

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DEL PERÚ**

Facultad de Ciencias Sociales



Itinerarios terapéuticos en la atención de la gripe (sugkúg) y el daño (waweamu) en los awajún residentes en la ciudad de Lima: narrativas y significados

Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Antropología que presenta:

Irene Fidela Cristóbal Ponce

Asesor:

Oscar Alberto Espinosa de Rivero

Lima, 2021



A DC, nuestra niña amada, nuestra redención. A mí adorada familia: mi esposo Edinson, mi hermano Max, mi papá Machi.

Al pueblo awajún, con todo mi aprecio.

Resumen

Esta investigación es una aproximación desde una perspectiva fenomenológica, a los significados de los itinerarios de salud seguidos y a las terapéuticas utilizadas por personas awajún que viven en la ciudad de Lima en su búsqueda de bienestar para aliviar la gripe y el daño, a través del estudio de sus narrativas. La pregunta principal que ha guiado la investigación es: ¿Qué itinerarios terapéuticos siguen los residentes awajún en la ciudad de Lima para tratar la gripe y el daño y qué significados emergen de estos procesos? La investigación es importante académicamente debido a que hay pocos estudios con datos sustantivos acerca de rutas en salud e itinerarios terapéuticos para las poblaciones indígenas amazónicas en las zonas urbanas. Aquí se trata de un malestar reconocido en el sistema biomédico occidentalizado (la gripe) y un malestar que no es reconocido en este sistema (el daño), pero que halla su sentido en el marco de concepciones culturales y de salud/ bienestar de la población entrevistada. Los objetivos han sido, en primer lugar, identificar cuáles son los itinerarios terapéuticos que siguen los awajún residentes en la ciudad de Lima para conseguir tratamiento para la gripe, así como identificar cuáles son los itinerarios terapéuticos que siguen los awajún residentes en la ciudad de Lima para conseguir tratamiento para el daño. En segundo lugar, explicar los significados que los awajún que viven en Lima asocian a los elementos y alternativas de distintos modelos en salud para tratar la gripe, así como para tratar el daño, a través de sus narrativas. En tercer lugar, explicar los significados de haber utilizado/ recurrido a dichos elementos y alternativas de salud para el alivio y/o tratamiento de la gripe, así como para el alivio y/o tratamiento del daño, a través de las narrativas de los residentes awajún con quienes se conversó.

Palabras clave

Itinerarios terapéuticos, fenomenología, gripe, daño, población awajún en Lima.

Índice

Capítulo. 1 Proyecto de investigación	1
1.1 Introducción	1
1.2 Marco Teórico	6
1.2.1 Perspectiva fenomenología acerca del cuerpo y la experiencia	6
1.2.2 El cuerpo y los procesos de salud y enfermedad en poblaciones awajún	8
1.2.3 Pluralismo médico, intermedicalidad e itinerarios terapéuticos	23
1.2.4 Narrativas de aflicción	30
1.3 Estado de la cuestión.....	34
1.3.1 Pluralismo médico en poblaciones awajún	35
1.3.2 Pluralismo médico en zonas rurales	36
1.3.3 Pluralismo médico en zonas urbanas	40
1.3.4 Intermedicalidad e itinerarios terapéuticos en la Amazonía y en las tierras bajas sudamericanas.....	41
1.4 Diseño Metodológico.....	43
1.4.1 Metodología y técnicas de recojo de información	43
1.4.2 Sobre el trabajo de campo.....	46
1.4.3 Dificultades	48
Capítulo 2. Ámbito de la investigación	51
2.1 Acerca de la población awajún	51
2.2 De Condorcanqui y Bagua a Lima.....	52
2.2.1 Condorcanqui	56
2.2.2 Bagua	59
2.3 Dinámicas actuales entre los casos estudiados en Lima	62
2.3.1 Identificación de los informantes.....	62
2.3.2 La comunidad y la migración en las memorias de los informantes	65
2.3.3 Vida, contexto actual y desplazamientos.....	81
Capítulo 3. Narrativas y significados sobre los itinerarios terapéuticos para aliviar la gripe y el daño	91
3.1 Significados de salud y de malestar/ enfermedad para los awajún	92
3.1.1 Significados acerca de la salud	92
3.1.2 Significados acerca de la enfermedad y el malestar.....	94
3.2 La gripe y el daño en las narrativas	97

3.3	Significados acerca de las terapéuticas o fuentes de salud y los itinerarios de salud seguidos para aliviar la gripe	99
3.3.1	La gripe en las voces de los informantes.....	99
3.3.2	Itinerarios terapéuticos seguidos para aliviar la gripe	101
3.3.3	Significados que emergen de los itinerarios para aliviar la gripe y los recursos terapéuticos utilizados.	138
3.4	Significados acerca de las terapéuticas o recursos de salud y los itinerarios seguidos para aliviar el daño.....	156
3.4.1	El daño en las voces de los informantes	157
3.4.2	Itinerarios terapéuticos seguidos para aliviar el daño	162
3.4.3	Significados que emergen de los itinerarios para aliviar el daño y los recursos terapéuticos utilizados	183
	Conclusiones.....	202
	Bibliografía	213



Índice de gráficos

Gráfico 1. Itinerario de Ricardo	106
Gráfico 2. Itinerario de Rodrigo	110
Gráfico 3. Itinerario de Antonio.....	113
Gráfico 4. Itinerario de Francisco	116
Gráfico 5. Itinerario de Alejandra.....	122
Gráfico 6. Itinerario de Mariana.....	127
Gráfico 7. Itinerario de Francisco	165
Gráfico 8. Itinerario de Alejandra.....	170



Índice de cuadros

Cuadro 1. Departamentos censados con mayor población con más de 5 años que tiene la lengua awajún como lengua materna	51
Cuadro 2. Nivel educativo de población censada de 15 y más años de edad en el departamento de Amazonas	53
Cuadro 3. Población censada de 5 y más años por lengua materna aprendida en la niñez en el departamento de Amazonas	54
Cuadro 4. Población censada de 12 y más años de edad por autopercepción étnica en el departamento de Amazonas	54
Cuadro 5. Población censada con acceso a seguro de salud de acuerdo a edades en el departamento de Amazonas	55
Cuadro 6. Datos generales de las y los informantes	64
Cuadro 7. Malestares que han afectado en Lima a los informantes awajún	98
Cuadro 8. Lista de malestares identificados por los entrevistados de acuerdo a jerarquía de ocurrencia durante su vida en Lima	99
Cuadro 9. Los informantes y la gripe	101
Cuadro 10. Leyenda.....	103
Cuadro 11. Significados asociados a los recursos terapéuticos empleados para tratar la gripe	148
Cuadro 12. Significados sobre la capacidad terapéutica de los recursos empleados en los itinerarios seguidos para aliviar la gripe	153
Cuadro 13. Los informantes y el daño	161
Cuadro 14. Significados asociados a los recursos terapéuticos para tratar el daño	189

Índice de mapas

Mapa 1. Amazonas, distribución espacial de la población por etnia	55
Mapa 2. Provincia de Condorcanqui	58
Mapa 3. Provincia de Bagua	61



Capítulo. 1 Proyecto de investigación

1.1 Introducción

Este trabajo de investigación es una aproximación a los significados de los itinerarios de salud seguidos y a las terapéuticas utilizadas por personas awajún que viven y/o residen habitualmente en la ciudad de Lima en su búsqueda de bienestar para aliviar la gripe y el daño, a través del estudio de sus narrativas. Según estas personas, la gripe, y en segundo lugar el daño, aparecen como los principales y más frecuentes malestares¹. Esto está relacionado con el pluralismo médico y la amplia oferta de opciones terapéuticas afines a modelos de atención de salud que existen en Lima (biomédica occidental, tradicional amazónica, andina, terapias alternativas, autoatención, etc.). Dicha búsqueda de bienestar estaría mediada por distintos aspectos: cuestiones económicas, políticas y culturales; opciones terapéuticas accesibles; a las decisiones de seguir un itinerario u otro para conseguir prevención, diagnóstico o tratamiento; así como a los significados y razones asociadas a estas decisiones.

Esta investigación comienza analizando las concepciones e interpretaciones de las personas acerca de su salud y enfermedad, y las razones que las motivan a buscar atención para sus aflicciones. Involucra significados acerca de las alternativas de salud existentes, que intervienen en la decisión de elegir, combinar o descartar opciones terapéuticas. Subsecuentemente, indaga sobre los significados que los residentes awajún en la ciudad de Lima otorgan a sus opciones para seguir determinados itinerarios médicos, en casos para el alivio y tratamiento de la gripe y en otros para el alivio y tratamiento del daño. Así, la gripe y en segundo lugar el daño, son considerados como los malestares que la mayoría de ellos ha padecido en Lima.

¹ Para esta investigación se considera malestar como una situación general que aqueja, incomoda, aflige de alguna manera y causa formas y niveles de padecimiento y aflicción a las personas con quienes se conversó. Es de esta manera que los propios informantes pueden establecer sus categorías y narrar sus experiencias a lo largo de la conversación.

La pregunta principal que ha guiado la investigación es: ¿Qué itinerarios terapéuticos siguen los residentes awajún en la ciudad de Lima para tratar la gripe y el daño y qué significados emergen de estos procesos? Subsecuentemente, los objetivos han sido, en primer lugar, identificar cuáles son los itinerarios terapéuticos que siguen los awajún residentes en la ciudad de Lima para conseguir tratamiento para la gripe, así como identificar cuáles son los itinerarios terapéuticos que siguen los awajún residentes en la ciudad de Lima para conseguir tratamiento para el daño. En segundo lugar, explicar los significados que los awajún que viven en Lima asocian a los elementos y alternativas de distintos modelos en salud para tratar la gripe, así como para tratar el daño, a través de sus narrativas. En tercer lugar, explicar los significados de haber utilizado/ recurrido a dichos elementos y alternativas de salud para el alivio y/o tratamiento de la gripe, así como para el alivio y/o tratamiento del daño, a través de las narrativas de los residentes awajún con quienes se conversó.

La investigación cualitativa ha consistido en conversaciones y narrativas extensas realizadas a 6 residentes awajún, considerados informantes para esta investigación (2 mujeres y 4 varones) en un lapso de febrero a abril del 2019 en la ciudad de Lima. Hay que resaltar que las personas entrevistadas tienen educación superior y están en posiciones de liderazgo tanto laboral, ya que tienen cargos en entidades del estado o son activistas sociales.

La información obtenida se ha organizado en 3 capítulos y conclusiones finales. El primer capítulo, en su primera sección, trata sobre el proyecto de investigación; para ello se ha argumentado el problema y se ha proporcionado justificaciones de índole personal, académica y política. También se presentan aquí las preguntas y los objetivos de investigación. Una segunda sección presenta el marco teórico para conocer el abordaje fenomenológico que se ha aplicado en la investigación, así como para dilucidar aspectos conceptuales pertinentes para la comprensión de la presente tesis. Así también, en el estado de la cuestión se presenta las diversas corrientes de estudios antropológicos

relacionados con los itinerarios terapéuticos y el pluralismo médico en contextos amazónicos y urbanos. Una tercera sección describe y narra tanto los logros como las vicisitudes del trabajo de campo, así como brinda un panorama del diseño metodológico del mismo.

El segundo capítulo presenta el ámbito de la investigación. Aquí se presenta ampliamente el contexto de la investigación, se caracterizan los informantes y se contextualizan las condiciones de vida y de procedencia de los pueblos originarios de los informantes.

El tercer capítulo presenta los resultados de la investigación obtenidos luego del trabajo de campo a través de las narrativas. Dichos datos y narrativas son analizados e interpretados. Se responden la pregunta y sub preguntas de investigación con respecto a las rutas seguidas e itinerarios terapéuticos tanto para tratar la gripe como para tratar el daño, en cuanto a sus significados para los informantes, y en relación a los objetivos planteados para la investigación.

Las conclusiones se plantean como acápite final del trabajo. Esta es una sección que muestra interpretativamente los significados y las decisiones de los informantes acerca de sus itinerarios terapéuticos para aliviarse de la gripe, así como para aliviarse del daño, considerados como los principales y más frecuentes malestares. Se presentan conclusiones que corresponden a las narrativas analizadas y que permiten echar luces acerca de la búsqueda de salud y bienestar de los awajún, que se consideran a sí mismos como usualmente sanos, y que son una población originaria en un contexto urbano, que es también una población oculta en la ciudad de Lima.

Justificación:

La investigación es importante académicamente debido a que hay pocos estudios con datos sustantivos acerca de rutas en salud e itinerarios terapéuticos para las poblaciones indígenas amazónicas en las zonas urbanas.

En este caso, se trata de los itinerarios terapéuticos para tratar y/o aliviar la gripe, pero también itinerarios terapéuticos para tratar y/o aliviar el daño. Aquí se trata de un malestar reconocido en el sistema biomédico occidentalizado (la gripe) y un malestar que no es reconocido en este sistema (el daño), pero que halla su sentido en el marco de concepciones culturales y de salud/ bienestar de la población entrevistada.

Académicamente, se trata de una doble insuficiencia ya que ocurre no únicamente para las poblaciones awajún, sino para las poblaciones amazónicas en general; pero también, esta ausencia de estudios es con respecto a los contextos urbanos de departamentos de los que proceden originalmente, como con respecto a la ciudad de Lima. En este escenario, hay que remarcar que el número de personas indígenas en zonas urbanas sigue creciendo por motivos diversos: trabajo, estudio, salud, visitas, etc.

Otro punto a considerar, es que, de acuerdo al ASIS (Análisis de la Situación de Salud) de Lima 2015, la tasa más alta de morbilidad en la ciudad de Lima en adultos y jóvenes es de enfermedades respiratorias. En segundo lugar, enfermedades en partes del aparato digestivo y en tercer lugar, trastornos relacionadas con el embarazo.² Otro factor para considerar los malestares y aflicciones tanto respiratorios como del estómago y órganos asociados en la investigación es que, de acuerdo con comunicaciones iniciales con los informantes, se mencionan los cambios de temperatura y los cambios en la dieta alimenticia como aspectos relacionados con los procesos de salud y enfermedad.

En el plano personal y profesional, esta investigación está motivada por la búsqueda de la comprensión, desde el marco de la antropología médica y la fenomenología, de las experiencias de las personas en sus situaciones de

² Se refiere a datos del 2015. Estos datos son los más actualizados que incluyen a Lima metropolitana, ya que el ASIS de la región Lima al 2017, no incluye a Lima Metropolitana sino únicamente a otras provincias.

salud/enfermedad, tanto para la construcción de su subjetividad, como para su propia comprensión y acceso al mundo, en un contexto de múltiples desigualdades y distinto al de sus orígenes.

Constituye asimismo un desafío particular y metodológico al tratarse de una población oculta, dispersa y con alta movilidad geográfica. Por ello, la comprensión de los significados relacionados con la salud y la enfermedad como experiencias profundamente personales y vividas, coadyuvan a una mejor comprensión del otro antropológico, pero también, de los malestares y aflicciones que vive un sector de la población peruana –la población amazónica awajún– que ha sido subalternizada constantemente hasta el presente.

Objetivos:

Identificar cuáles son los itinerarios terapéuticos que siguen los awajún que residen en la ciudad de Lima para conseguir tratamiento para la gripe y para el daño.

Explicar los significados que los awajún que residen en Lima, asocian a las alternativas de salud que tienen para tratar la gripe y el daño, a través de sus narrativas.

Explicar los significados de haber seguido un itinerario terapéutico para el tratamiento y alivio de la gripe y el daño a través de las narrativas de los awajún que residen en la ciudad de Lima.

Preguntas de investigación:

¿Qué itinerarios terapéuticos siguen los residentes awajún en la ciudad de Lima para tratar la gripe y el daño y qué significados emergen de estos procesos?

Sub-preguntas:

1. ¿Cómo interpretan los procesos de salud y enfermedad los awajún que residen en la ciudad de Lima?
2. ¿Cuáles son los itinerarios terapéuticos que los awajún que residen en la ciudad de Lima siguen para aliviar y tratar la gripe y el daño, y los significados asociados a recurrir y/o utilizar alternativas en salud?
3. ¿Cuáles son los significados para los awajún que residen en la ciudad de Lima, de haber seguido un itinerario terapéutico para el tratamiento y alivio de la gripe y el daño?

1.2 Marco Teórico

El marco teórico que orienta esta investigación parte de una perspectiva fenomenológica que considera conceptos del cuerpo, enfermedad y salud en poblaciones awajún, que se han revisado en la literatura etnográfica y que aportan teórica o metodológicamente a la realización y comprensión de la tesis. El abordaje es mediante las narrativas de aflicción acerca de los procesos de salud y enfermedad que se despliegan en los itinerarios médicos de los informantes, en un sistema de salud pluralista y de intermedicalidad.

1.2.1 Perspectiva fenomenología acerca del cuerpo y la experiencia

Desde esta perspectiva teórica (Merleau-Ponty, 1975) señala que la fenomenología es: "...el estudio de las esencias (...) la esencia de la percepción, la esencia de la conciencia, por ejemplo." Es además una reseña, "...una reseña del espacio, del tiempo y del mundo "vividos" (Merleau-Ponty, 1975, p.7); es decir, el mundo tal como se ha experimentado y se ha percibido, además de ser una "... descripción directa de nuestra experiencia tal como es" (1975, p. 7).³³ En correlato con lo anterior, la perspectiva fenomenológica trata

³ Siguiendo a Merleau-Ponty en *Fenomenología de la percepción*, se desprende que lo que denomina "fenómeno", se construye en base a la percepción, en base a la experiencia. Estas experiencias vividas corresponden a la percepción de mundo, pero como se ha señalado,

de "...describir la percepción del mundo como aquello que funda para siempre nuestra idea de la verdad. No hay que preguntarse pues, si percibimos verdaderamente un mundo; al contrario, hay que decir: el mundo es lo que percibimos." (Merleau-Ponty, 1975, p.16). Para el autor, el propósito de la fenomenología es estudiar y describir la esencia de la experiencia humana vivida. Aunque el mundo tendría una constitución previa y no sea resultado del pensamiento, lo importante es el acceso a dicho mundo a través de la experiencia. Por lo que "(...) la percepción no se presume como verdadera, sino definida por nosotros como acceso a la verdad. (...) El mundo no es lo que yo pienso, sino lo que yo vivo." (Merleau-Ponty, 1975, p.16). De esta manera, el mundo es un mundo vivido, experimentado, en el cual, los límites del mundo son los del cuerpo, y el límite del cuerpo es la muerte. Bajo esta corriente teórica, lo que se subraya es la descripción de la experiencia vivida como forma de abordar la comprensión de la existencia del mundo, pero también la comprensión de la existencia del cuerpo. Se percibe y accede al mundo, pero también se percibe y accede al cuerpo. Por lo tanto, se debe remarcar que la relevancia de la verdad de lo que el cuerpo o los cuerpos perciben, está subordinada al proceso mismo de percibir, de vivir, de acceder a tal o cual verdad a través de la experiencia. Es decir, la dimensión de acceso a la verdad de la percepción en cuanto producida por la experiencia. La verdad es lo que se vive, lo que se experimenta. A ello se refiere Merleau-Ponty cuando se remite a "la experiencia de verdad". Es de esta manera que la fenomenología aporta un corpus teórico para la comprensión de las descripciones de estas experiencias de verdad, a través de las narrativas que los cuerpos –los actores– puedan narrar, contextualizadas en un espacio, en un tiempo y en un mundo vividos.

Dialogando desde una aproximación antropológica médica con la perspectiva fenomenológica, para (Good, 2003) "el cuerpo es la fuente creativa de la experiencia." Y particularmente, la experiencia de la enfermedad.

también a la percepción del cuerpo.

Convenientemente el autor enfatiza en “las relaciones entre la experiencia corporal, el significado intersubjetivo, las estrategias narrativas que reflejan y reelaboran las experiencias de la enfermedad y las prácticas sociales que canalizan el comportamiento de la enfermedad...” (2003, p. 218). En este sentido, para Good, (2003) la aproximación fenomenológica de la enfermedad y la salud comprende entonces la dimensión de la experiencia que conduce a la dimensión narrativa para reconstruir y describir el mundo. Los autores se remiten a lo imaginado de lo recordado, a la fuerza de las afectividades y sensaciones, a las percepciones derivadas de experiencia vivida que configuran la percepción y finalmente la calidad de la experiencia que cada persona experimenta y que se expresa en sus narrativas. De esta manera, las personas construyen su propia vivencia del problema o situación crítica – de salud- que los afecta, que los aflige, que los perturba biológica y socialmente. Estas vivencias se entrelazan con percepciones y experiencias previas, están determinadas por la afectividad, pero también de acuerdo a Good “revelan las prácticas e ideologías que codifican las estructuras de las relaciones sociales y el poder” (2003, p.246).

