. (2021). Situación de salud en una comunidad afrocolombiana sobreviviente a la masacre de Bojayá, Chocó. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 39(1), e340623. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e340623>
- Uzun, L., Balbaloglu, E. & Akinci, H. (2012). Garlic-supplemented diet attenuates gentamicin-induced ototoxicity: an experimental study. *Annals of Otolaryngology & Laryngology*, 121, 139-143.
- Uzun, L., Kokten, N., Cam, O. H., Kalcioğlu, M. T., Ugur, M. B., Tekin, M. & Acar, G. O. (2016). The Effect of Garlic Derivatives (S-Allylmercaptocysteine, Diallyl Disulfide, and S-Allylcysteine) on Gentamicin Induced Ototoxicity: An Experimental Study. *Clinical and experimental otorhinolaryngology*, 9(4), 309-313. doi: 10.21053/ceo.2015.01032
- Valadeau, C., Alban, J., Sauvain, M., Lores, A. & Bourdy, G. (2009). The rainbow hurts my skin: Medicinal concepts and plants uses among the Yanasha (Amuesha), an Amazonian Peruvian ethnic group. *Journal of ethnopharmacology*, 127, 175-92.
- van Andel, T. (2000). Non-timber forest products of the North-West District of Guyana. Part II Field Guide. Universiteit Utrecht.
- Veiga de Cabo, J., Fuente, E. & Zimmermann, M. (2008). Modelos de estudios en investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 54(210), 81-88. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2008000100011&lng=es&tlng=es.
- Vicepresidencia de la República. (2012). Glosario Nacional Básico General de Términos de Acción Integral contra Minas Antipersonal. Bogotá. Programa Presidencial para la Acción Integral contra Minas Antipersonal.

- Viswanathan, V., Phadatare, A. & Mukne, A. (2014). Antimycobacterial and Antibacterial Activity of *Allium sativum* Bulbs. *Indian journal of pharmaceutical sciences*, 76, 256-61.
- Wu, X., Li, X., Song, Y., Li, H., Bai, X., Li, W., Han, Y., Xu, L., Li, J., Zhang, D., Wang, H. & Fan, Z. (2017a). Allicin protects auditory hair cells and spiral ganglion neurons from cisplatin – induced apoptosis. *Neuropharmacology*; 116: 429–440.
- Wu, X., Cai, J., Li, X., Li, H., Li, J., Bai, X., Liu, W., Han, Y., Xu, L., Zhang, D., Wang, H. & Fan, Z. (2017b). Allicin protects against cisplatin-induced vestibular dysfunction by inhibiting the apoptotic pathway. *European Journal of Pharmacology*, 805, 108–117.
- Zambrano, L., Buenaño, M., Mancera, N. & Jiménez, E. (2015). Estudio etnobotánico de plantas medicinales utilizadas por los habitantes del área rural de la Parroquia San Carlos, Quevedo, Ecuador. *Universidad y Salud*, 17(1), 97-111.
- Zuluaga-Sánchez, G. & Arango-Vargas, C. (2013). Mujeres campesinas: resistencia, organización y agroecología en medio del conflicto armado. *Cuadernos de Desarrollo Rural*, 10(72), 159-180.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-14502013000300009&lng=en&tlng=es.