1.2.2 El cuerpo y los procesos de salud y enfermedad en poblaciones awajún

Comprender la construcción y dimensionalidad del cuerpo y la persona es iniciar un itinerario de comprensión del otro antropológico. Referirse a la perspectiva del cuerpo es también clave para la comprensión de los procesos de salud y enfermedad en toda población y cultura. En este sentido, para Green (2009), los awajún considerados como parte de las poblaciones jíbaras, han estado ubicados en el extremo de la otredad de ciertas sociedades sudamericanas.

Desde el punto de vista de las tempranas crónicas españolas hasta las representaciones turísticas contemporáneas, los jíbaros representan uno de los Otros más exóticos en la imaginación colonial de Sudamérica. (Greene, 2009, p.55).

A continuación, se recuperan de diversas investigaciones etnográficas, la perspectiva de las poblaciones awajún con respecto al cuerpo y a los procesos de salud y enfermedad.

Brown (1984, p. 174) se refiere al cuerpo como una dimensión física que conjuntamente con una dimensión espiritual constituyen a la persona humana. Señala que desde la perspectiva awajún, “el cuerpo (*iyásh*) tiene movimiento y sensibilidad porque posee una o más almas”. Y “El término *wakán* es usado para indicar el "alma" en el sentido más general. (...) las almas animan al cuerpo físico y viceversa. Los dos son diferentes en ciertos aspectos, pero son parte integrante de la misma realidad.” (Brown, 1984, p. 204).

Al respecto, Garra (2012, p.9) incide en la vinculación relacional de las personas humanas con otros seres y subjetividades visibles o invisibles, ya que comparten conjuntamente atributos de humanidad, como la dimensión espiritual o *wakan*.

Los awajún no distinguen ontológicamente la sociedad humana de los seres que pueblan su entorno: el mundo es poblado de subjetividades, seres visibles e invisibles que comparten muchas de sus calidades interiores (autoconciencia, sensibilidad, carácter, palabra, etcétera) con los seres humanos, es decir poseen lo que en castellano podría traducirse como «alma» y que los awajún denominan *wakan*.

En este sentido, Descola (1996) y Greene (2009) proponen además que no solo los seres humanos son personas o *aents*, sino también la mayor parte de las plantas, animales y astros:

...todos los seres de la naturaleza poseen algunos atributos de la humanidad y las leyes que los rigen son casi idénticas a aquellas de la sociedad civil. Los hombres y la mayor parte de las plantas, de los animales y de los meteoros son personas (*aents*) dotados de un alma (*wakan*) y de una vida autónoma. (Descola, 1996, p.132)

Los aguarunas consideran a los humanos, a ciertos animales, a las plantas e incluso ciertos fenómenos meteorológicos como *aents* en las circunstancias apropiadas y le atribuyen además un *wakan*, una suerte de alma. (Greene, 2009, p. 77)

De la revisión anterior se desprende que el *iyash* corresponde a una corporalidad relacionada con lo físico mientras el *wakán* corresponde a una corporalidad relacionada con lo espiritual. Ambas dimensiones son necesarias para la sobrevivencia de la persona o *aents* y aunque son diferentes, son dimensiones del mismo sujeto o persona. De esta manera, las personas humanas se componen de *iyash*, a modo de un cuerpo con características físicas y de *wakán* a modo de un alma o conjunto de almas.

Desde la perspectiva awajún, los seres humanos son personas, pero también lo serían las plantas, animales, ciertos astros y fenómenos meteorológicos porque comparten rasgos de humanidad (autoconciencia, sensibilidad, carácter, palabra), tienen *wakan*, se rigen por normas similares a las de las personas humanas y en consecuencia desarrollan vida social.

Al respecto, y sobre la importancia del cuerpo en las poblaciones awajún, (Viveros de Castro, 2004, p.39) agrega que lo que diferencia la constitución de las personas humanas de los otros seres, es la apariencia corporal variable y propia de cada especie o subjetividad. Es finalmente la dimensión física del cuerpo que, a modo de un envoltorio o una piel, lo que hace el diferencial de la humanidad respecto a otros seres o personas no humanas.

En resumen, los animales son gente, o se ven como personas. Esta concepción está casi siempre asociada a la idea de que la forma material de cada especie es un envoltorio (una "ropa") que esconde una forma interna humana, normalmente visible tan solo a los ojos de la propia especie o de ciertos seres transespecíficos, como los chamanes. Esa forma interna es el espíritu del animal: una intencionalidad o subjetividad formalmente idéntica a la conciencia humana, materializable, por decirlo así, en un esquema corporal humano, oculto bajo la máscara animal. Tendríamos entonces, a primer a vista, una distinción entre una esencia antropomorfa de tipo espiritual, común a los seres animados, y una apariencia corporal variable, propia de cada especie; esta apariencia no sería un atributo fijo, sino una "ropa" intercambiable y desechable. (Viveiros de Castro, 2004, p.39)

...la diferencia debe venir dada entonces por la especificidad de los cuerpos. Eso permite responder a las preguntas hechas anteriormente:

si los no-humanos son personas y tienen alma, ¿en qué se distinguen de los humanos? ¿Y por qué, siendo gente, no nos ven cómo gente? (Viveiros de castro, 2004, p.56).⁴

Conviene hacer notar que, según lo desarrollado por el autor, lo que hace semejantes a los seres humanos con los otros seres, es la dimensión espiritual. Lo que los diferencia y distingue es el cuerpo. “Los amerindios, en contrapartida, imaginan una continuidad metafísica y una discontinuidad física entre los seres del cosmos” (Op. Cit., 2004, p.57). O más precisamente, lo que los diferencia es la forma del cuerpo o *antes*. “*Aents* en sí puede traducirse como “ser que adopta la forma humana o las capacidades humanas”” (Greene, 2009, p. 77). Dicha forma humana, ese envoltorio o piel que envuelve al ser es entonces lo que otorga facultades y capacidades humanas como el habla y las relaciones sociales identificables por otros seres humanos también.

Salud

De acuerdo a la literatura revisada, la salud y el bienestar están ligados a la conservación de las capacidades que hacen humana a la persona. Es decir, que se desenvuelva y actúe apropiadamente como humano en lo que se refiere a su alimentación, a poseer la capacidad de hablar, a la cacería y en general a su participación en las relaciones y actividades sociales con otros awajún. Lo anterior está relacionado a la fortaleza que el cuerpo de la persona awajún debe tener para actuar de la manera que socialmente se espera de la misma. Estar sano es por consiguiente estar fuerte para tener apariencia y forma humana, así como para actuar y socializar como se espera con otras personas humanas awajún.

⁴ (Viveiros de Castro, 2004) con su aproximación denominada “perspectivismo”, alude a un entorno en el que cada persona o subjetividad despliega perspectivas y representaciones similares sobre cosas distintas. “...lo que para nosotros es sangre, para el jaguar es cerveza de mandioca; lo que para las almas de los muertos es un cadáver putrefacto, para nosotros es la mandioca moliéndose; lo que vemos como un barrizal, para los tapires es una gran casa ceremonial...” (Viveiros de Castro, 2004, p.55). Mayores referencias revisar (Viveiros de Castro, 2004) y (Viveiros de Castro, 1992)

Según Viveiros de Castro (2013), la dieta y la alimentación son aspectos importantes no únicamente para la dimensión física sino asimismo para mantener cualidades subjetivas relacionadas con la corporalidad de la persona. El cambio de alimentación, modificaciones de la dieta y régimen alimenticio, está relacionado con el cambio del cuerpo de la persona, subsecuentemente, con su identidad.

Para el indio, es en el nivel del cuerpo que cuentan los cambios. Es debido a eso que los indios se concentran en las señales de cambios de régimen corporal –los cambios de dieta, las relaciones sexuales con no-indios, el uso constante de ropa que modifica la experiencia del cuerpo en el ambiente etc. (Viveiros de Castro, 2013, p. 67)

Algunos padres les dan pequeños sorbos de *datem* a sus hijos desde la más tierna infancia. Se cree que la ingestión de la planta a tierna edad ayuda a formar un cuerpo robusto y saludable (Greene, 2009, p. 103).

Greene (2009) incide en la centralidad del órgano llamado (*anentai*) y corazón por la medicina occidental; y no el cerebro como el centro de las facultades cognitivas -por ejemplo la inteligencia y la reflexión-, así como las emociones, necesarias para un desenvolvimiento considerado adecuado en la persona.

Según la costumbre, el centro conceptual corpóreo de la individualidad donde radica la inteligencia, la capacidad de actuar de forma adecuada, y la habilidad para la reflexión y la emoción es en el corazón (*anentai*). (...) el aguaruna lo concibe como el centro de un cuerpo social y la fuente de la individualidad. (Greene, 2009, p. 100).

Siguiendo con el autor, lo considerado adecuado y deseable en la persona, (pensar adecuadamente, actuar adecuadamente) se relaciona con tener un buen corazón. Para lograr esta condición espiritual y física se requiere seguir un derrotero de búsqueda de visiones, lo que se relaciona con *shig anentaimjat tusa* que literalmente significa “tener un buen corazón”. Para ello, desde jóvenes e incluso infantes los awajún preparan sus cuerpos. Parte de esta preparación corporal es la ingesta de bebidas que producen estados alterados de conciencia en los cuales se experimentan las visiones.

...una experiencia visionaria vital en la que posiblemente se emplean las tres plantas más significativas que conocen los aguarunas: *tsaag* (tabaco, sc. *Nicotiana tabacum*); *datem* (ayahuasca, sc. *Banisteriopsis caapi*); y *baikualtsuak* (dos variedades de estramonio, sc. *Datura arborea*). (Greene, 2009, p. 101).

Esto consiste en una dedicación completa a aprender cómo sufrir por medio de privaciones rituales, cómo preparar ritualmente e ingerir plantas alucinógenas y cómo esperar visiones autoafirmantes que concedan a su buscador un futuro de bienestar (Greene, 2009, p.106)

Tradicionalmente, la búsqueda de visiones mediante el uso de plantas alucinógenas era considerado como necesario si es que una persona desea permanecer fuerte y saludable. (...) Los hombres mencionan frecuentemente que tomar ayahuasca los ayuda a fortalecerse, los hace más saludable y más inmunes a la fatiga. La capacidad para lograr la visión, dependía directamente de una dieta en la que se evitaba los alimentos dulces, tales como frutas, por sus características debilitantes que podían neutralizar los efectos fortificantes del ayahuasca. (Brown, 1984, p.176)

De acuerdo a lo que los autores señalan, la búsqueda de visiones realizadas en un contexto ritualizado y acompañadas de la ingesta de bebidas a base de plantas que producen estados alterados de conciencia y siguiendo cuidadosamente prescripciones dietéticas y comportamentales relacionadas con el consumo de ciertos alimentos y restricciones sexuales; son también la búsqueda de una dimensión de bienestar corporal y espiritual. El objetivo de estas visiones es ver y acceder al *ajutap*, una subjetividad compleja y multidimensional identificada como el espíritu de un guerrero ancestral, cuya impronta es determinante para la cultura y sociedad awajún.

La ingestión de plantas muy potentes y las privaciones rituales inherentes a las prácticas que se realizan en torno a estas plantas se consideran cruciales para establecer contacto con la esencia del *ajutap*. (Greene, 2009, p. 114)

Los aguarunas conciben la vida como sociocosmológicamente dependiente del poder de un espíritu muerto ancestral, el *ajutap*. Solo él proporciona a los esmerados buscadores de una visión la sabiduría generacional que persiguen. Entendida como la esencia eterna y amorfa de todas las generaciones muertas, el *ajutap* es precisamente lo que ofrece la posibilidad de una vida individual distintiva, digna de una biografía al buscador de visiones por medio de sus apariciones esporádicas. (Greene, 2009, p. 110)

...el *ajútap* sería un espíritu ancestral, que en vida fue un guerrero fuerte (un *munta* en el verdadero sentido de la palabra), y que a su vez recibió fuerza de otro *ajútap* a quien había "visto". (Guallart, 1989, p. 168)

La búsqueda de la visión de *ajutap*, una de las subjetividades o seres más importantes en la cosmovisión awajún, es una de las máximas aspiraciones de las personas, sobre todo de los varones, y es necesaria para el bienestar de cada awajún. Ello está relacionado con el tener un propósito en la vida, con adquirir y desarrollar habilidades corporales en su dimensión física y espiritual que les procuren un lugar en la comunidad. Así también, la visión del *ajútap* está encaminada a lograr un balance respecto a las tensiones y acontecimientos en relación a la muerte y la enfermedad. Incluso se puede equiparar esta visión a una "sensación casi física ligada al cuerpo" a modo de una posesión recién adquirida.

...se podría descubrir en la creencia en *ajútap*, como un mecanismo para equilibrar y reducir las tensiones y ansiedades en que vive sumergido el jíbaro, a consecuencia de sus peculiares explicaciones de la muerte y la enfermedad. (Guallart, 1989, p.166).

El *ajutap* se manifiesta en numerosas formas que van desde animales salvajes, insectos, espíritus, partes del cuerpo, como un objeto inanimado tal como una piedra o un fenómeno astrológico, o a veces incluso en forma humana. (Greene, 2009, p. 114)

Los aguarunas a veces incluso describen la visión *ajutap* como una sensación casi física ligada al cuerpo personal de uno que finalmente termina asentándose en el pecho de uno, como si se tratara de una posesión recién adquirida (Brown, 1984, p.206)

Para Greene (2009), el ser *waimaku* es un estatus ligado a la visión del ser *ajutap*. Si bien esta visión es una aspiración usualmente masculina y asociada con aspectos bélicos, también algunas mujeres la logran. En la sociedad awajún, alcanzar el estatus de *waimaku* representa un estatus relacionado con tener una personalidad definida, individual y vinculada al bienestar individual de cada persona.

Quien ha tenido visión de *ajútap*, recibe el nombre de *waimaku*. (Guallart, 1989, p. 173)

El convertirse en guerrero visionario -y de este modo haber encontrado un camino propio- es en terminología aguaruna volverse *waimaku* (del verbo *waimat*, literalmente "ver"). (Greene, 2009, p.112)

Enfermedad

Brown (1984, p.173) refiere que "Es del todo posible que antes de la llegada de los europeos, los Aguarunas y otras poblaciones nativas hubieran desarrollado un sistema sanitario que fue adecuado para el tratamiento de la mayoría de las enfermedades que los afectaban." Para el autor, los nativos estaban libres de la gripe, resfrío, sarampión y paludismo. En general refiere que no estaban expuestos a enfermedades contagiosas. Pero ello cambió con la llegada de los europeos y con ellos, las enfermedades occidentales frente a las cuales los nativos no tenían inmunidad natural. No obstante, la medicina tradicional awajún y extensivamente la medicina tradicional amazónica se ha adaptado a la existencia de estas enfermedades o malestares que antes no había en sus poblaciones, para los que busca estrategias de tratamiento y curación. (Cf. Brown, 1984, p.174).

Con respecto a la prevención, (Brown, 1984, p.175-176) señala que la mayoría de awajún considera que las enfermedades son inevitables. Para evitar enfermarse la prevención supone únicamente evitar el contacto con personas o lugares que puedan estar infectados por enfermedades contagiosas. No obstante "...muchas enfermedades son causadas por brujería. Por lo tanto, frecuentemente se menciona la intimidación de brujos potenciales como una importante estrategia para evitar las enfermedades." Con esto, el autor presenta un escenario en el que quien es considerado "brujo" representa una amenaza para los demás awajún de su entorno social.

Para la sociedad awajún, el término *jatá* o *jata* se traduce al castellano como "enfermedad" "dolencia" o "muerte". Esta noción está ligada al tiempo de

la colonización, mientras que el término *waweamu* se concibe como “brujería” o “daño”. Esta última noción está vinculada a las relaciones sociales en la sociedad awajún e involucra a una persona con facultades para poder originar dicho malestar (Brown, 1984; Flores, 2019).

Para Guallart (1989), en la sociedad awajún existen dos tipos de enfermedades con sus respectivos síntomas. Como se aprecia, las enfermedades son diferenciadas por la causalidad o etiología que las desencadena. Si la causa es detectable corresponde a un tipo de tratamiento. Si la causa no es detectable o conocida puede vincularse a la intención perversa de algún enemigo. Es decir, supone la existencia de alguien que tiene los mecanismos o habilidades para que con intención pueda ocasionar malestar en otro.

-Los síntomas debidos a una causa claramente detectable: herida causada por armas, exposición a las inclemencias del ambiente, alimentos dañinos, traumatismos, agresión de animales dañinos. Naturalmente corresponden a ellos mismos toda una serie de síntomas tales como derrame de sangre, vómitos, dolores, fiebre, etc.

-Segundo caso, la aparición de esos mismos síntomas sin que intervenga causa conocida. Ante ello, ¿no parece lícito suponer una causa invisible, malintencionada, enemiga? Pasar de ahí, a la creencia de un hechizo mágico resulta perfectamente lógico. (Guallart, 1989, p.132).

Es muy importante señalar que la causalidad de la enfermedad es lo que incide en el tratamiento a seguir. Al respecto, Brown (1984) manifiesta tres acciones que son por lo general consecutivas:

La actitud de los aguarunas ante las enfermedades puede dividirse en tres procesos principales, que generalmente se suceden uno al otro:

- 1) Diagnóstico, que es la clasificación de la enfermedad de acuerdo a las categorías aguarunas de enfermedades.
 - 2) Determinación de la etiología o causa de la enfermedad, y
 - 3) La implementación y evaluación de las técnicas del tratamiento.
- (Brown, 1984, p.177)

Tanto Brown (1984), Guallart (1989) y Flores (2019) coinciden en que los síntomas de las distintas dolencias pueden ser los mismos, pero lo que determina que sea clasificados como correspondientes a un malestar u otro y se inicie un tipo de tratamiento u otro itinerario de salud, es determinar la causa que los originó. “unos están brujeados, otro padece enfermedad natural y tiene que ir a la medicina de los *apach*⁵” (Guallart, 1989, p. 147). Es decir, lo que establece el curso o itinerario a seguir en búsqueda de alivio al malestar no son sus síntomas sino la causa que los produjo.

A esto hay que agregar que cuando una persona awajún es considerada como enferma, afecta e interfiere la dinámica familiar. Es usual que la familia intervenga en la búsqueda de la recuperación de la salud. Flores (2019), argumenta que la experiencia de convivencia y el cuidado de los hijos es clave en la socialidad amazónica y en sus prácticas terapéuticas.

Cuando a un miembro de una familia le afecta una enfermedad, hay un cambio inmediato en las relaciones sociales, tanto así que el enfermo se convierte en el centro de atención, así como las acciones están dirigidas al restablecimiento de su bienestar físico. (Brown, 1984, p. 177)

A su vez, el tratamiento también involucra a la familia cercana. Las decisiones de salud son un asunto que no solo le compete al enfermo, sino que el itinerario a seguir para aliviarse requiere el concurso del grupo familiar. La familia en su conjunto suele evaluar e involucrarse desde la identificación del diagnóstico, la interpretación de los síntomas y la evaluación del tratamiento a seguir y las terapéuticas utilizadas de acuerdo a cuan efectivas en el alivio puedan llegar a ser. Pueden decidir si continuar o no con la aplicación de los tratamientos.

⁵ El término *apách* es profundamente polisémico para la cultura awajún. (Flores, 2019) señala que designa a las personas consideradas no indígenas como los colonos y misioneros que ingresaron en el siglo xx a territorios awajún. Para mayores referencias consultar (Greene, 2019), quien señala en su trabajo que el término puede traducirse como “mestizo” para referirse a cualquier persona no nativa, sea nacional o extranjera, pero también puede significar “abuelo” o “antepasado”. Es pertinente señalar que en algunas etnografías revisadas, los recursos terapéuticos que se atribuyen a la medicina biomédica u occidental se denominan “sistema de salud *apash*” o “medicina de los *apash*”.

Cuando una persona se enferma, los miembros de su familia solicitan consejo sobre el diagnóstico de la dolencia y un tratamiento adecuado. Se evalúan los efectos de las medicinas que son recolectadas o compradas y administradas al paciente. Si aparentemente no tiene efecto el curso del tratamiento o si empeora la condición del paciente se prueba otra medicina. (Brown, 1984, p. 179)

Brown (1984) y Flores (2019) coinciden en que pueden existir malestares o dolencias cuyas signos o síntomas correspondan a una enfermedad o *jata*, pero sean originadas por *waweamu*. Para Brown (1984) los síntomas de que una enfermedad o malestar es causado por brujería, no son fáciles de establecer y tampoco son definitivos, por ejemplo:

...la forma repentina con que se presenta la enfermedad sin señales de alarma y dolor súbito y agudo en determinada parte del cuerpo, pero estas señales no son siempre definitivas. Aún un ligero mal puede estar eventualmente ligado a brujería si es que persiste más de lo usual o no responde al tratamiento convencional. (...) Si un paciente responde bien al tratamiento con medicinas, esto es evidencia de que no se trata de brujería. Por otro lado, cuando las medicinas no mejoran el estado físico general del paciente o si la enfermedad en sí parece tener algunas características poco usuales, hay mayor razón para creer que se trata de brujería. (Brown, 1984, p.178).

Por esta razón, frecuentemente se realiza una evaluación del diagnóstico y las causas de las dolencias para confirmar o modificar el diagnóstico y así de esta manera, recurrir a otro especialista de salud y aplicar otro tratamiento (Cfr. Brown, 1984, p.178). Al respecto, es crucial considerar que si el malestar se considera originado por la brujería, entonces involucra la terapéutica de un especialista denominado en awajún como *iwishin*. Este malestar causado por brujería o *waweamu*, no puede ser aliviado sin la intervención del *iwishin*. Es importante considerar que, de acuerdo a las etnografías revisadas, (Brown, 1984; Guallart, 1989; y Flores, 2019), los tratamientos de enfermedad *jata* o de *waweamu*, son excluyentes. Es decir, si se llega a un diagnóstico de que se trata brujería o *waweamu*, únicamente se puede tratar el malestar con la terapéutica prescrita por el *iwishin* quien tiene la facultad de retirar "...la flecha mágica que el brujo ha introducido dentro del cuerpo de la persona enferma" (Brown, 1984, p.178) y que es causante de su malestar. Para las poblaciones awajún, el

malestar que es ocasionado mediante la brujería, se inserta en el cuerpo mediante unos virotes o flechas *tsensak* que el brujo o *wawek*, ha introducido en el cuerpo de la persona (Greene, 1998; Guallart, 1989; Brown, 1984). Por ello, únicamente el *iwishin* con sus capacidades, tiene la posibilidad de curar esta dolencia y aliviar de su padecimiento a la persona. Este tratamiento no podría ser realizado por otro terapeuta y la persona empeoraría o podría morir. De allí la importancia crucial de determinar la etiología de la enfermedad.

Durante el curso de toda enfermedad, la importante pregunta—¿Es esta enfermedad causada por brujería o no? — surge continuamente y es el factor de mayor importancia en las decisiones acerca del tratamiento adecuado a seguir. (Brown, 1984, p.178).

...varios enfermos que aguardaban a ser tratados, se presentan en su casa durante la noche para recibir un diagnóstico y, según el caso, hacerse extraer la flecha mágica causante de la enfermedad. (Guallart, 1989, 145)

... las medicinas alivian el dolor y promueven la curación, mientras que el retiro de la sustancia hechizada —generalmente descrita como un dardo hecho de madera de palmera o *tsentsak*— cura la verdadera causa del mal. (Brown, 1984, p.180).

Iwishin (también llamado *chamán* en algunas etnografías), es el término que designa al especialista awajún que tiene facultades para diagnosticar y tratar malestares causadas por una persona también con facultades especiales denominada *tunchi* o *wáwek* (también llamado *brujo*) (Green, 2009; Guallart, 1989; Brown, 1984).

En sus terapéuticas, el *iwishin* puede apelar a capacidades de mediación y comunicación con otros seres sensibles (Guallart, 1989). El *pásuk* es un ser poderoso controlado solamente por el *iwishin*, a quien ayuda a extraer los dardos de la persona enferma; o por el *wawek*, a quien ayuda herir y causar malestar y aflicción (Greene, 1998; Brown, 1984).

Desde dentro del chamán, los *pásuk* le ayudan a encontrar los dardos mágicos que han sido arrojados contra el cuerpo del paciente por algún brujo. Asimismo, los brujos tienen también control sobre los *pásuk* y los

usan para herir a sus víctimas desde lugares distantes. (Brown, 1984, p.209).

El *iwishin* también apela a recursos terapéuticos de la medicina occidental como ciertas pastillas (Brown, 1984). Greene (1998), señala que se trata de un proceso dinámico de coexistencias de tradiciones médicas distintas. En este sentido, el discurso terapéutico del *iwishin* “chamaniza” es decir, incorpora la biomedicina en su discurso, pero no solo simbólicamente sino también en su práctica. Específicamente en el caso de las inyecciones, las recomienda y las prescribe como parte de su terapéutica.⁶

Utilizando el control verbal como mágico, se apropia del poder extranjero que la biomedicina tiene para los aguaruna, canalizando ese poder hacia su propio repertorio chamánico de conocimiento y práctica. (Greene, 1998, p.650).

El *iwishín* es el único médico especialista tradicionalmente reconocido. (...) prescriben a los pacientes, antibióticos, vitaminas y otros medicamentos comerciales sumándose al tratamiento de la brujería (Brown, 1984, p.182).

Las enfermedades traídas por los *apách* han creado nuevos repertorios de cura y estas, a su vez, han generado nuevas formas de daño. Por tanto, existe una interrelación entre los cambios históricos que afectan las nociones awajún de *játa* y de *waweamu*, y en consecuencia, sus prácticas chamánicas y curativas. (Flores, 2019, p. 786)

Es conveniente resaltar que tanto Green (2009) como Guallart (1989) coinciden que el *iwishin* es un ser ambivalente, que genera suspicacias y desconfianza en las poblaciones awajún debido al uso que puede dar a sus habilidades y a que así como puede curar o tratar dolencias, también tendría la potencialidad de dañar o enfermar, a manera de un *wawek* o *tunchi*.

⁶ Ya se ha hecho mención con anterioridad a la medicina *apásh*. Frente a ello en su trabajo Greene (1998, p. 649) señala que “la categoría *kistian ampi* incorpora todos los productos y procedimientos de origen biomédico que la comunidad aguaruna adquiere en el comercio con personas no aguaruna, o que ellos mismos compran; los productos farmacéuticos y las inyecciones entran en esta categoría.” (La traducción es mía). También la denomina “medicina mestiza”.

Es el hombre que puede manejar las fuerzas invisibles que dan su poder a los seres de la naturaleza. Así, el brujo nos hablará en sus conjuros de la fuerza del tigre, de diversas aves, aún-en tiempos recientes- de la fuerza del acero de las tijeras y del ¡plástico! Él puede manipular estas fuerzas a su antojo. Si las emplea bien, para curar, será el *Iwishin*; si las emplea para dañar a otros será el *Wáwek* o *Tunchi*. (Guallart,1989, p.135)

Prácticamente todo *Iwishin* es ambivalente, aunque siempre, a no ser un insensato, dirá que él es brujo bueno, para evitarse complicaciones innecesarias. (Guallart, 1989, p. 139)

En lugar de inspirar veneración, respeto y alianzas movilizadoras en sus coterráneos terminan por representar el vórtice de una desconfianza profunda y generalizada (...). La destreza del chamán estriba en una habilidad para diagnosticar y curar pacientes cuya enfermedad es causada por las prácticas ocultas de un brujo. Pero el chamán con frecuencia adquiere este conocimiento solo tras haber sufrido una larga y desesperada enfermedad él mismo. (Greene, 2009, p.112).

Además del *iwishin*, también existen otro tipo de terapeutas. Flores (2019), en su trabajo, señala que en la sociedad awajún, se ha identificado a los siguientes especialistas con las facultades de aliviar malestares o de curar el *waweamu*: los herbaleros, los “doctorcitos” de las plantas, los *tunchis*, y los propios *iwishin*.

...los *tunchis* (brujos con poder de hacer daño y de curar daños causados por otros *tunchis* mediante rituales chamánicos), los curanderos (brujos “buenos” que dicen no ser *tunchis* para no ser vistos como peligrosos y que practicaban básicamente las mismas curas chamánicas que estos), los herbaleros (especialistas que curaban las enfermedades con plantas) y los “doctorcitos” de las plantas (seres “como humanos” a lo que se accedía por medio del consumo del toé o ayahuasca). Estos cuatro especialistas aseguraban el cuidado en las dimensiones físicas (*iyásh*) y espirituales (*wakán*) del cuerpo awajún. (Flores, 2019, 785).

Ya se ha señalado la vinculación entre el *wakan* y el *iyásh* como dimensiones de la corporalidad. Para el bienestar de una persona es tan importante la dimensión del *wakan*, que según Brown, el *iwáji*, una de las almas o componentes que tendría una persona humana dentro de esta dimensión, es

afectada por aspectos considerados como asociados a la brujería, puede debilitar al cuerpo y morir.

El alma *iwali* y el bienestar de la persona están tan unidos que, si el alma de un hombre es debilitada o muerta por medio de poderes mágicos, su cuerpo pronto será debilitado o muerto también. (Brown, 1978, p. 174).

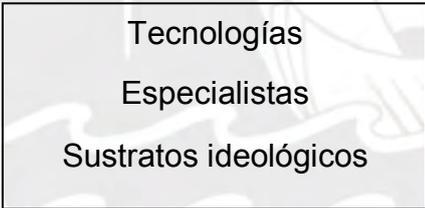
Finalmente, la muerte es para las poblaciones awajún el resultado de una acción acumulativa de enfermarse. El pasaje de un estado al otro se pone de relieve con "...diversos grados en una progresión hacia la extinción de la vida. Ya se está un poco muerto antes de haber fallecido puesto que un enfermo es concebido como un difunto en potencia y un difunto como un enfermo completo" (Descola, 2005, p.355). También es el paso de un estadio de animación a otro en el que no se conservan ni la forma ni el comportamiento del cuerpo de la persona humana. El autor señala al respecto, el caso de la agonía de una nativa y las reacciones de temor de sus familiares de que suceda con su alma ya que su cuerpo quería comer y la glotonería no se asocia con lo humano, que debe mantener prescripciones de dieta y alimentación tan importantes en la sociedad awajún. El temor es al cambio de que la nativa deje de ser persona humana ya que su *wakan* podría llegar a manifestarse como un *iwanch*, es decir un ser no humano porque dado que su *iyásh* está muerto, no tiene apariencia ni actúa como humano.

"Estás muerta, hermanita, estás muerta" le decían tristemente mientras ella aún hablaba y pedía comer. (...) aunque Mayanch continuaba gozando aparentemente de la mayoría de sus facultades, ya no era para sus parientes próximos más que un autómata privado de pensamiento y sensibilidad. Su deseo mismo de alimentarse era interpretado como una confirmación de esta desposesión espiritual, pues una de las principales características del *Iwanch* es precisamente un hambre insaciable. (Descola, 2005, p. 355).

La distinción fundamental entre los vivos y los muertos pasa por el cuerpo y no, precisamente, por el espíritu; la muerte es una catástrofe corporal que prevalece como elemento diferenciador sobre la común "animación" de los vivos y de los muertos. (Viveiros de Castro, 2013, p. 65).

1.2.3 Pluralismo médico, intermedicalidad e itinerarios terapéuticos

Los conceptos de pluralismo médico, intermedicalidad e itinerarios médicos están relacionados y han sido abordados en investigaciones desde diferentes entradas y perspectivas que guían la presente investigación de tesis y que aportan teórica o metodológicamente a su realización y comprensión. Para ello, se parte de la existencia de un sistema de salud pluralista, en el que coexisten distintas tradiciones y prácticas médicas en cuanto alternativas sanitarias o modelos de atención. Dicho sistema no está estructurado y es asimismo difuso y desigual. Existen diversas entradas para delimitar estas categorías conceptuales. Petersen (1989) señala al respecto que un sistema médico es un conjunto reconocible y más o menos organizado de tecnologías (por ejemplo, drogas, hierbas, cirugías) y practicantes (por ejemplo, médicos, curanderos, parteras) integrados por un sustrato ideológico (conceptos e ideas) para dar respuesta a problemas de salud.



Tecnologías
Especialistas
Sustratos ideológicos

En este sentido el autor señala que los sistemas médicos son asimismo sistemas culturales y plantea modelos explicativos. Estos son los modos particulares en los que se atiende un padecimiento, se busca prevenir, darles tratamiento, controlarlos, aliviarlos y curarlos. Al respecto, existen las siguientes formas de atención:

1. Modelo biomédico
2. Modelo tradicional y popular
3. Modelo alternativo.
4. Modelo devenido de otras tradiciones médicas:
5. Modelo de autoayuda

Ramírez Hita (2010) replantea los modelos médicos propuestos por Menéndez (1990), quien señala que dichos modelos están planteados a través de una perspectiva metodológica relacional, donde se dan procesos de hegemonía/subalternidad, y el concepto de transacción es el que explica “los procesos de reapropiación y rearticulación generados desde los grupos sociales” (Menéndez, 1990, p. 86). Ramírez comparte la propuesta de Menéndez y reconoce tres modelos que se integran: el Modelo Médico Hegemónico (MMH), el Modelo Alternativo Subordinado (MAS) que se refiere a la medicina tradicional y el Modelo de Autoatención (MA). Además, Ramírez Hita (2010) en su trabajo propone un cuarto modelo, el modelo médico religioso como explicativo de ciertas prácticas médicas. Es importante acotar lo que Menéndez (2009, p.32) señala sobre el modelo de autoatención, que está conformado por: “representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, curar, solucionar y aguantar curas que afectan su salud en términos reales o imaginario ...”; y esto es importante, “sin la intervención central indirecta o intencional de curadores profesionales, aun cuando puedan ser la referencia de la actividad de autoatención”. Se trata en consecuencia, de un modelo que se sustenta la toma de decisiones y la agencia de las personas, es decir en cierta autonomía para decidir la administración de las terapéuticas.

Pluralismo médico

Existen distintas propuestas acerca de este concepto que serán delineadas como sigue. Mosquera (2002) señala que el pluralismo médico, término acuñado por Sheila Cosminsky y otros autores, debe entenderse como “la existencia de sistemas paralelos o alternativos (medicina occidental, medicina tradicional, medicina espiritista, etc.) en donde los enfermos eligen el uso de dos o tres sistemas, y en igual forma los terapeutas (médicos, espiritistas, curadores tradicionales, etc.) de incorporar elementos de dos o de los tres.” (Cosminsky citada en Mosquera, 2002).

Menéndez explica el pluralismo médico como la forma en que todo conjunto social produce representaciones sobre sus padecimientos, curadores generales y especializados, a pesar de la coexistencia con la biomedicina y concretamente con los servicios de salud estatales, dicho sistema es llamado pluralismo médico. Éste se define como: “La capacidad que los grupos tienen (incluidos los subalternos para utilizar indistintamente y en más de una forma, la posible solución o atención de sus padecimientos” (Menéndez, 1994, p.20).

Kazianka (2012) afirma que el concepto fue desarrollado en 1976 por Charles Leslie, y cuya utilidad teórica y aplicada fue el tomar distancia de las posturas evolucionistas y difusionistas, las que privilegiaban una posición de homogeneización por medio de la biomedicina hacia la “medicina unificada”. Justamente señala la autora, la propuesta de Charles surge a raíz de las limitaciones de dicha homogenización. Este concepto es recuperado de la siguiente manera:

Medical Pluralism: The idea, common in medical anthropology, of different modes of healing (e.g. Western biomedicine as well as various indigenous practices) being simultaneously available to people in the same socio-cultural circumstances. (Banard y Spencer, 2013 citado por Kazianka, 2012).

De acuerdo a Gabe, Bury & Elston (2004), “el pluralismo médico se refiere a la coexistencia de diferentes tradiciones médicas en una sociedad, fundamentadas en diferentes principios o basadas en diferentes formas de ver el mundo”. Cuando se habla de pluralismo, los autores se refieren a la existencia de múltiples identidades, subculturas y relaciones sociales. El pluralismo, para los autores, puede ser entendido como relaciones jerárquicas de poder. En el contexto médico el concepto intenta explicar la variedad de sistemas médicos (y de cuidado) que varían de sociedad en sociedad. El texto

propone que habría los siguientes momentos históricos del concepto:

- 1950 – 1970 → pluralismo: concepto clave y desarrollado por científicos sociales.
- 1980 → Antropólogos médicos fueron los primeros en usar el concepto de pluralismo médico para describir diferentes prácticas curativas para entender la cultura.
- 1990 → Sociólogos médicos adoptaron el concepto para describir el aumento significativo (cantidad y popularidad) de las “medicinas alternativas”.

Se ha reorientado en los últimos años en ver las características de los usuarios de medicina alternativa, lo que llama la atención de los sistemas alternativos, colaboración entre sistemas, rol del Estado en influenciar o desalentar el pluralismo médico, etc. De acuerdo al texto, la reorientación del trabajo en pluralismo médico sufre de tres debilidades:

1. No se ha prestado atención a la dominación de la biomedicina sobre los demás sistemas médicos. Habría exclusión, limitación y subordinación
2. La regulación estatal desde su interés por organizar y regular los sistemas alternativos ha cambiado la complejidad del pluralismo médico
3. Ha incrementado el enfoque en las políticas a partir de los intentos de integración de los diferentes sistemas y las maneras en los que los individuos practican y colaboran con estos sistemas.

Intermedicalidad

Según Neves et al. (2013, p. 568), quienes citan a Greene (1998) y Follér (2004), la intermedicalidad es un proceso que se trata de “... una 'zona de contacto' en que los saberes basados en la ciencia biomédica interactúan con

otros saberes no médicos en la teoría y en la práctica, como es el caso de los saberes tradicionales de salud indígena”. Los autores indican que cuando consideran el concepto de intermedicalidad, lo hace en el sentido de que no existe homogeneidad en las prácticas de las comunidades, que pueden ser etiquetadas como "medicina tradicional indígena", o "biomedicina", sino que son espacios de intercambios, recursos compartidos, contestados, disputados, negociados.

Neves et al. (2013, p. 570) complementan lo anterior con la perspectiva de Foller (2004). En este sentido, la intermedicalidad presenta a la biomedicina interactuando con otros saberes en la teoría y en la práctica. La intermedicalidad presupone que hay eslabones de contacto entre los varios discursos de conocimiento. Aunque las lógicas de la biomedicina y de la medicina indígena hacen uso de criterios diferentes para evaluar el desenlace o conclusión de un tratamiento, atribuyendo o no eficacia, hay ciertamente puntos de contacto que interactúan y establecen intercomunicaciones.”

Itinerarios terapéuticos

Los itinerarios terapéuticos y prácticas de cura hacen referencia a “...el uso regular de la biomedicina y la medicina indígena simultáneamente. El camino recorrido desde el momento en que percibe una dolencia y un tratamiento que varía bastante.” (Neves et al., 2013, 570). Los autores agregan que algunos inician el proceso recorriendo curanderos indígenas y otros pueden buscar un tratamiento biomédico y cuando deja de ser eficaz, buscan otro tipo de cura: “Pero que lo importante al trabajar con itinerario terapéutico y las diversas prácticas de curación no es sólo identificar por dónde se inicia el proceso terapéutico, sino comprender la red de articulación de las prácticas de salud tradicionales y biomédicas y el proceso sociocultural de interacción y negociación sobre lo que llamamos "malestar”” (Neves et al., 570).

Para Casado i Aijón (2016), los itinerarios terapéuticos “se configuran por

todas las decisiones –conscientes o no, y que conducen a una práctica teniendo en cuenta que el “no hacer” también es hacer– y el marco de representación, percepción y conceptualización que les supone el contexto sociocultural, que una persona o grupo toman ante lo que se percibe como un problema de salud y que necesita de intervención o de atención especializada (personal sanitario biomédico y/u otros terapeutas o cualquier otra persona especialista o no que sea considerada capacitada para aliviar o resolver esos problemas) o no especializada.”

Consolidando las perspectivas precedentes, Garro (1998) y Portocarrero (2015) señalan que “los itinerarios terapéuticos son las rutas que siguen los pacientes, unidades domésticas o cuidadores de pacientes en su búsqueda por reestablecer el estado de salud, las decisiones que toman alrededor de ellas y a quienes acuden para tratar sus padecimientos”.

Casado i Aijón (2016) propone, además, una propuesta etnográfica para el estudio de itinerarios terapéuticos, cuyos objetivos son proporcionar una propuesta tipológica para la identificación de los itinerarios terapéuticos y procreativos y dar las indicaciones y las pautas necesarias para que la representación gráfica de un itinerario se convierta en una herramienta útil para sistematizar y analizar los datos en cualquier contexto etnográfico. El texto considera las siguientes pautas:

- Ordenación temporal en función que interviene la variable “tiempo”.
- Sistemas médicos utilizados, prácticas terapéuticas especializadas o no (domésticas, automedicación).
- Especialistas terapéuticos u otros tipos de especialistas que intervienen con el objetivo de aliviar o resolver el problema de salud.
- Causas o motivaciones de cada una de las decisiones que implican un cambio o un seguimiento en las prácticas terapéuticas o no terapéuticas (sintomatología, formas de representación, indicaciones terapéuticas...).

- Percepción y formas de representación de la enfermedad o el problema de salud y todas las veces que en el desarrollo de un mismo itinerario estas formas han variado.
- Percepción del éxito o del fracaso terapéutico.
- Prácticas que, aunque no sean consideradas médicas, tengan una función terapéutica de curación o alivio (sería el caso, por ejemplo, del ofrecimiento de exvotos u otras ofrendas a divinidades).
- Personas implicadas en todo el itinerario: redes de apoyo, cuidadores, personas importantes para el informante que han intervenido de una u otra forma.
- Redes de circulación de información referente al problema de salud o enfermedad.
- Acontecimientos que, desde una perspectiva folk, pueden tener o tienen una influencia más o menos decisiva en el transcurso del proceso de enfermedad y curación, cronicidad o muerte.

Luego de considerar los conceptos anteriormente descritos, se puede señalar que están interrelacionados y que el pluralismo es una característica de los sistemas médicos en los que coexisten complejamente, distintas tradiciones terapéuticas o modelos de atención en salud. La intermedicalidad consiste en un proceso en el que una persona, unidad doméstica o cuidadores de pacientes emplean, recurren y combinan muchas veces paralelamente, diferentes recursos terapéuticos procedentes de distintos modelos o tradiciones terapéuticas y no necesariamente siguen un modelo u otro, sino recursos disponibles y accesibles procedentes de uno u otro modelo. En esta búsqueda de bienestar, de prevención y de tratamiento; las personas en su aflicción con sus respectivos significados personales que desencadena la experiencia de vivir y experimentar dicho malestar; construirían sus rutas o caminos a seguir, en los que se negociarían no solo la terapéutica, sino la propia enfermedad; es decir, su diagnóstico, el nombre a su malestar, y en los que está en juego su identidad, economía, política y cultura, así como mediados por contextos y relaciones de inequidad y género que intervendrían en el acceso a dichas

terapéuticas.

1.2.4 Narrativas de aflicción

Como ya se ha expuesto y en correlato con la perspectiva fenomenológica desarrollada, para esta investigación se consideran las narrativas o narraciones acerca de los procesos de salud y enfermedad. Una narrativa constituye el relato de una experiencia personal, en el que la persona expone desde su punto de vista, su percepción acerca de su situación de salud-enfermedad, de su aflicción y malestar físico, social y psicológico, situándolo en un lugar, un tiempo y con causales mediadas por consideraciones morales y culturales acerca del entorno. En su trabajo, Anderson (2000) se refiere a las narrativas de aflicción⁷ como:

...historias o narraciones que las mismas personas -los afligidos- elaboran en torno a episodios y procesos de salud-enfermedad. (...) narraciones, cuentos, relatos o pequeñas historias. Ellas ubican el problema en un contexto: en tal momento, tal lugar, en presencia de tales personas luego de tales otros acontecimientos. (...) se entremezclan referencias a un modelo de causalidad suscrito por quien los cuenta; se enuncian evaluaciones morales respecto a la actitud asumida por diferentes individuos del entorno. (Anderson, 2000, p. 76).

De acuerdo con la autora, las narrativas de aflicción centran su atención en la forma en que cada individuo va elaborando un relato personal y único. Igualmente plantea que quien realiza las narrativas sobre situaciones de salud y enfermedad, a través de estas, enfatiza su agencia, su condición de ser sujeto y no objeto. En las narrativas se sugiere cómo los malestares físicos van transformándose en malestares sociales y psicológicos, cómo migran de una zona corporal a otra, cómo- en la percepción de la víctima- los agentes causantes cambian de modus operandi y punto de ataque (Anderson, 2000, p. 79). En este sentido, quien narra, expone su teoría personal acerca del mal que lo aqueja y presenta caminos de solución y opciones de salida. Así también,

⁷ En inglés aflicción se puede traducir como *illness*, una dimensión del proceso de enfermedad. Este aspecto será desarrollado más adelante en el mismo acápite del marco conceptual.

Anderson acota que a través de las narrativas se delinea “de manera tentativa y parcial, el modelo de cuerpo-sociedad-cultura-mundo moral” que el narrador, la persona construye y reconstruye cuando atraviesa por problemas y aflicciones de salud.” (2000, p.9).

Con respecto a la representación narrativa de la aflicción, Good (2003)⁸ plantea que las narrativas son historias: “un medio para organizar e interpretar la experiencia, sirven para proyectar experiencias idealizadas y anticipadas, y son un modo específico de formular la realidad y un medio idealizado de interrelacionarse con ella” (2003, p.156). Se trata de relatos de historias de aflicción y experiencia, de lo que la experiencia ha permitido vivir. Por consiguiente, para el autor, las narrativas tienen un argumento y una estructura temporal. Son organizadas en orden de importancia para el individuo y su familia, mediante una sucesión ordenada. Del mismo modo, Good (2003) plantea que el narrador al relatar, revisa constantemente sus interpretaciones, juicios y expectativas a la par que la narrativa va avanzando. La persona que narra –quien padece la aflicción- no es, por consiguiente:

...un mero narrador de historias, sino que, en varios e importantes aspectos, se comporta de modo similar a un lector. Aquellos que padecen una aflicción, van por la mitad de la lectura de una historia, a menudo se siente impotente para influir en el desenlace, revisa constantemente las reinterpretaciones, juicios, esperanzas y expectativas a medida que avanza el tiempo narrativo” (2003, p.295).

Asimismo, Good (2003) considera la dimensión cultural presente en las

⁸ El texto *Medicina, racionalidad y experiencia* (2003), es una traducción del texto original en inglés por Byron Good, *Medicine, rationality and experience* (1994). En este último, se refiere a *illness*, un vocablo que al igual que *sickness* y *disease*, puede ser genéricamente traducido al español como enfermedad. No obstante, *illness* en la literatura de la antropología médica alude a una dimensión de enfermedad que puede ser traducida como aflicción. La aflicción, como se ha señalado, remite a la experiencia corporal vivida por la persona respecto a la enfermedad. En el texto en español, el vocablo *illness* se traduce genéricamente como enfermedad. Pero es la aflicción como dimensión de enfermedad, a la cual nos referimos en la investigación y que se recupera en el marco teórico y conceptual aquí presentado.

narrativas. En este sentido, se refiere a que las narrativas de aflicción están organizadas en términos culturales, los que dan forma o reflejan modos específicos de experiencia vivida. Por ello, el autor señala “concordando con otros antropólogos de orientación fenomenológica”, que la experiencia es totalmente cultural, y que “...el mundo perceptivo está organizado a través del lenguaje y las formas simbólicas” pero también “a través de relaciones institucionales y de actividades prácticas en ese mundo” (2003, p.258). Las personas reflexionan en torno a su propia aflicción y la cultura le da lógica a esa racionalidad. En cuanto al análisis y estudios de narrativas, para Good (2003) es muy importante la relación entre las formas culturales y simbólicas con la experiencia. Los valores culturales dan forma a la experiencia corporal y sensorial de la aflicción. Las historias, los significados y valores asociados a la aflicción y al sufrimiento en las sociedades moldean la escucha como también la acción de relatar la experiencia de aflicción. Es importante considerar que “las narrativas de aflicción suelen incluir historias de experiencias de lo misterioso, historias que sugieren la posibilidad de fuentes de potencia o poder que nosotros rara vez buscamos en la vida cotidiana” (2003, p.283). El autor se refiere a relatos que involucran experiencias asombrosas, así como sus contactos con sanadores –curanderos– y sus visiones de lo sobrenatural, ello como parte de su búsqueda de sentido acerca de su propia aflicción, así como de la búsqueda de una mejora de sus condiciones de salud. Es decir que, a través de la narrativa, del relato, el investigador se puede acercar a la experiencia corporal y sensorial de la aflicción vivida por la persona, pero considerando el marco de valores culturales que modelan los significados y construcciones simbólicas acerca de la aflicción y el sufrimiento. Así también, Good (2003) se refiere a una dimensión intersubjetiva de las narrativas. Como se ha señalado, la perspectiva del autor respecto es amplia, ya que lo anterior implica la participación de diversas voces en la construcción de la narrativa de la aflicción. No únicamente el sujeto que sufre y vive la aflicción, que la experimenta en su propio cuerpo; sino que la aflicción involucra a la familia y a la sociedad. Esto tiene un correlato importante en relación con las experiencias indirectas. En este sentido es significativo señalar que:

Una aflicción tiene una estructura narrativa, aunque no es un texto cerrado y está compuesto por un corpus de relatos.” (...). Dichos “relatos no son solo un medio a través del que se objetiva la experiencia de la aflicción, se comunica e informa de ella a los demás. Son también un medio básico de modelar la experiencia y hacer las experiencias pasadas accesibles a quienes las padecen y experimentan física o mentalmente. La experiencia significativa permanece almacenada en la memoria como relatos, y el hecho de recordar y relatar tales historias permite acceder a las experiencias inmediatas” (Good, 1994, p.164). (La traducción es mía).⁹

Subsecuentemente, el autor plantea la complejidad de la narrativa, no solo a modo de estructura abierta y sujeta a procesos de permanente construcción por quien o quienes las narran, sino también la complejidad a modo de un medio de almacenamiento de experiencias para quienes las escuchan, las recuerdan y pueden construirlas a su vez; pero, además, un medio de almacenamiento para quienes viven la aflicción, quienes experimentan la vivencia de esta dimensión de la enfermedad en su propio cuerpo. En este sentido, la narrativa, de acuerdo a Good (2003) hace la experiencia accesible, comprensible a través del recuerdo de lo significativo y simbólico.

El autor se refiere a la posibilidad de cambiar puntos de vista en las narrativas y que estas estén abiertas a múltiples perspectivas y lecturas. “...las narraciones sustentan múltiples perspectivas y puntos de vista dispares, todo ello representaba aspectos de la experiencia del narrador y la posibilidad de múltiples lecturas de lo que había ocurrido y de que le pusiese de parar el futuro” (2003, p.278). El autor también propone un derrotero de análisis de narrativas en el que el objetivo es dilucidar los significados potenciales y múltiples que se puedan identificar en dichas narrativas.

Dada esta característica de la narrativa (...) la labor del intérprete debería ser dilucidar los significados potenciales de un texto. Más que la identificación de un solo significado referencial o legitimador, el análisis

⁹ En el texto del 2003 traducido al español, Good se refiere a “pacientes”. En el texto original en inglés se refiere a “*sufferers*”.

implica dilucidar el proceso de producción de significado Así, también (...) reconfigurar y reevaluar eventos pasados, y acciones de los personajes a medida que avanza la narración. (Good, 2003, p. 263)

Desde otro ángulo, Briggs y Martini-Briggs (2000) se refieren a discursos que proveen imágenes, delimitan, e imponen ideales mientras cruzan y se adaptan, aunque también moldean narrativas. A ciertos aspectos culturales, más claramente a la retórica cultural que las instituciones estatales pueden incorporar a su discurso para exteriorizar una sensibilidad a las necesidades y derechos de las poblaciones, pero también para reproducir estereotipos. Posteriormente y como parte del proceso de análisis del corpus de narrativas acerca de una situación de salud-enfermedad, Briggs y Martini-Briggs (2011) identifican que existen también narrativas hegemónicas, que proceden de personal de salud organizado, funcionarios de comunicación, laboratorios, organizaciones y/o instituciones médicas que pertenecen y encuentran su lógica en el sistema de salud oficial. Por consiguiente, estas narrativas hegemónicas suelen proceder de personal de instituciones del Estado como de los prestadores de salud concernientes al modelo occidental. Dicha hegemonía se asentaría en la posesión de un conocimiento *científico* a diferencia de otros que no accederían a este, lo que establece una serie de oposiciones y subalternidades. En este sentido y siguiendo con lo señalado por los autores, las narrativas de aflicción estarían mediadas, entrecruzadas por los discursos de lo que se considera positivo o negativo en la sociedad, en la cultura. Discursos institucionales, pero también discursos subalternos, que permean las narrativas personales de los sucesos de salud y enfermedad.

1.3 Estado de la cuestión

En este acápite se aborda una revisión de los estudios e investigaciones sobre pluralismo médico en poblaciones awajún realizados en comunidades amazónicas y se revisa la literatura de estudios de pluralismo médico en contextos urbanos. Finalmente, se exponen los aportes de las investigaciones acerca de intermedicalidad e itinerarios terapéuticos en contextos amazónicos.

1.3.1 Pluralismo médico en poblaciones awajún

El texto de Greene (1998) aporta una noción de intermedicalidad empleada teóricamente en el contexto de una sesión chamánica y de cómo la aproximación etnográfica permite contestar la aparente rigidez del discurso y la práctica terapéutica asociados a la cultura y la etnomedicina. El estudio aporta con la comprensión de cómo los elementos del modelo biomédico son apropiados por la práctica y terapéutica chamánica, en este caso. De esta manera, se señala que así como el modelo biomédico “cientifiza” elementos de lo que denomina “etnomedicina”, asimismo la práctica y el conocimiento de los chamanes “chamaniza” la ciencia, en su forma de biomedicina. En este sentido la práctica chamánica se apropia del “ambivalente” poder del mecanismo de la aguja (o inyectable) e inviste a la persona del chamán con este poder, e incluso incorpora elementos farmacéuticos en su práctica de curación.

Desde otra entrada, Brown (1984) presenta una investigación realizada en la década de 1970 y discute la respuesta de las comunidades aguarunas frente al impacto de la carretera marginal en la región del Alto Mayo y a las crecientes presiones económicas y políticas creadas por la población no nativa. En el capítulo 10 de su libro se refiere a aspectos de salud y enfermedad, así como a concepciones generales asociadas al cuerpo humano, y su actitud hacia las enfermedades: la utilización de distintas terapéuticas, respuesta emocional de la persona que sufre y de su familia; así como el contacto con sistemas no indígenas como, por ejemplo, la bodega, la botica, la posta, y el hospital.

Fuller (2009) propone tres causales o clasificaciones distintas para las aflicciones “De acuerdo con el sistema de conocimientos médicos de la cultura awajún tradicional, las enfermedades podían ser causadas por accidentes, fallas en el funcionamiento corporal o por brujería.” Fuller agrega que tradicionalmente, las mujeres awajún han sido las depositarias de conocimientos de plantas medicinales. No obstante:

...hoy en día, la población awajún combina ambas tradiciones: por un lado, reconoce la existencia de plantas medicinales propias y sigue

utilizando regímenes alimenticios para acompañar su uso; y, paralelamente, recurre al curandero para identificar la causa o causante de su mal y, en última instancia, busca el auxilio de la medicina occidental. (Fuller, 2009, p.43-44)

Chávez (2017), en su investigación con comunidades nativas awajún en el río Cenepa, ha identificado y analizado los modelos explicativos sobre el VIH/Sida que circulan entre la población en el contexto de intervención de un programa promovido por el Fondo Global. Esta autora concluye que en estas comunidades existe un contexto de pluralismo médico marcado por la violencia estructural y la discriminación. En este sentido, señala que existen narrativas awajún acerca de cómo el virus del VIH tendría un componente conspirativo “que ha sido traído por agentes foráneos para exterminación de la población indígena y en particular, de la población awajún” (2007, p. 135). Estos agentes son diversos: mestizos, mineros, policías, pero también el Estado a través del personal de salud que administra vacunas, pruebas o anticonceptivos. El Estado tendría el propósito de eliminar a la población awajún para quedarse con el territorio o como represalia frente a los sucesos conocidos como “el Baguazo”. Subsecuentemente, en este mismo estudio, el Estado, y por extensión su modelo biomédico aparece para la población, más que como una alternativa de salud, como un mecanismo amenazante con el que se mantienen relaciones altamente conflictivas.

Los anteriores estudios dialogan entre sí acerca de cómo coexisten distintas tradiciones terapéuticas en las comunidades awajún, pero al mismo tiempo, sus relaciones son dinámicas entre sí. No son en modo alguno estáticas a modo de compartimentos estancos, sino que hay apropiaciones de elementos terapéuticos entre ellas, aprendizajes, relaciones conflictivas, memorias y desencuentros que intervienen subsecuentemente en las decisiones y en el acceso de las personas a la salud, no solo a nivel personal sino también comunitario.

1.3.2 Pluralismo médico en zonas rurales

El estudio de Crandon-Malamud (1991) fue realizado en una zona rural¹⁰ en los Andes bolivianos. Para la autora, el pluralismo médico está asociado con las relaciones sociales que permiten la movilidad social. Para ella, el pluralismo médico facilita la permeabilidad de las fronteras étnicas y religiosas, así como la motilidad entre las líneas de clase porque, cuando la gente habla acerca de medicina, también está negociando una redefinición de sus propias identidades. La autora identifica que la gente negocia su identidad y cambia sus afiliaciones de un grupo a otro a través de su diagnóstico. Ella señala que las tradiciones médicas disponibles en el contexto que ella investigó, no compiten por pacientes con las mismas enfermedades, sino que para un malestar se presentan alternativas que reconocen etiológicamente enfermedades o dolencias distintas. Esto es sumamente importante para la coexistencia de terapéuticas y modelos distintos en un contexto pluralista. La autora destaca que:

El pluralismo médico es significativo porque las alternativas crean la posibilidad del uso de la medicina –del diálogo médico y de la opción clínica- cómo un lenguaje social a través del cual la negociación de la identidad cultural toma lugar. A través de la negociación de dichas identidades, las relaciones sociales y el acceso a los recursos son reestablecidos, reestructurados o destruidos. Porque la medicina se convierte en un lenguaje efectivo en un ambiente plural medicamente, todas/os las/los involucrados en la discusión, no simplemente el paciente, la sanadora, o el grupo del manejo de la terapia, participan en la adquisición de recursos secundarios. (Crandon-Malamud, 1991, p. 208) (La traducción es mía)

Además, de acuerdo a esta investigación, el proceso de diagnóstico, es decir de identificación y denominación del malestar está mediado por la percepción individual y asimismo por el consejo de las personas del ámbito cercano de quien padece; es mediado por factores sociales, percepciones, interpretaciones de los síntomas. Pertinentemente, la autora sugiere que el proceso de diagnóstico es como un arte, que incluso en contextos hospitalarios y biomédicos, de tecnología llamada sofisticada, los profesionales de medicina occidental no llegan unívocamente a un diagnóstico.

¹⁰ La autora precisa que no identifica la zona por cuestiones éticas.

Anderson (2001), en un estudio realizado en zonas rurales de tres departamentos del Perú: Ancash, La Libertad y Huancavelica, con mujeres usuarias de los servicios de salud y a proveedores de dichos servicios se centra en los aspectos de la calidad de atención identificados tanto por las usuarias como por los proveedores. Un aporte importante del estudio se refiere al proceso de toma de decisiones, y es que hay situaciones de salud que no se negocian o que no forman parte del sistema biomédico. Por ejemplo, el susto, “que recibe nombres distintos en las tres zonas de estudio, es un problema de salud que escapa a la competencia del sistema oficial” (2001, p.129). Para la autora, “algunos problemas de salud, se entiende, no son susceptibles de tratamiento en el sistema biomédico (...) y deben ser llevados al sistema paralelo –donde el curandero es la figura central– para darles curso” (2001: 64). Así también afirma que en el proceso de toma de decisiones se consulta con los familiares cercanos (esposo, madre, hermano, cuñado, suegra) y que también puede incluir “intentos de aliviar el problema mediante hierbas (...) que pueden reforzarse con pastillas que se venden en bodegas y tienditas en los caseríos). Es decir, también incluye componentes de autocuidado. Para la autora, además, ello ocurre en un escenario de pluralismo configurado por la desigualdad; y es que, algunas terapéuticas o alternativas de servicios, como ella las denomina, no están legitimadas. Los usuarios pueden incluso recurrir a ellos clandestinamente, aunque su uso sea conflictivo. La misma autora realizó otro estudio en zonas de Ayacucho, Puno, la Libertad, Ucayali, y San Martín (Anderson, 1999). Este estudio investiga aspectos relacionados y causas de muerte materna, considerando las redes familiares y actores claves en el entorno de las fallecidas. La autora reconstruye las rutas de salud seguidas por la parturienta en un contexto de pluralismo. La investigación es sumamente relevante en el plano metodológico, por cuanto incluye itinerarios médicos contruidos y articulados visualmente en gráficos. El estudio se sitúa en un contexto de pluralismo médico signado por la desigualdad de acceso a distintas alternativas de salud, así como la inequidad de género. Es interesante resaltar que la toma decisiones de salud y los itinerarios de salud seguidos acerca del

parto en estos casos son compartidos por la parturienta con actores clave en la familia y constituyen procesos sumamente complejos, mediados por desigualdades de género, pero también valoraciones diferenciadas respecto a la persona dentro del entorno comunitario y de la propia familia.

Letherman y Greenway (2003) señalan que existe una elección de tratamientos en un espacio de ideologías médicas coexistentes y conflictivas en los que los aspectos etiológicos son biológicos y sociales. También consideran aspectos políticos y económicos, así como la importancia de las relaciones sociales para delinear la salud. Este abordaje está hecho, además, desde la perspectiva de la antropología médica crítica.

Velarde (2007) realiza un estudio enfocado en las parteras, las parturientas y el personal de los establecimientos de salud y su interrelación, y respecto al pluralismo médico, enfatiza la situación de desigualdad en que coexisten los distintos sistemas de salud en los Andes ayacuchanos. Ella sostiene, además, que la hegemonía del sistema de salud formal procura monopolizar la salud bajo el argumento del “conocimiento experto”. Dicho sistema o modelo, “tiene a su cargo personal profesional colegiado. Estos, diseñan e implementan la infraestructura, así como las políticas, normas y protocolos para la atención de la salud de la población. Cuando ingresan a la comunidad lo hacen como los únicos responsables de velar por la salud, proceso que no es asunto de su personal si no es un mandato de ley” (2007, p.16). La autora añade que:

En el Perú, como en los otros países andinos coexisten varios sistemas médicos: el biomédico, la medicina comunitaria andina, el chamanismo amazónico, y otras variantes locales. El pluralismo médico se vuelve un tema altamente relevante precisamente en relación con la salud reproductiva, donde funcionan en paralelo diversos modos de atención y aun diagnóstico e interpretación de los eventos que forman parte del embarazo, el parto y el puerperio. (2007, p.10).

En este sentido, estas investigaciones en contextos andinos dialogan sobre el papel de las redes familiares para la identificación, apreciación e

interpretación de los malestares y posterior decisión para seguir una ruta o itinerario. Pero hay que indicar también que es insoslayable que la existencia de dinámicas de poder y hegemonías económicas y de género, que cruzan no solo los modelos de salud existentes sino además la construcción de las redes familiares, afectan la búsqueda y acceso de las terapéuticas. Existe en este entorno médico plural aspectos y situaciones que pueden ser negociados con niveles de autonomía y movilidad, pero otros que no. Hay malestares que marcan la ruta a seguirse, pero el que se siga depende de distintos factores, como la valoración de la persona y la construcción de su subjetividad por ella misma, pero también por su comunidad.

1.3.3 Pluralismo médico en zonas urbanas

Chrisman (1977) delinea una serie de eventos relacionados con las conductas ante el reconocimiento de la aflicción, y la búsqueda o las rutas para conseguir medidas que permitan recuperar la salud en una sociedad norteamericana. Señala la existencia de modelos explicativos acerca de sus malestares y considera la continuidad en los tratamientos en medio de un proceso de búsqueda de salud. El autor en su texto, a través del estudio de las historias de aflicción, enfatiza en cómo perciben las personas su malestar, partiendo por ejemplo del reconocimiento social y personal, de que están con un malestar, y dando inicio así al proceso de búsqueda de salud, así como a una serie de comportamientos en su indagación por atención y tratamientos. La investigación propone cinco componentes del proceso de búsqueda de la salud: definición de los síntomas, cambios en el comportamiento relacionados con la aflicción, consulta inicial y derivación, acciones de tratamiento y adherencia.

Tibaduiza Roa et al. (2011) realizaron un estudio en la ciudad de San Cristóbal de Las Casas, estado de Chiapas, ubicado al sur de México, en una de las regiones más pobres del país. Los autores proponen en su estudio que las personas buscan mantener un equilibrio de ideas y comportamientos que les permitan ser socialmente aceptados y estar, así, libres de tensiones en el contexto de nuevas creencias, pero sobre todo de nuevas normatividades. Esta

versatilidad en los procesos de cambio en los que participan, ha permitido mantener la cercanía y apertura en la relación terapeuta-paciente y entre curanderos, así como en los sistemas paralelos o alternativos: medicina occidental, medicina tradicional, medicina espiritista, entre otras, situación que permite incorporar elementos de una o más opciones en los procesos de salud/enfermedad/atención.

Estas dos últimas investigaciones analizadas, aunque se desarrollan en sociedades urbanas muy distintas, una norteamericana y otra mejicana, dialogan acerca de dos dimensiones, una individual y otra social, relacionadas con los procesos de salud/enfermedad: que la persona acepte y reconozca que tiene un malestar, y de que la sociedad en la que se sitúa reconozca que tiene un malestar. Se destaca la búsqueda de aceptación por parte de la sociedad en la que la persona vive. Asimismo, se diferencia la aflicción (*illness*), en cuanto percepción individual y subjetiva de la condición de estar enfermo, de la enfermedad (*disease*), que se trata de un estado de alteración corporal o proceso que lo desvía de lo establecido como normal. Esta diferenciación, subrayada por (Chrisman, p.1977), es particularmente pertinente para este presente estudio.

1.3.4 Intermedicalidad e itinerarios terapéuticos en la Amazonía y en las tierras bajas sudamericanas

Neves et al. (2013) presentan una investigación cualitativa que constó de entrevistas a profundidad semi estructuradas y observación participante a indígenas del pueblo truká en un periodo de 3 meses. El estudio identifica las prácticas de autoatención de los truká en el estado de Pernambuco, en Brasil, y la relación de esta población con la biomedicina, constatando la existencia de una interrelación de las prácticas biomédicas con los sistemas tradicionales de salud. Este estudio encuentra que, respecto a los itinerarios, la población utiliza la biomedicina y la medicina indígena simultáneamente; pero remarca que lo más importante al trabajar con itinerarios terapéuticos y diversas prácticas de

curación, no es únicamente identificar por dónde se inicia el proceso terapéutico, sino comprender la red de articulación de las prácticas de salud tradicionales y biomédicas, así como los procesos socioculturales de interacción y negociación acerca de lo que se considera como "malestar". Esta investigación también identifica diferencias de valoración percibidas por los nativos respecto a los actores y proveedores pertenecientes a un mismo modelo de atención en salud. Por ejemplo, señalan que los enfermeros, técnicos en enfermería y agentes de salud son más cercanos a la población que los médicos, quienes no se interesan, usualmente, por la comunidad.

Gervasi (2018), en su tesis, analiza de qué manera se combinan y negocian recursos y repertorios terapéuticos de diferentes modelos de atención en el cuidado de niños de la primera infancia en Palotoa Teparo, una comunidad matsigenka ubicada en la zona de influencia del Parque Nacional del Manu. En esta investigación, Gervasi reconstruye los itinerarios y recursos terapéuticos utilizados por las madres de niños de 0 a 3 años, y los recursos y repertorios terapéuticos de los modelos de atención presentes en la comunidad. En este sentido, la investigación identifica dos modelos de atención: el biomédico y el tradicional amazónico. No obstante "...hay una combinación de elementos adoptados del sistema médico tradicional andino como es el caso del uso del agua florida" (2018:177).

Berrospid (2018), a su vez, en su tesis analiza los recursos terapéuticos utilizados por mujeres asháninka, así como los diferentes recursos y repertorios que utilizan para el control de su reproducción. Esto visto desde un contexto de pluralismo médico, partiendo de la coexistencia de varios recursos y repertorios terapéuticos que cada sistema médico presenta. Si bien el énfasis es en la descripción e identificación de las terapéuticas, asimismo revisa los diferentes modelos de atención que son utilizados por las mujeres. Las investigaciones revisadas presentan un entorno dinámico en el que las personas construyen sus itinerarios, toman sus decisiones en salud y articulan elementos de distintas tradiciones terapéuticas. En este sentido, Neves et al. (2013), recalcan la

comprensión de las articulaciones entre sistemas, así como las interacciones y negociaciones respecto a las alternativas de salud existentes. Esta propuesta es recuperada en la presente investigación.

1.4 Diseño Metodológico

1.4.1 Metodología y técnicas de recojo de información

La investigación es cualitativa y partió de un acercamiento fenomenológico para captar el sentido y los significados, a través de las experiencias vividas por personas awajún que viven en Lima, acerca de sus itinerarios terapéuticos seguidos para aliviar la gripe y el daño. Se trata de apelar a la visión de los propios actores con quienes se ha conversado y a los significados que para ellos tiene el problema bajo estudio: los itinerarios de salud, las decisiones y los aspectos implicados en la toma de decisiones (identidad, economía, acceso, satisfacción acerca del servicio, eficacia, acceso); así como lo que las personas con quienes se conversó dicen de sí mismas. En este sentido, las narrativas constituyen el medio en el que los informantes elaboraron sus relatos y verbalizaron su experiencia. Es un estudio interpretativo enfocado en los significados. Esta metodología, como todas, supone también una postura ética. Como indica Kimberly Theidon (2004: 38) señala que “no se puede divorciar la metodología de la ética”. Y añade: “la forma en la que se plantean las preguntas tiene mucho que ver con las respuestas que se reciben” (2004: 37), dado que las personas nos hacen partícipes de sus expresiones de dolor y enfermedad, de búsqueda de alivio, tratamiento. Concordando con Theidon, “...las personas hablan y verbalizan sus malestares porque buscan reconocimiento y alivio a sus malestares”, pero también, se propone, porque buscan una comprensión al proceso y a su propia experiencia de salud/enfermedad. En este sentido, se cambió el nombre de las personas para proteger su privacidad. Asimismo, se solicitó el consentimiento informado, el mismo que fue negociado y renegociado en distintas ocasiones a lo largo de toda la investigación. Aunque la metodología supuso el desarrollo de

narrativas en cuanto conversaciones informales, se consideró necesario, al tratarse de temas de salud, la explicación de los temas sobre los cuales se dialogaría, así como de la posibilidad de extenderse en la conversación y / o de continuarla en momentos sucesivos.

Como se ha indicado antes, la técnica de investigación esencial ha sido la narrativa. En este sentido, el sujeto, que es el informante, establece su propio ritmo de conversación, los tiempos, las relevancias, y enlaza los sucesos que considera importantes en su relato, en su historia. Para desarrollar esta aproximación, en las conversaciones con cada informante, se partió de un listado de interrogantes muy abiertas y generales, concordante con una aproximación fenomenológica que privilegia las narrativas de las personas informantes. Para estos efectos, se utilizó una guía temática de preguntas abiertas y generales que motivó la conversación con cada persona, quien construyó su propio relato, con sus prioridades, secuencias y ritmos. Se desarrolló a modo de conversaciones en diversos contextos, espacios y momentos en los que se encontraban las personas. Estas conversaciones fueron registradas electrónicamente para ser posteriormente revisadas y para su posterior análisis e interpretación. Esta técnica fue acompañada por el uso de un cuaderno de campo que permitió un registro etnográfico más detallado. En dicho cuaderno se inscribieron anotaciones de las principales ideas y fragmentos de narrativas o historias que eran narradas por cada informante, y paralelamente se anotaron observaciones respecto al contexto de la conversación, comentarios a las ideas y narrativas registradas, así como aspectos de análisis e interpretación que iba surgiendo durante y luego de cada conversación con los informantes awajún.

Otra técnica aplicada consistió en la reconstrucción de itinerarios terapéuticos. Se trata de una técnica visual, basada en el relato del informante, sobre cómo interpreta sus situaciones y contextos, y cómo reconstruye sus experiencias vividas respecto a sus procesos de salud/enfermedad, así como sus decisiones para encararlos. Se trata de una red que se construye

vinculando las decisiones y/o terapéuticas seguidas por cada awajún en su proceso de salud/enfermedad.

Se realizó la elaboración gráfica de la ruta de lugares, modelos y terapéuticas utilizadas secuencialmente o paralelamente, continuadas, seguidas, retomadas o abandonadas por cada persona en su proceso de salud/enfermedad las que habrán sido narradas y explicadas en cada entrevista y conversación. Posteriormente, esta fue presentada a cada persona entrevistada para ser validada y explicada, y así también permitir un mayor desarrollo y ampliación acerca de sus explicaciones y significados a partir de lo dibujado/graficado. Es importante señalar que, debido a la dispersión espacial de la población analizada, no se hizo observación directa. Los residentes awajún contactados por lo general, si bien tienen disposición al diálogo, son muy desconfiados con personas que no conocen, están siempre ocupados y sus agendas de actividades podían cambiar en el transcurso del día acordado para el encuentro. Las conversaciones fueron de forma individual, con niveles de confianza significativos y en espacios diversos como restaurantes, centros de trabajo, parques, y otros lugares públicos.

El proceso de análisis ha sido transversal a lo largo de todo el proceso de investigación. No obstante, se distinguen tres etapas. Una primera etapa comenzó con el diseño de la investigación, la revisión bibliográfica y la construcción del marco teórico. Una segunda consistió en el trabajo de campo propiamente dicho. Al construir el propio campo en cuanto conjunto de relaciones con las personas a ser entrevistadas y con quienes se conversó. Durante dicha etapa se fue analizando el conjunto de datos, se reflexionó, se integró información, se reorientan las preguntas y se construyeron reflexiones que fueron anotadas en el diario de campo.

La tercera etapa se dio luego de retornar del campo, al elaborar y emerger categorías que vincularon los conceptos teóricos con la data empírica; al establecer vínculos entre dichas categorías y subcategorías; encaminadas a

dilucidar tendencias, patrones y propuestas teóricas de acuerdo a nuevos conocimientos en cuanto aporte de la investigación. En este sentido se utilizó tanto la transcripción de los audios de las secciones seleccionadas como más importantes para la investigación, para posteriormente establecer codificaciones y categorías. Finalmente, se culminó con una etapa de interpretación encaminada a dilucidar los significados en las narrativas que den sentido a los resultados y tendencias obtenidos producto de la investigación.

1.4.2 Sobre el trabajo de campo

Como se ha señalado, para efectos de la investigación y por tratarse de un tema de salud, y siendo varios de los informantes personas con posiciones o cargos en sectores públicos, se ha optado por omitir sus nombres reales y reemplazarlos por nombres ficticios. La metodología para ubicar a las personas ha sido la denominada bola de nieve. A través de amistades y compañeros de trabajo se logró contactar a un posible nuevo informante. Es de resaltar que los niveles de confianza requeridos para acceder a conversar con el primer informante se lograron en base a las amistades y contactos en común. Construir dicha confianza tomó un tiempo. A este primer informante se le explicó los objetivos y demás aspectos generales de la investigación: que se trataba de un tema de cuidado de la salud para los awajún que vivían en Lima, y que sería muy importante conversar con su persona. Luego de 3 intentos fallidos de citas para poder conversar, debido a cancelaciones por sus viajes de comisión de trabajo, se pudo conversar finalmente con el informante. Para la investigadora supuso explicar con gran claridad los puntos a conversar, y también contar con una gran preparación acerca del tema de la investigación para lograr el desarrollo de la conversación, la fluidez de la misma, y la apertura del otro sin emplear una guía impresa. En lugar de ello, la narrativa se sustentó en conversaciones en las que él o la informante llevó el ritmo de la conversación toda vez que construyó su historia, intercaladas con preguntas sucedidas con repreguntas de la investigadora para clarificar o constatar aspectos de los relatos. También hubo momentos durante las conversaciones en los que la investigadora resumió las ideas o expuso sus propias conclusiones o síntesis de

aspectos sobre los que se dialogó, y los expuso al informante para su verificación y validación.

Mikaela Impi, vicepresidenta de la asociación AJUTAP, señala que habría más de 500 personas awajún viviendo en Lima, la mayoría cerca de empresas del distrito de la Victoria o Santa Anita y en el distrito de San Martín de Porres, en la zona de San Germán. Aunque ni ella ni la asociación tienen más datos acerca de estas personas (tampoco existe un censo o algún tipo de registro), de acuerdo a ella, serían sobre todo varones entre 18 a 30 años que trabajarían principalmente en fábricas; y mujeres entre 18 a 30 años que trabajarían principalmente en restaurantes de comida oriental conocidos como “chifas”. No obstante, sus viviendas pueden encontrarse en cualquier distrito de Lima.

El campo de la investigación no es únicamente geográfico y espacial, sino que supone la densidad de relaciones e interrelaciones socioculturales, el tiempo simbólico y vivido entre la investigadora y los informantes. Tal es así que dicho campo de la investigación y la propia muestra se ha construido sobre la marcha, partiendo de las referencias de este primer informante, quien ha sido clave para facilitar contactos con sus pares. Las otras personas con quienes se conversó y cuyas características son las siguientes: entre 30 a 55 años, con educación superior, con trabajos en sectores del Estado o dedicados al activismo. Algunas conversaciones se realizaron en parques, en oficinas, en restaurantes y han durado en promedio de 2 a 3 horas con cada persona. La técnica de investigación no involucró entrevistas de preguntas y respuestas, sino temas que guiaban la conversación y en los cuales la investigadora ha incidido para enfatizar aspectos de salud que pudieran motivar el desarrollo de sus respectivas narrativas. Subsecuentemente, los informantes se mostraron asequibles y dispuestos a colaborar y contar sus historias. El trabajo de campo ha permitido identificar en primer lugar a la gripe como el malestar que es reconocido por todos los informantes sin excepción, y como la enfermedad que más les ha aquejado mientras viven en Lima. En segundo lugar, los informantes

han reconocido que el daño ha sido otro malestar importante que los ha agobiado en Lima. Los informantes –sin excepción– en sus narrativas señalaron en el siguiente orden que otros males importantes han sido: estrés, cólico, tifoidea. Específicamente todos los informantes han padecido la gripe, y dos han padecido daño.

1.4.3 Dificultades

Inicialmente se había previsto una muestra de aproximadamente 12 personas entre mujeres y varones awajún que vivan o residan habitualmente en la ciudad de Lima, sin embargo, debido a las dificultades a continuación descritas, se quedó en 6 personas, 4 varones y 2 mujeres. Se trata de una población oculta que ha requerido significativos niveles de confianza para entablar contacto, así como referencias de quienes habían dado sus datos o con quienes se había conversado previamente y que accedieron a conversar. Se ha mencionado antes que se trata de personas con apertura al diálogo, pero muy desconfiadas con personas que no conocen. Construir la confianza necesaria ha supuesto una apertura personal basada en la honestidad en todo momento, pero, además, de mención a referencias personales, colegas, amistades en común, explicaciones acerca de la investigación, de la razón para realizarse como una tesis académica pero también, permitir a las personas o asociaciones awajún a que puedan acceder al documento final.

Si bien la investigación se ha desarrollado en la ciudad de Lima, los informantes residen en lugares muy dispersos geográficamente, por lo que desplazarse para encontrarlos supuso varias dificultades. Lima es una ciudad superpoblada, con problemas de tráfico notorios y distancias geográficas grandes lo que dificulta el seguimiento a los informantes, que como se señaló, han cancelado en ocasiones las citas para las conversaciones y entrevistas. Por ejemplo, los que trabajan en ministerios, a veces cancelaron las citas concretadas el mismo día y una hora antes de la reunión cuando la investigadora ya estaba a medio camino o por llegar. Esto ocasionó cambios en la agenda de citas y ralentizó el desarrollo del trabajo de campo.

Otro aspecto a señalar es que la metodología de investigación es cualitativa y parte de un acercamiento fenomenológico a las vivencias de los informantes. Por consiguiente, se requirió tiempo para llevar a cabo las conversaciones con cada uno de ellos. Como aproximadamente dichas conversaciones han durado 2 a 3 horas en total, algunas se han realizado en varias citas o reuniones con cada informante de acuerdo a su disponibilidad de tiempo, lo que ha significado también reprogramaciones. Ha sido especialmente difícil ubicar y contactarse con mujeres awajún. Se debe recalcar que, de acuerdo a los propios informantes, la mayoría de awajún viviendo en Lima son varones. Luego de conversar con las dos mujeres contactadas, ya no se tienen referencias de otras más que estén en el rango y características de la muestra que se ha ido construyendo sobre la marcha.

AJUTAP es una asociación cuyo presidente, durante el periodo de campo, estaba en su comunidad, ausente de Lima, por más de un año y medio, por lo que Mikaela Impi, con cargo de vicepresidenta asumió las funciones directivas. Sin embargo, esta asociación no cuenta con un local propio para sesiones, ni tampoco con un registro detallado de todos los awajún, así que las sesiones se llevaron a cabo de manera extraordinaria. Adicionalmente Mikaela Impi informó que, un grupo de personas awajún suelen reunirse en el distrito de San Martín de Porres, en San Germán, para jugar fútbol o vóley, en la losa deportiva "Ama quella", a partir de las 4 o 5 de la tarde los fines de semana. Pero suelen asistir más varones que mujeres. Ella señaló también que, en el caso de las mujeres, la mayoría tiene entre 18 a 30 años y muchas de ellas trabajan principalmente en restaurantes de comida oriental o "chifas", lo que hace que roten sus días de descanso por lo que no acuden con regularidad a la cancha. Además, ella no conocía con exactitud sus datos para poder ubicarlas. Los informantes contactados con quienes se conversó, conocen datos de correos electrónicos o direcciones de Facebook de algunas mujeres awajún, pero muchos de los intentos de comunicarse con ellas fueron infructuosos.

Otra dificultad fue acceder a material bibliográfico acerca de enfermedades y temas de salud en poblaciones awajún en contextos urbanos o periurbanos. Existirían algunos documentos de trabajo acerca del tema, en el Ministerio de Salud que fueron realizados por el Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica (CAAAP), pero debido a cambios en la gestión de esta institución y a la rotación de su personal, no fue posible acceder a estos documentos ya que las personas que laboran actualmente no conocen su ubicación, tienen referencias difusas o son documentos que no son de acceso público.

Finalmente, una contingencia significativa relacionada con el tráfico matutino de Lima resultó en un accidente de la investigadora durante la etapa del trabajo de campo. Un auto conducido por una persona ebria chocó con el vehículo de transporte público en el que viajaba, y tuvo como consecuencia su hospitalización durante 4 días, debido a que fue diagnosticada con traumatismos superficiales múltiples, cervicalgia y contusiones de la pared abdominal. Ello le ocasionó dificultades de desplazamiento, que afectaron tanto la búsqueda de más información, así como las posteriores citas para conversaciones con informantes. Este accidente implicó, además, un impacto en la estabilidad económica de la investigadora debido al costo de las revisiones médicas, tratamientos y medicinas. Finalmente, este accidente supuso un impacto emocional adicional, ya que debido a que el área de la investigación es la antropología médica y el enfoque la fenomenología, la investigadora se encuentra más identificada y personalmente involucrada con el tema de la salud. Considerando que la investigación trata sobre rutas de salud sobre la gripe y sobre el daño, ello hace que estas circunstancias se tornen especialmente agotadoras en lo mental y emocional por cuanto la investigadora inició, desde su propia vivencia y experiencia, una ruta de salud, un itinerario terapéutico para su recuperación luego del accidente de tránsito.

Capítulo 2. Ámbito de la investigación

En este capítulo se describen las zonas de origen de los informantes, así como su posterior tránsito de Bagua y Condorcanqui a Lima. Así también, sus actuales desplazamientos y lo que en sus narrativas manifiestan acerca de su contexto actual en la ciudad de Lima.

2.1 Acerca de la población awajún

Según el Ministerio de Educación (2018), la lengua awajún conforma junto con las lenguas wampis y achuar la familia lingüística chicham (jíbaro). El término awajún es la denominación vigente por los miembros de este pueblo y hablantes de esta lengua, pero han recibido también las siguientes denominaciones que están registradas en la literatura: aguaruna, aents, awajum, awajún-ahuaruna, iinia, aguajún, ahujajún, ahuarunes. De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística e Informática (2018a), se estima que son 52 mil 573 personas mayores de cinco años que tienen la lengua awajún como lengua materna en el territorio nacional. Y 40 mil 976 se encuentran en el departamento de Amazonas. Los demás hablantes están distribuidos en los demás departamentos del Perú, como se consigna en el siguiente cuadro:

Cuadro 1. Departamentos censados con mayor población con más de 5 años que tiene la lengua awajún como lengua materna

Departamento	Cantidad de hablantes
Amazonas	40, 976
Loreto	5392
San Martín	2904
Cajamarca	1109
Lima	967
Ucayali	194
La Libertad	189
Lambayeque	303
Piura	115
Prov. Constitucional Callao	91

Fuente: INEI-Censos Nacionales XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas, 2017

Con relación a la educación, también se indica que la población censada en el

2017 que tiene 15 y más años de edad y el awajún como lengua materna aprendida en la niñez era alrededor de 33 449. De ellos, 4 311 no tienen nivel educativo alguno; 124 tiene nivel de educación inicial; 13 455, nivel de educación primaria; 20, nivel de educación básica especial; 12 365, nivel de educación secundaria; 1 588, nivel de educación superior no universitaria; 1 586, nivel de educación superior universitaria. Con relación a la salud, se señala que la población censada en el 2017 que tiene 12 y más años de edad y el awajún como lengua materna aprendida en la niñez era alrededor de 38 407. De ellos, 30 815 cuentan con algún seguro de salud y 7 592, no. Desagregado por el área de residencia, los awajún que se encuentran en el ámbito urbano que cuentan con algún seguro de salud son 4 177 y los que están sin seguro de salud, 1 565. Los awajún que están en el ámbito rural que cuentan con algún seguro de salud son 26 638 y los que están sin seguro de salud, 6 027. De acuerdo a la bibliografía revisada, la economía de los awajún se ha fundamentado principalmente en las actividades de la agricultura (de roza y quema) y de la caza. Las mujeres son responsables de la agricultura porque mantienen la chacra y cosechan la yuca; en cambio, los hombres son responsables de la caza porque fabrican armas y trampas, cazar y hacer el tratamiento de las pieles. En los últimos años se han dedicado al comercio de productos como arroz, cacao y plátano que envían a Chiclayo (Lambayeque).

2.2 De Condorcanqui y Bagua a Lima

El departamento de Amazonas está ubicado en el noroeste del Perú y linda al este con Loreto, al oeste con Cajamarca, al sur con San Martín y la Libertad y al norte con Ecuador, y tiene una extensión de 4 205 038 hectáreas. Fue reconocido como departamento el 21 de noviembre de 1832. Su capital es Chachapoyas y se divide en siete provincias: Luya, Rodríguez de Mendoza, Utcubamba, Chachapoyas, Bongará, Condorcanqui y Bagua; y ochenta y cuatro distritos. Más del ochenta por ciento de su territorio está ubicado en la selva y el resto en la sierra (Ministerio de la Producción, 2015). Y de acuerdo a los resultados de los Censos Nacionales XII de Población, VII de Vivienda y III de

Comunidades Indígenas, realizados en octubre de 2017, la población total del departamento de Amazonas es de 379 mil 384 habitantes, que representa el 1,3% de la población nacional (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2018a).

Con respecto a la economía y administración política, según el Gobierno Regional de Amazonas y el Instituto de Investigaciones de la Amazonía Peruana (2010), este departamento aporta el 1% del producto bruto interno (PBI) nacional. La economía gira en torno las actividades agropecuarias, industriales, de servicios, comerciales y turísticas. También hay una ganadería dispersa, en pequeña escala y de manera extensiva. Según los Censos Nacionales XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas de 2017, los niveles educativos de la población en el departamento son los que se muestran en el siguiente cuadro:

Cuadro 2. Nivel educativo de población censada de 15 y más años de edad en el departamento de Amazonas

Nivel educativo	Cantidad de personas
Con educación universitaria, maestría o doctorado	1 747
Con educación universitaria completa	16 754
Con educación superior no universitaria	22 378
Con educación secundaria	89 281
Con educación primaria	98 691
Sin nivel educativo	22 499

Fuente: INEI-Censos Nacionales XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas, 2017

Con respecto a la lengua materna, 40, 976 es la población censada de 5 y más años que refiere tener el idioma awajun como lengua materna. La población que refiere tener otras lenguas maternas se presenta en el siguiente cuadro:

Cuadro 3. Población censada de 5 y más años por lengua materna aprendida en la niñez en el departamento de Amazonas

Lengua materna	Cantidad de personas
Castellano	289 755
Awajún	40976
Quechua	820
Asháninka	100
Aimara	48
Shipibo-Konibo	12
Otra lengua nativa (que puede ser matsigenka/machiguenga, achuar, kichwa, tikuna, nomatsigenga entre otras)	2 481
Idioma extranjero	116
No escucha/ni habla	740
Lengua de señas peruanas	241
No sabe/no responde	5 372

Fuente: INEI-Censos Nacionales XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas, 2017

Con respecto a la autopercepción étnica, 29 255 personas mayores de 12 años se consideran awajún. En el siguiente cuadro se consignan los datos que la población manifiesta:

Cuadro 4. Población censada de 12 y más años de edad por autopercepción étnica en el departamento de Amazonas

Autopercepción étnica	Cantidad de personas
Mestizo	202 418
Awajún	29 255
Blanco	12 470
Quechua	8 196
Afrodescendiente	9458
Nativo o indígena de la Amazonía	5 562
Aimara	171
Ashaninka	10
Parte de otro pueblo indígena u originario	253
Shipibo-konibo	20
Nikkei	12
Tusan	2
Otro	1 437
No sabe/no responde	12 341

Fuente: INEI-Censos Nacionales XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas, 2017

Con respecto a los aspectos de salud relevantes, en Amazonas se señala que la población censada con seguro de salud es 379 384 personas. A

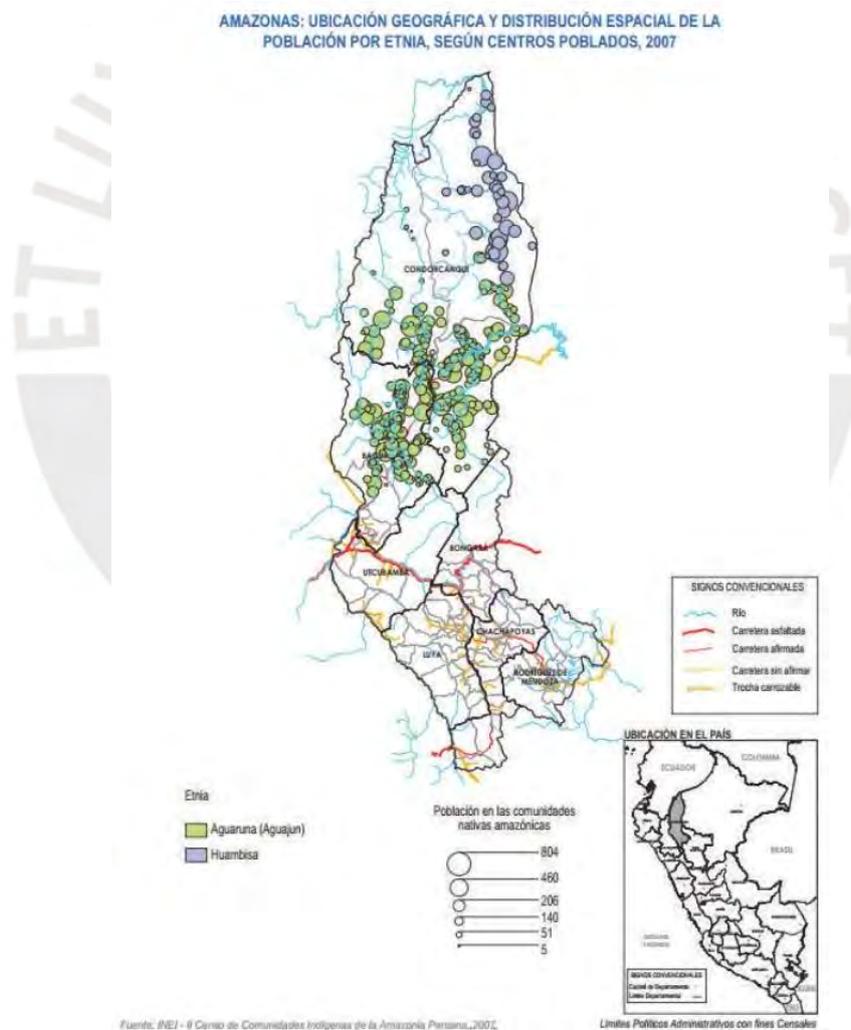
continuación se desagrega por edades en el siguiente cuadro:

Cuadro 5. Población censada con acceso a seguro de salud de acuerdo a edades en el departamento de Amazonas

Edades	Cantidad de personas
0 a 14	122 307
15 a 49	185 875
50 a 64	43 522
65 y más años	27 680

Fuente: INEI-Censos Nacionales XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas, 2017

Mapa 1. Amazonas, distribución espacial de la población por etnia



Fuente: INEI, II Censo de Comunidades Indígenas de la Amazonía Peruana. 2007

2.2.1 Condorcanqui

Según el Gobierno Regional Amazonas (2014), la provincia de Condorcanqui se encuentra en el departamento de Amazonas, sus límites son por el norte con Ecuador, por el este con la provincia Datem del Marañón de la Región Loreto, por el sur con las provincias Bongará y Utcubamba, y por el oeste con la provincia Bagua y el vecino país de Ecuador. Esta provincia tiene una extensión de 17 892 Km² y está dividido en tres distritos: Río Santiago con 8178 Km² y cuya capital es el Pueblo Puerto Galilea, El Cenepa con 5612 Km² y cuya capital es Pueblo de Huampami, y Nieva con 4101 Km² y cuya capital es la Villa Santa María de Nieva. Todas ellas corresponden a la región natural de la selva. Asimismo, mediante Ley N°23832 se creó la provincia de Condorcanqui el 18 de mayo de 1984 y se determinó que su capital sea el centro poblado de Santa María de Nieva que se eleva a la categoría de Villa. La población de Condorcanqui era de 30520 habitantes en el año 1993. Este número se incrementará a 43311 habitantes, según los resultados del Censo del 2007.

Con respecto a la economía de la provincia de Condorcanqui, esta aporta el 8.54% de la PEA del departamento de Amazonas. Las actividades económicas más importantes son la agricultura, ganadería, caza y silvicultura.

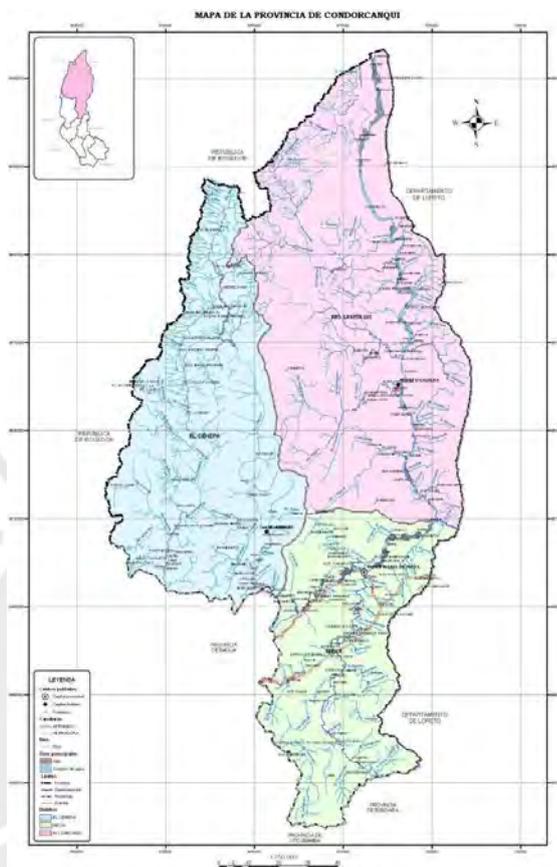
En el aspecto educativo, Condorcanqui cuenta con el nivel de educación inicial (170 centros educativos, 2901 estudiantes y 134 docentes), primaria y secundaria, además tiene PRONOEI (Programa No Escolarizado de Educación Inicial) y CETPRO (Centros de Educación Técnico Productiva) y un Instituto Superior Tecnológico ubicado en el centro poblado Juan Velasco Alvarado en el distrito Nieva. De acuerdo al Gobierno Regional Amazonas (2014), “la provincia Condorcanqui presenta la tasa más alta de analfabetismo de la población de 15 años a más (19.0%)”.

Con respecto a los servicios de salud, se menciona que existen 4 microrredes y 64 establecimientos de salud. Hay una gran demanda de personal

de salud ya que a la fecha del año 2014 solamente había 216 profesionales entre médicos, enfermeras, obstetras, odontólogos y psicólogos. La infraestructura de los centros de salud y las postas médicas y el equipamiento médico son básicas y precarias. Asimismo, se indica, que las causas de mortalidad son, por ejemplo, la tuberculosis, neumonía y neoplasias; las causas de morbilidad registradas en consulta externa son por ejemplo, las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades infecciones intestinales; las causas de morbilidad de hospitalización, por ejemplo, embarazo terminado en aborto y las enfermedades infecciosas intestinales. También el Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2018b), señala que con respecto a la población awajún, se indica que de 24 561 personas, 19 660 personas cuentan con el Seguro Integral de Salud (SIS), 1 057 con seguro de ESSALUD, 81 con seguro de fuerzas armadas o policiales, 5 con seguro privado de salud, 70 tiene otro seguro y 3 704 no cuenta con ningún tipo de seguro.



Mapa 2. Provincia de Condorcanqui



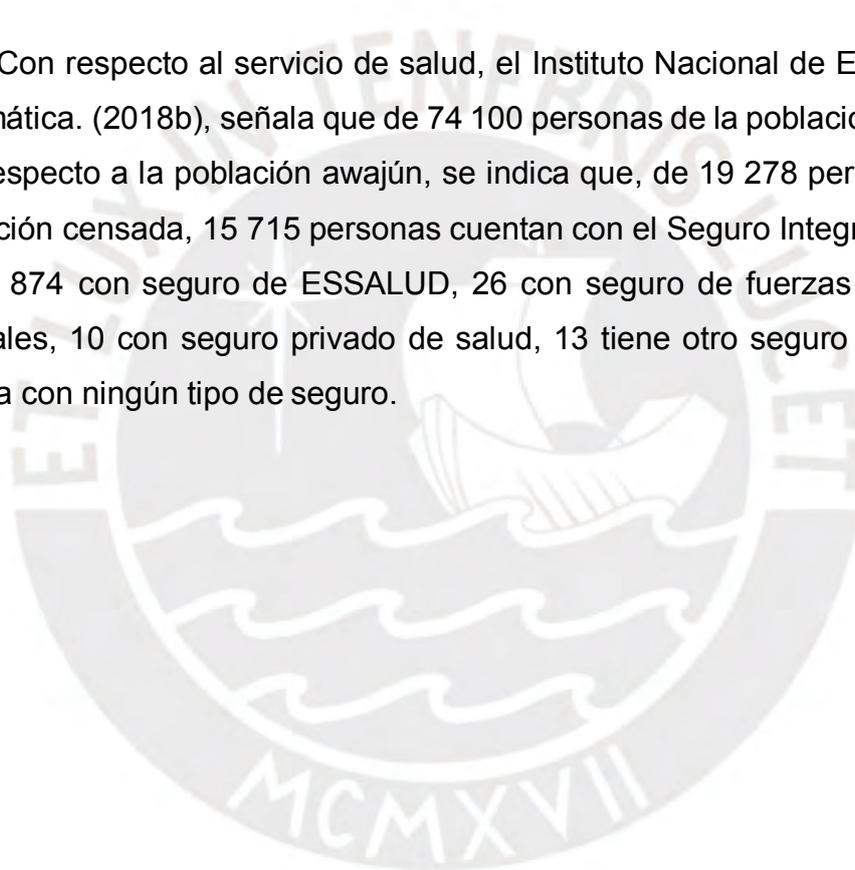
Fuente: Plan de Desarrollo Concertado de la Provincia de Condorcanqui 2008-20

2.2.2 Bagua

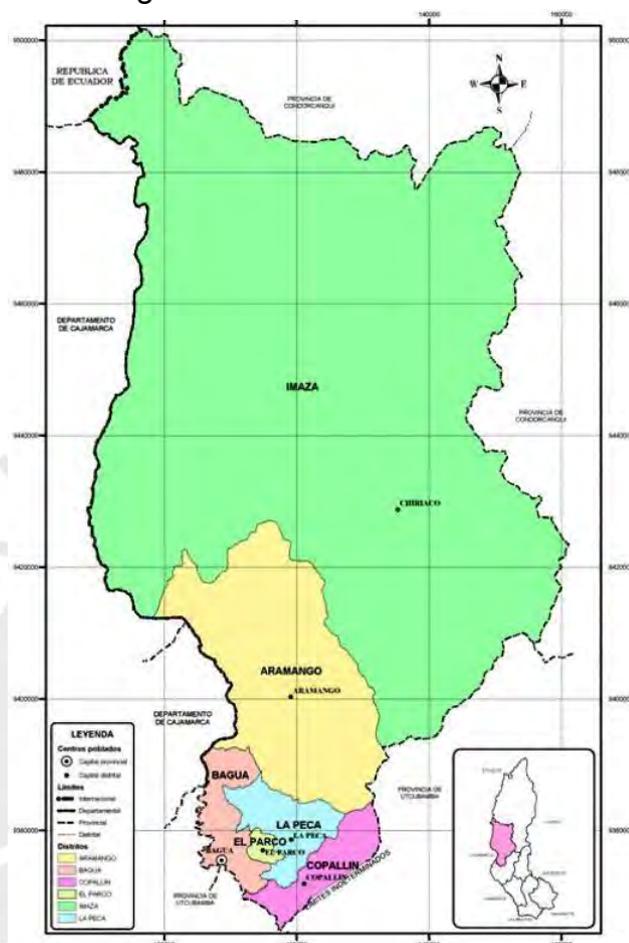
Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (2018b), la provincia de Bagua está ubicada en el departamento de Amazonas, está compuesta de 6 distritos (Bagua, La Peca, Aramango, Copallin, El Parco e Imaza) y su capital es la ciudad de Bagua. Cuenta con una población de 74 mil 100 habitantes (siendo el 19,5% de la población absoluta del departamento de Amazonas). Canales Rivera, A. G., Muñoz Pérez, W., Pérez Robladillo, D. A., & Tejada Torres, C. A. (2018) señalan que el 01 de setiembre de 1941 se creó mediante la Ley 6394 la provincia de Bagua en el departamento de Amazonas. Esta provincia tiene una extensión de 5.745,72 km², a 420 m.s.n.m. y cuenta con un clima tropical cálido. Bagua limita al norte con la provincia de Condorcanqui, al noroeste con Ecuador, al oeste con las provincias de San Ignacio y Jaén de la región Cajamarca; al sur y sureste con la provincia de Utcubamba; y al este y norte, con la provincia de Condorcanqui. Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (2018b), la población censada de 15 y más años de edad en Bagua es alrededor de 49 607 personas. Esta cantidad se distribuye, por el nivel educativo alcanzado, como sigue: 4415 sin nivel (8,9%), 198 inicial (0,4%), 16171 primaria (32,6%), 18801 secundaria (37,9%), 9722 superior (19,6%), 297 maestría/doctorado (0,6%). La población censada de 12 y más años de edad en Bagua es 54 547, que se divide por autoidentificación étnica, como se muestra a continuación: 490 quechua (0,9%), 54 aimara (0,1%), 13145 nativo o indígena de la Amazonía, que incluye ashaninka, awajún, shipibo-konibo y shawi (24,1%); 54 perteneciente o parte de otro pueblo indígena u originario (0,1%); 1690 negro, moreno, zambo, mulato/pueblo afroperuano o afrodescendiente (3,1%); 2018 blanco (3,7%), 32837 mestizo (60,2%); 163 otro, que incluye nikkei, tusan, entre otros (0,3%); 4091 no sabe/no responde (7,54%).

Según Canales Rivera, A. G., Muñoz Pérez, W., Pérez Robladillo, D. A., & Tejada Torres, C. A. (2018), la economía de Bagua se sustenta principalmente en la agricultura y el comercio. Los productos agrícolas que más destacan son el cacao y el café para exportar al mercado internacional y el arroz para el mercado nacional. Asimismo, se menciona que hay dos mil empresas registradas, que se dedican generalmente al comercio, las otras al servicio de alojamiento y comida.

Con respecto al servicio de salud, el Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2018b), señala que de 74 100 personas de la población censada, con respecto a la población awajún, se indica que, de 19 278 personas de la población censada, 15 715 personas cuentan con el Seguro Integral de Salud (SIS), 874 con seguro de ESSALUD, 26 con seguro de fuerzas armadas o policiales, 10 con seguro privado de salud, 13 tiene otro seguro y 2 683 no cuenta con ningún tipo de seguro.



Mapa 3. Provincia de Bagua



Fuente: Instituto Geológico Minero y Metalúrgico INGEMMET

2.3 Dinámicas actuales entre los casos estudiados en Lima

Esta sección de la investigación visibiliza e identifica a los informantes de acuerdo a sus experiencias vividas, sus memorias y dinámicas. Así también, se describen sus actuales desplazamientos y lo que en sus narrativas manifiestan acerca de su contexto actual en la ciudad de Lima.

2.3.1 Identificación de los informantes

*Cada uno está por su lado
y ya no vivimos como antes...! (Ricardo, 32
años)*

Para efectos de esta investigación se ha trabajado con 6 informantes: cuatro varones y 2 mujeres. En adelante en la investigación se les llamará: Ricardo, Rodrigo, Antonio, Francisco, Alejandra y Mariana. Es conveniente señalar que no son sus verdaderos nombres, son nombres ficticios para identificarlos. Todos los informantes son profesionales, sus edades oscilan entre 30 y 55 años, han venido a Lima por estudios y son profesionales, es decir, tienen formación superior universitaria incompleta o completa con post grado. Todos trabajan. Algunos trabajan profesionalmente en ministerios, otros realizan activismo social o se dedican a la docencia.

Según los informantes con quienes se conversó, pese a estar en Lima 10 años o más en promedio, entre los awajún que residen en Lima no se ha llegado a consolidar un tejido social sustantivo, aunque exista una asociación mencionada con anterioridad al inicio de la investigación. Es decir, se conocen e identifican entre ellos, pero no cuentan entre sí para ayudarse en el tratamiento o apoyo de alguna dolencia o malestar. Este cuidado se desarrolla en Lima de una manera personal por cada uno de ellos si viven solos, o por su familia nuclear (pareja/hijos) si es que viven con ellos. Además, los informantes manifiestan que suelen viajar y regresar a sus comunidades por lo general una vez al año durante sus vacaciones cuando son de 3 a 4 meses. Algunos viajan

con más frecuencia a lugares de la amazonia por trabajo o visitas. Además, suelen tener sus agendas laborales recargadas, con poco o nulo tiempo libre. La mayoría de informantes viven solos: 3 varones viven solos, 1 vive acompañado con su familia nuclear (pareja/hijos) en Lima, una entrevistada vive con su familia nuclear (pareja/hijos) y la otra entrevistada vive sola. Tal como se ha señalado con anterioridad, sus comunidades de origen se encuentran en la provincia de Condorcanqui, en los distritos de Cenepa o de Río Santiago; o en la provincia de Bagua, Distrito de Imaza, ambas provincias localizadas en el Departamento de Amazonas.

Como ya se ha señalado, los informantes inicialmente han sido personas que han mostrado mucha desconfianza, y que han solicitado referencias puntuales de conocidos, colegas, amigos en común para acceder a conversar. Asimismo, han solicitado conocer los objetivos de la investigación, así como las motivaciones para su realización, y cuáles son las instituciones involucradas. Posteriormente han sido muy amables, educados, con apertura al diálogo luego de construida la confianza, así como una gran voluntad de explicar sus puntos de vista para la comprensión del interlocutor, como de narrar sus experiencias y de cómo se han adaptado a un entorno urbano, pero siempre vinculados con sus comunidades de origen, resaltando su identidad awajun y su sentido de pertenencia en todo momento.

En el cuadro a continuación se presentan los datos generales de las y los informantes: edad, comunidad de origen, desde cuando están en Lima, motivo por el cual vinieron a Lima, profesión u ocupación, lugar de residencia en Lima, así como si viven solos o acompañados.

Cuadro 6. Datos generales de las y los informantes

Datos generales de las y los informantes
<p>(Ricardo) 32 años</p> <ul style="list-style-type: none"> • Viene de la comunidad de Huampami, Distrito Cenepa, Provincia de Condorcanqui, Departamento de Amazonas. • Está en Lima desde el 2003, pero ha regresado en ocasiones a su comunidad, luego de varios años en Lima. Está 15 a 10 días en su comunidad y regresa pero viaja aproximadamente dos veces o una vez al año. • Vino a Lima para estudiar en la UNMSM. • Trabaja actualmente en la Unidad de medición de la Calidad Educativa del MINEDU. Menciona que tiene una hija de dos años que vive en la comunidad. Los padres de Ricardo también viven en la comunidad. • Vive en Lima solo, su habitación alquilada está en La Urb. Pando, frente a la UNMSM.
<p>(Rodrigo) 45 años.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nació en la comunidad de Nazareth, Distrito de Imaza, Provincia de Bagua. • Vino a Lima por trabajo. Postuló al MINEDU y por trabajo se trasladó a Lima. Como sus contratos se renuevan, continua en Lima, pero regresa por 15 días en sus vacaciones a su comunidad. • Menciona que tiene una esposa e hijos que viven en su comunidad. Vive en Lima solo, su habitación alquilada está en San Borja.
<p>(Antonio) 32 años.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Viene de la Comunidad Nativa de Ebrón fundada por jesuitas. Distrito de Nieva. Provincia de Condorcanqui. Departamento de Amazonas. • Está en Lima desde el 2006. • Vino a Lima para estudiar en la UNMSM. • Es abogado. • Vive solo en Lima, en el distrito de Breña.

<p>(Francisco) 55 años.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nació en la Comunidad de Napuruka, Distrito de Nieva, Provincia de Condorcanqui. Vivió su niñez en la provincia de Datem del Marañón, Departamento de Loreto. • Vino por estudios a Lima. Se desplaza a muchas comunidades de la amazonia y la sierra por trabajo. • Es enfermero. • Vive en el Rímac con su esposa e hija.
<p>(Alejandra) 39 años.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nació en la Comunidad Nativa Awajún Belén, Distrito Río Santiago, Provincia Condorcanqui. Departamento de Amazonas. • Vino el 2014 para sacar su título de docente la universidad Champagnat. • Ha estudiado desde el 2006 hasta el 2012. Inicialmente venía por dos meses al año a Lima para estudiar. • Vive sola en San Martín de Porres.
<p>(Mariana) 33 años.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Viene de la comunidad de Chipe, cerca al río Marañón, Distrito de Imaza, Provincia de Bagua, Amazonas. • Está en Lima desde el 2003. Vino para estudiar en la UNMSM. • Estos últimos 4 años está entre San Martín, Amazonas y Lima. • Vive en Ventanilla con su esposo y dos hijas

Fuente: Elaboración propia

2.3.2 La comunidad y la migración en las memorias de los informantes

En esta sección, a través de sus narrativas, los informantes se remiten a la fuerza de las afectividades y sensaciones, a las percepciones derivadas de experiencia vivida.

Ricardo, Antonio, Francisco y Alejandra han nacido y vivido en comunidades nativas situadas en la provincia de Condorcanqui: Huampami, Ebrón Napuruka, y Belén, respectivamente. A continuación, se recuperan fragmentos de lo que narran Alejandra y Francisco sobre sus memorias en las comunidades situadas en Condorcanqui.

Yo soy de la provincia, del departamento de Amazonas, provincia de Condorcanqui, distrito Río Santiago, comunidad awajún Belén.

En ese distrito somos como tres pueblos que estamos ahí: el wampis, hay una parte también de colonos, decimos, y el awajún. Solo los awajún estamos en el medio, este, en bajo Santiago. O sea, en toda la boca hasta casi llegando a la capital de Río Santiago que entra a Galilea. De ahí para arriba son los wampis. (...) Mira, mi madre siempre tenía, nosotros éramos pequeños, ella tenía sus plantas. (...) yo así culturalmente yo siempre tengo que andar con algo de mi zona siempre. Conmigo, aunque sea con la esencia de alguna plantita de la zona. Es cuando a veces de pronto siento un mal así o mal de aire, que dicen. Lo traigo de mi tierra. Por ejemplo, lo que siempre ando un poco así, como la creencia de la sierra para el ajo que dicen ¿no? Bueno, yo he traído o traigo siempre o hago que me manden siempre mi madre la esencia de la planta *shishin* (*Olyra latifolia*). Bueno, mi madre siempre me ha dicho no coger cosas así si no confías de alguien ¿no? Entonces, igual ¿no? Más confío de mi madre o de mi hermana a veces. Le digo "Oye, mándame ya". Ella coordina con mi madre y ya. Pero así, con esas plantitas cualquiera no lo pido tampoco.

Tiene que ser alguien que conoces, alguien que confías. Si hay otros ancianos, por ejemplo, porque debo conocer, porque sé que este ha ayudado a mi madre, a mi hermana. Entonces a ese entorno tengo que pedirle. A ese entorno. No voy a cualquier entorno tampoco porque también hay de todo también personas.

(...) El trabajo nuestro, lo que nos enseñaron nuestros ancestros y lo que yo vi ya tras, este, lo que de algún modo mantenerlo vivo a los conocimientos de mi madre; porque ya eso que mi madre también y mi padre también, eso ¿no?, ¡usarlo!. Pero ahí, yo lo uso, entonces yo hago también. Haciendo eso también es una forma de tenerlo presente a mi madre ¿no?, a mi padre prácticamente ¿no?

(...) porque ella (madre) es la que trata, y ella ya adquirió de otros, de sus ancestros, de su madre, así ¿no? O de una persona adulta que le enseñó alguna vez. Entonces ella también transmite ese mismo conocimiento hacia nosotros también. O sea, allá usan, o sea, como le digo cada persona, cada mujer, cada persona awajún tiene sus tratamientos en la forma de usar y tratar a sus hijos si hay algún mal. Si en vista de que ya no pueden, de repente es exagero, ya pasa de todo de sus manos, ya pues, puede pedir apoyo a cierta persona ¿no? Si el tratamiento y la mejora está en tus manos con sus plantitas y con su medicina que tienen, ahí queda, ¿no?

(Alejandra)

...en principio porque mi madre es awajún, nací en una familia awajún, mis padres shuar wampis. Todo mi entorno es indígena. En principio soy de dos comunidades, uno en comunidad Napuruca, de la familia de mi mamá, y segundo, donde vivo, estoy por Borja, Manseriche. Napuruca está en Nieva, en la provincia de Condorcanqui. (...)

Waimaku es uno que le da la visión. Era un *muum*,¹¹ un maestro. No era curandero mi papá. Es un gran hombre visionario. Él no curaba a otras personas, pero sí curaba a mí....

(...) Mi padre me decía: hijo, cuando tu intentas hacer equilibrio mental, físico y espiritual, debes tomar ayahuasca (*Banisteriopsis caapi*) y hacer dietas.¹² Entonces yo empecé a hacer eso a los 16 años. Y ahí pude ver y descifrar mi fortuna. También *toe* (*Brugmansia suaveolens*), también ayahuasca, también dietar.

(Francisco)

Tal como cuentan Alejandra y Francisco, las comunidades de origen dónde residen sus padres y/o madres son la fuente de seguridad, confianza, conocimiento, cuidado, prevención y tratamiento. Se trata de un entorno comunal que se vincula con aspectos de salud y bienestar. La administración de la prevención y el tratamiento es de agencia familiar en primera línea. Ambos en sus narrativas sobre las comunidades de Condorcanqui, evocan a la madre y al padre como figuras principales en relación al cultivo de plantas para su autoatención.

Continuando con las memorias sobre las comunidades de Condorcanqui, se presentan fragmentos de las narrativas de Ricardo y Antonio acerca de sus comunidades de Huampami y Ebrón respectivamente.

Mi comunidad está en el departamento de Amazonas, Provincia de Condorcanqui. Bueno, la comunidad se llama Huampami (...). Cuando voy estoy máximo 15 días. De allí no regreso. El año pasado en mayo he ido por trabajo. Me dan vacaciones 15 días y otra que queda en otra fecha.

Si, después, no estoy yendo desde el 2017. De allí empecé a estudiar. No tengo tiempo para ir y volver. Me gustaría quedarme, pero no hay posibilidad. (...) vivo en una comunidad y hablamos la lengua awajún, practicamos la cultura. La cultura guerrera como decimos. (...) Nosotros nos reconocemos como hermano, hermana. La ley, el Estado nos reconoce. (...) Cuando estoy enfermo. O primero llamo a mi papá.

¹¹ Según (Greene, 2009), para la población awajún, el término *muum* es una figura masculina de autoridad, que puede ser el anciano de mayor experiencia del grupo social local.

¹² Tal como se ha señalado en el marco teórico y en concordancia con Brown (1984), Viveiros de Castro (2004) y Greene (2009), la dieta en el contexto amazónico y awajún implica seguir cuidadosamente prescripciones dietéticas y comportamentales relacionadas con el consumo de ciertos alimentos e incluso restricciones sexuales. Tiene que ver con la preservación de las características y capacidades humanas, por lo que involucra la identidad, la salud, la vida en sociedad.

Decirle que estoy así. Mi papá sabe. Claro, no es médico, pero sí conoce. Mi mamá también sabe. (...) Eeee, aunque no me creas, en Amazonas eres un poco de todo, un poco de medicina, todo, porque no hay doctores allá. (...) Ya están que se enferman a cada rato con la misma enfermedad y ya saben! Y se comunican, ¿no? Y dicen: Yo estuve mal y tomé esto y el otro dice no tienen necesidad de ir al médico, sino va y compra lo mismo y ya se sanó y ya sabe. Y va recomendando entre amigos y familia.

(Ricardo)

Ebrón es nombre bíblico. Usted sabe que los jesuitas llegaron por esa zona y los nombres en su mayoría son... por ejemplo Galilea, Israel. Está en Amazonas, Condorcanqui, Distrito de Nieva, Comunidad Ebron.

Cuando antes estaba en pregrado, regresaba todas las vacaciones, los 3 meses. Pero ahorita el tiempo que equivale vacaciones laborales. (...) Pertenezco a mi comunidad, participo en mi comunidad, practico las costumbres de mi comunidad y el 2022 quiero regresar a mi pueblo a seguir mi vida allá.

(...) Allá en la comunidad. Cuando no salía de mi casa, si estuve mal. Me decían que me hicieron brujería, daño. No me sanaba...La mayoría de personas en la comunidad te dice eso. Y no los reprocho. Porque mientras más cerca estas en ciudad, estás más pendiente de lo que le pasa a Alan. Se murió ¿y? En comunidad ni se sabe ni te interesa.

Sientes que hay poca o nula presencia del Estado y de salud y no sabes y te justificas con lo que tú sueles heredar... y es así. Tienes que estar allá para saber. El indígena es indígena porque tienen su propia forma de explicar su entorno, su salud, todo. Pero si este intercambio no te permite saber del otro, que te haga provecho...

Investigadora: o sea ¿tú me dices que se piensa o se siente más la presencia de la brujería porque no hay tanta presencia del Estado, y no conoces otros problemas, u otras causas?

Exacto.

(Antonio)

Antonio y Ricardo enfatizan la idea de vivir en su comunidad o pertenecer a su comunidad. Pese a que su lugar de residencia es esencialmente Lima como se ha señalado, su relato acerca de sus comunidades es en el presente. Los retornos y traslados a sus comunidades han sido frecuentes ya sea por vacaciones o por motivos laborales. Aunque no puedan quedarse, su intención no es permanecer en Lima sino regresar y permanecer más tiempo o residir nuevamente en sus comunidades. Otro aspecto a considerar, identificable en los anteriores relatos sobre las comunidades es la presencia de lo que

denominan como “daño” o “brujería” en cuanto malestar que afecta a las personas y cuya existencia sería ampliamente legitimada por las personas en las comunidades y abordada luego en la investigación. Es muy interesante señalar la relación que establece Antonio de la existencia de la brujería en su comunidad con la insuficiencia de las capacidades del Estado para brindar acceso a servicios de salud. En este sentido, el daño o la brujería brindaría a los awajún de la comunidad, un marco explicativo para las carencias y ausencias sanitarias que los aquejan, así como un referente cercano ante las ocurrencias cotidianas locales de implicancia directa para las personas, debido a la distancia geográfica, comunicacional que vinculen convenientemente a la comunidad con contextos regionales y nacionales.

Rodrigo y Mariana han nacido y vivido en comunidades nativas situadas en la Provincia de Bagua, las cuales son Nazareth y Chipe respectivamente. Ambas comunidades están situadas en el distrito de Imaza. A continuación, se citan algunos fragmentos de las narrativas de Rodrigo y Mariana acerca de lo que recuerdan de sus comunidades en Bagua y lo que significa para ellos.

Yo nací en Chipe, junto al Río Marañón, Imaza, Amazonas. (...) En la ciudad la depresión, en la comunidad no suelen pasar estas cosas. Estamos conectados totalmente con el lugar en que vivimos. Cuando hablo de territorio hablo del río, del agua, del aire, del bosque. Si te contaminan, el agua, no tienes de dónde. En la comunidad en el río tú lavas los platos, las frutas, la yuca, la ropa. En Loreto, se prepara el masato con agua de río y normal que hay lugares super limpios. Para nosotros el agua potable es el río, como en la ciudad, te tomas incluso, en zonas del Marañón las comunidades usan el agua del río como siempre se ha hecho, solo algunas comunidades tienen agua intubada y eso en época de lluvia se revienta y se quedan sin agua y solo tienes el río. Si se contamina el río entonces, olvídase, te afecta todo, y eso enferma realmente. (...) Y ¡pucha, es increíble, las mamás contaban que sus hijos les pedían llorando: ¡qué voy a tomar, en lo del derrame del 2016! Hubo un derrame en Chiriaco. Lloraban y no tenían que comer. No estar bien emocionalmente, te enferma. (...) Yo crecí cerca, muy cerca al sistema occidental, jajaja. Mis papás son evangélicos. Crecí en una iglesia evangélica. Pero ahorita yo

regrese a la filosofía tradicional, donde no existen dioses y ahí estoy feliz con eso.

Yo nací en una cuna evangélica, así que fui evangélica hasta los 30 años. Y dije, no, me quité porque me traumaban todo el pecado que cometíamos. ¡¡No podía tomar ni una planta todo era maligno!! Te dicen valores, pero te extirpan la identidad. Pasaron muchas cosas siempre cuestioné. Desde que fui creciendo siempre cuestioné, ¿no? La hipocresía de la iglesia, de un dios que te va a llevar al infierno. Ahora la Amazonía está llena de evangelización. ¡Es alarmante ahorita!

Te hablan del fin del mundo, del 666. La iglesia católica tiene sus cosas también. El hecho de traer a alguien que se llama un Cristo, un Jesús, están metiéndote otra cosa. Aunque es cierto que lo hacen con toda la buena fe del mundo, te quitan la identidad, cualquier iglesia. Por eso, siempre me sentí culpable de todo, de todo lo que pudiera pensar o sentir y lo que quería ser, como me gustaría ser. Y eso me tenía por varios años así. Y dije no. Entonces a los 30 llegué a un tope, también en mi vida personal, ¡en todo! y como que quiero renovar todo y ya dejo las apariencias y ya me muestro como soy, aceptando totalmente las perspectivas de nuestra cultura. Y creemos en la horizontalidad, en el respeto. ¡Y los valores están allí! ¡Y me encanta eso! Nadie te está culpando que eres malo como persona o haciéndote sentir culpas por ser humano. Y así decido, si mi cultura lo tiene todo, ¿Para qué más? Y se respeta la fe de las personas, ¿no? Es un modo distinto de sentir, pensar y ver el mundo.

(...) Para nosotros las plantas son la medicina. No son simplemente plantas, para nosotros son seres por el hecho que tienen vida. Entonces de ahí el respeto, ¿no? Por eso, es que cuando uno toma plantas, tienes que dietar y dietar bien, o sino las plantas al castigarte te dejan más enfermo o peor de lo que estabas. Entonces con ese respeto se toman las plantas.

(...) En la comunidad después de la educación han cambiado muchas cosas y no todas las familias te van a hablar como yo te hablo. Entonces las perspectivas son distintas. Hay muchos que intentan blanquearse o convertirse a un lado que jamás van a ser. Son una mala copia de algo.

(Mariana)

Yo soy de Amazonas, provincia de Bagua, distrito de Imaza, comunidad de Nazareth. Desde el 2013, primera vez que estuve en el equipo de trabajo por cuestiones de trabajo no pude regresar. Las vacaciones nos pagaron y no regresé. A los 6 meses o siete meses fui. Estuve casi permanente por mi zona el 2015 viajaba más permanente. El 2016, tres meses en un año, cada tres meses. 2017 igual, 2018 tuve mis vacaciones 15 días y 15 días más voy a tener el sábado. Viajo por trabajo, pero regreso una vez al año.

(...) En la cultura de nosotros en el río hay un espíritu, en el cerro está el alma de nuestros abuelos, es como decir, llegar en la ciudad y un abuelo ha dejado su herencia eso es material, una vivienda, pero el abuelo no está, quien sabe si su herencia está ahí. Pero para nosotros no es ese. Para nosotros un abuelo muere y está en una catarata, ahí está su esencia. Por lo tanto, para nosotros la esencia del abuelo está en un cerro, en una catarata, en un bosque, donde ellos nos han dicho, en tal lugar. Entonces cuando muere, está ahí presente. Y así con ese conocimiento me siento awajún. En la comunidad es pequeño. Existen solo postas o centros de salud o algún botiquín comunal. Ese botiquín comunal no te garantiza para tu salud. Cuando un awajún de una comunidad se enferma y va donde un técnico enfermero confiando que le va a hacer bien lo que le va a recetar, por ejemplo, si tú eres técnica enfermera solo me vas a indicar de tu conocimiento de tu imaginación de lo que le has atendido a un paciente similar. Y me van a recetar y eso lo voy a comprar y me calma dolor o fiebre. Si es paracetamol me calmara fiebre. Pero más no me estás haciendo mi análisis, o detectar mi enfermedad o que cosa tengo yo. Entonces un awajún quiere sanarse rápido, y si no le hace efecto eso que le han dado, cree inmediatamente en la brujería. Yo antes creía que eso era cierto

(...) El curandero dice que, si alguien con quien has discutido, te está haciendo daño. Pero en la comunidad eso es fuerte. El *tunchi* es quien hace daño y el curandero, *Iwishin* es el que cura. Pero el curandero te dice: yo te curo, pero me vas a pagar esto. Y entonces hay familias que se sanan o fallecen. Eso es fuerte aun en mi comunidad. No se supera. Pero eso quita el derecho a la de vida, porque a quien lo sospechan, lo matan. Si, hasta a la mujer lo matan. Del que está haciendo daño. A veces dicen que quien está haciendo daño es varón y a veces es mujer. Si el curandero dice que es mujer, dice que es bruja y te está haciendo daño. Y si muere alguien, algún familiar, y de esa mujer están sospechando, a esa mujer también lo matan.

Actualmente no existen centros médicos, en las comunidades como en la ciudad. Ese es el actual. Puedes enfermarte y solo te trata un técnico enfermero pero adivinando. (...) En la comunidad hay curanderos y hay naturistas, unos creen en brujería y otros solo curan con las plantas. Pero, en mi comunidad hay VIH. En mi comunidad, awajún, por más que muera con VIH, no cree en VIH, cree en la brujería. Por eso es que no les hacen caso a los médicos que no dicen la verdad. Eso es lo que está ocurriendo en la zona.

(...) Mira, como te digo yo de edad temprana, de cuando vivía dentro de la comunidad, vez algo que te asusta cuando te hablan de la brujería, la comunidad entera habla de esto, discuten. Entonces ya uno crece con esa convivencia, y vive en ese mundo. Yo también sentía y creía. Pero en una capacitación, unos profesionales de la ciencia empezaron a explicar y ahí es lo que me hizo bien de lo que

yo algo tenía en duda, si será verdad o no. Por eso pienso que la brujería, maldad puede existir, pero no podemos vivir diariamente pensando eso. Como vivimos en el mundo debe haber todo tipo de envidias, pero eso no te genera que tú vivas pensando en eso. Los profesionales son estos jesuitas con que hablé, que empezaron explicar. Ellos están en la zona, como yo era uno de sus docentes, nos reunieron a explicar desde la época antigua, desde Roma, que existió. Entonces eso, que awajún cree que te pueden hacer daño con brujería y puede hacerte mal. Yo pensaba y mis paisanos, también. Pero eso la ciencia no te dice, no existe. Y eso me ayudó a superar y no pensar en eso y lo sacó de mi mente.

(Rodrigo)

Como se puede apreciar, la comunidad es un entorno del que se han alejado, pero al que regresan. Están los padres, están los hijos o la esposa. No obstante, para Rodrigo y Mariana, la comunidad no es un entorno homogéneo sino pluridimensional: es un espacio en el coexisten los discursos con sus respectivas prescripciones y puniciones de la iglesia evangélica y católica, que son percibidos con niveles de oposición hacia las prescripciones del marco cultural awajún. Mariana identifica en su narrativa la culpabilidad que subyace en las construcciones discursivas de la iglesia católica, pero, también la sanciones que existen en el marco cultural awajún, relacionadas con la toma de plantas y las dietas. De acuerdo a la perspectiva fenomenológica propuesta, se percibe y accede al mundo, pero, también se percibe y accede al cuerpo. En sintonía con ello, la conexión con el lugar y sus elementos, en palabras de Mariana “el territorio, el aire, el agua, el bosque, el río”, es de una manera que modela el cuerpo, y permite acceder al propio cuerpo. La contaminación del río que aparece en su relato modela y afecta negativamente el cuerpo, cambia las dinámicas productivas, aleja familias, impide la alimentación y enferma: “Si se contamina el río entonces, olvídate, te afecta todo, y eso enferma realmente”. “No estar bien emocionalmente, te enferma.”

A su vez, Rodrigo reconoce el padecimiento de las personas en su expectativa de curarse y enfrentar en su comunidad las carencias y ausencias de medicamentos, de análisis y pruebas de descarte que proporcionen una ruta terapéutica efectiva. Frente a esas ausencias y la aflicción de distintos

malestares entre ellos el VIH, lo que se considera como medicina occidental o sus proveedores se deslegitima, por lo que el daño y la brujería, así como quienes propongan terapéuticas para su alivio ganan hegemonía. “Entonces un awajún quiere sanarse rápido, y si no le hace efecto eso que le han dado, cree inmediatamente en la brujería.” En concordancia, se remarca que la relevancia de la verdad de lo que el cuerpo o los cuerpos perciben está subordinada al proceso mismo de percibir, de vivir, de acceder a tal o cual verdad a través de la experiencia. En este sentido para Rodrigo: “En la cultura de nosotros en el río hay un espíritu, en el cerro está el alma de nuestros abuelos, es como decir, llegar en la ciudad y un abuelo ha dejado su herencia eso es material, una vivienda, pero el abuelo no está, quien sabe si su herencia está ahí. Pero para nosotros no es ese. Para nosotros un abuelo muere y está en una catarata, ahí está su esencia. Por lo tanto, para nosotros la esencia del abuelo está en un cerro, en una catarata, en un bosque, donde ellos nos han dicho, en tal lugar. Entonces cuando muere, está ahí presente.” Y así, señala, con esa experiencia de verdad, con ese conocimiento se percibe, se “siente awajún.” Para Rodrigo, el daño, también llamado brujería, está vigente y presente como marco interpretativo en la comunidad que explica y regula aspectos conflictivos sociales como el acceso a la salud, por ejemplo. Es interesante que aunque él señala que no cree en la brujería, si comparte aspectos y preceptos del marco cultural awajún, los que trata de integrar y organizar con sus convicciones asimiladas del discurso católico brindado por los jesuitas. Frente a esto, es preocupante que Rodrigo señale que en su comunidad no existen instituciones sanitarias con condiciones suficientes para atender a la población, en algunos casos solo se cuenta con un botiquín: “Ese botiquín comunal no te garantiza para tu salud.” Y que el personal sanitario formado en medicina occidental tampoco sea confiable ni suficiente: “Actualmente no existen centros médicos, en las comunidades como en la ciudad. Ese es el actual. Puedes enfermarte y solo te trata un técnico enfermero, pero adivinando. (...) Por eso es que no les hacen caso a los médicos que no dicen la verdad. Eso es lo que está ocurriendo en la zona.”

2.3.2.1 Razones de migración

Casi todos los informantes vinieron por estudios, o por motivos académicos. Solo Rodrigo vino por trabajo. En sus relatos, se expresa una amplia valoración por la educación formal, expectativas de finalizar las carreras elegidas, de continuar su formación académica y de emplear sus nuevos conocimientos en aportar a sus respectivas familias, comunidades y poblaciones originarias. En todos se aprecia la valoración de la carrera y la titulación como una posibilidad de mejores y más convenientes condiciones de vida.

Yo vine aquí a estudiar porque terminé el colegio y había una posibilidad de estudiar en la universidad de San Marcos. Había una modalidad de indígenas que si postulábamos, me avisaron y entonces vine para prepararme. Yo acá vivo solo. Vivo por Pando. Frente a la San Marcos y frente a la Católica. Es alquilado, todavía no compro departamento. Jajá j aja. Mi mamá, mi papá. Mis tíos están allá, en mi comunidad.

Tengo primos que han venido a estudiar. Antes había más gente, pero cuando pasaron los años se abrieron otras universidades, en el mismo Chachapoyas, Bagua y se han ido, hay pocos que han quedado en Lima. Antes era la única universidad que brindaba oportunidad para postular indígenas y entrar, San Marcos. De allí surgieron universidades como Cajamarca, Jaén...entonces la gente suele ir donde está cerca a la casa. Entonces venir hasta Lima es lejos.

(Ricardo)

Yo estoy aquí desde el 2006. Vine por estudios. O sea, acá a Lima 2006, Salí de la ciudad el 2003 y me preparé dos años en Trujillo. Primero estuve en Trujillo. Y el 2006 postulé a San Marcos para probar suerte e ingresé. Yo soy de la comunidad Nativa de Ebrón.

(Antonio)

Yo estoy en Lima desde el 2013. Soy docente EIB y también soy awajún. Pero más antes he estado trabajando con los jesuitas. Hubo una oportunidad de concurso en el ministerio y necesitaban un awajún, presenté mi expediente, como era virtual. Lo calificaron, me llamaron, vine y me quedé. Era contrato CAS, que son temporales, o son de largo plazo. Vine. Si, por trabajo. Los que tenemos así, carrera, venimos por trabajo. Pero los más jóvenes vienen en busca de trabajo doméstico.

(Rodrigo)

Bueno, yo he hecho mi estudio acá y de ahí pero permanente ya ahorita estoy acá ya 3 años. Vine para sacar título y de ahí nomás me he quedado, no pude regresar. Y ya con la finalidad de también hacer un poquito más de estudios. Uno por sacar título, de ahí nomás me he quedado ya. En la Universidad de Champagnat he estudiado. De ahí ya me fui. Estaba trabajando allá, en mi comunidad, en la provincia de Condorcanqui. Pero...de ahí ya tenía que sacar el título y vine el 2014. 2014, a fines del 2014 y de ahí pues me he quedado. Saqué mi título y me quedé ahí nomás en, acá en Lima.

(Alejandra)

En principio yo estude el colegio a partir de los 10 años porque en los primeros años yo paraba más con mi padre. Mi padre, era un *waimaku*, mi madre también era una mujer muy espiritual. Siempre estuve rodeado de plantas maestras. Como mi padre ha sido *waimaku* me ha tratado de muy pequeño, me ha tratado con plantas medicinales, tomando tabaco (*Nicotiana tabacum*), toé (*Brugmansia suaveolens*), ayahuasca (*Banisteriopsis caapi*). Recorría los bosques, las quebradas, dormía en el monte. Yo nací en Borja, en Datem del Marañón. A los 11 años me fui a Nieva, la secundaria lo hice en Santa María de Nieva, la primaria en Borja. Ahí retomé a la familia de mi madre, mis tíos, primos y de Río Santiago también, cuando hice la secundaria en Napuruka, en Condorcanqui. De allí yo salí becado, de allí vine a Lima. Terminé la secundaria el 82, 83. Yo soy licenciado en enfermería. Vine a Lima por estudios. Logre ingresar el 83 a la universidad San Martín. (...) Pero siempre vinculándome a la organización en Condorcanqui, que se llamaba el Consejo Aguaruna y Huambisa. Yo era miembro de esta organización. Por ellos vine a Lima, me metí a estudiar y ya no salí hasta acabar la carrera. Después seguí trabajando con AIDSESEP, porque el consejo es parte de AIDSESEP. Con AIDSESEP me enrolé desde el 84. Y de allí me dediqué a estudiar. Si regreso a Napuruka, pero después de mucho tiempo, era difícil porque no tenía plata y era de limitadas condiciones. Más o menos luego de 5 o 6 años que pude terminar la carrera. Pero todo ese tiempo estuve vinculado a las comunidades indígenas. Al Consejo Aguaruna Huambisa, y la Asociación Interétnica de la Selva Peruana. De ahí que acabé la carrera entré a trabajar a AIDSESEP y ahí viajaba a mis comunidades, ¿no? Todo el tiempo. Luego hice un postgrado en salud pública porque era vinculado al trabajo. Y así, eso me ha permitido luego de tantos años de estar en campo, estar en contacto no solo con awajún y wampis, sino asháninka, con shipibo. En toda la Amazonía estuve trabajando. Y así viajando constantemente. Me traslado si, por trabajo.

(Francisco)

Yo estoy aquí desde el 2003 pero también hay años enteros que me he pasado en la selva también. Estos últimos 4 años estoy entre San Martín, Amazonas y Lima. Vine por estudios, este año pienso retomarlo en San Marcos. (...) Yo regreso a San Martín, porque mis papás están allá. Yo nací, crecí en Imaza pero el 98 mis papás se mudaron a San Martín. Así frecuento San Martín. También entramos a Amazonas por trabajo. Voy y regreso a Lima.

(Mariana)

Tal como se ha visto, en sus relatos, los informantes se refieren a sus lugares de origen con afecto y actitudes muy positivas. No obstante, se suelen referir también al lugar de origen más que con añoranza o nostalgia de un pasado, como un presente, un lugar con un significado de vigencia y acceso, en donde tienen sus redes sociales y conexiones familiares más sólidas que en Lima, que es dónde suelen tener mayor tiempo de permanencia. Considerando la especial situación de los entrevistados, que son nativos awajún con estudios superiores y posiciones laborales en el sector público, su tránsito y sus viajes de regreso son habituales. Los entrevistados se desplazan frecuentemente, por lo que no se trata de una migración que ha cortado sus vínculos con sus comunidades, sino más bien, que los ha dinamizado: la distancia geográfica no ha cortado vínculos, sino que estos se reeditan con las idas y venidas de los entrevistados, ciertas visitas de los familiares a Lima, la vigencia reivindicatoria de su identidad que fortalece simbólicamente los vínculos, afectos y sentido de pertenencia, así como la constante idea de volver.

2.3.2.2 ¿Cómo es ser y sentirse awajún ante la migración y la aflicción?

Para los informantes, el significado de ser awajún ante la experiencia de la migración y la aflicción está relacionado con los siguientes aspectos: hablar la lengua, tener parentesco awajún y tener la “visión de mundo”. Esto es coherente con tener y compartir la cosmovisión, aspecto fundamental de la constitución de la identidad. Compartir la cosmovisión significa “pensar, sentir y ver el mundo” como señala Mariana, de una manera particular,

fenomenológicamente, experimentarlo de una manera particular que tienen sentido en dicho entorno cultural. Por ello para Antonio y Francisco, el nacimiento dentro de dicha sociedad no te hace awajún, esto es, no te da la identidad, sino que se necesita el consumo de plantas, el participar en rituales, esto es, la sensación de la experiencia vivida y significativa para asumir un lugar dentro de dicha sociedad. En correlato con lo anterior en relación a la identidad awajún, Mariana nombra la “horizontalidad”. Se subraya “la mirada” y también “la perspectiva” es una forma de ver y percibir la naturaleza y las personas como seres con vida con quienes se comparte un espacio.

Soy awajún, hablo la lengua, entiendo. Y, pensar, sentir y ver el mundo desde la perspectiva propia. Hay principios de horizontalidad, respeto con lo que te rodea, que es la naturaleza y todo lo que está allí. Hay que tratarlo con respeto porque tiene vida. O sea, mantener esa perspectiva, ese respeto, esa mirada a lo que te rodea y eso es lo que te hace ser awajun. La horizontalidad y respeto no solo con la naturaleza sino con las personas. (...) Esto es parte de nuestra filosofía. Encontrar ese camino lo haces necesariamente a través del ayahuasca.

(Mariana)

...nacer en una comunidad nativa no te hace nativo... hay ciertas cosas que te hacen sentir parte de la identidad. Por ejemplo, yo he tomado todas las plantas que se toman costumbre, que da un estatus y un rol.

(Antonio)

...en principio porque mi madre es awajún, nací en una familia awajún, mi padre es shuar wampis. Todo mi entorno es indígena”

(Francisco)

Los awajún con quienes se conversó, se representan en sus narrativas como un pueblo originario cuyo rasgo principal pasado ha sido su capacidad bélica, la cual es reivindicada en el presente como fortaleza y hegemonía. La metáfora del mundo occidental como un cuerpo con una cabeza en contraparte con el mundo awajún con muchos cuerpos con sus respectivas cabezas actuando en organización –y horizontalidad– cuando existe un nivel

de amenaza, sería una estrategia para prevalecer. Se menciona el Baguazo,¹³ como un ejemplo actual de su capacidad organizativa y de resistencia.

Yo me reconozco como awajun porque vivo en la comunidad y hablamos la lengua awajun, practicamos la cultura (...) la cultura guerrera como decimos. Actualmente ya no vivimos en esa época, pero se mantiene.

(Ricardo)

En nuestro pueblo originario la percepción no es así tanto jerárquica como el mundo occidental. Si tú matas a una cabeza no vas a mermar las luchas por ejemplo, porque todos tienen esa capacidad de hacer. No es como el occidental que corta la cabeza y se desmorona todo. Tenemos ese gen a pesar de que ha entrado la colonización, la evangelización, la educación. Tenemos ese gen de horizontalidad todavía. Cuando se trata hace poco del Baguazo, se dice “vamos a unirnos y nos unimos. Y conservamos esas cosas”

(Mariana)

Dicha identidad, también encontraría su sustento en un reconocimiento externo de sus diferencias. Por ejemplo, para Ricardo, los otros, los *apach* quienes los llaman y reconocen como awajún.

Y también es difícil decir soy awajún o me reconozco como awajún. Lo que nos reconocen son otros. No hay lógica para decir yo soy awajún, No existe en la cultura. Lo que dicen son los otros, los *apach*. Los que dicen son los otros, capaz ellos ponen los nombres. Los *apach* que le decimos. Son los *apach* para nosotros. Los hispanohablantes. Ellos son los que te ponen nombres: esto es awajun, esto es wampis, esto es esto, esto es el otro. Sea de sierra, de costa, eso son *apach* para nosotros, extranjero es gringo, *irinku*, son que tienen pelo rubio, ojos claros. Nosotros nos reconocemos como hermano, hermana. La ley, el Estado nos reconoce. Es difícil responder.

(Ricardo)

Subsecuentemente, la construcción de la identidad awajún para quienes viven en Lima, estaría en tensión con construcciones culturales extrínsecas. De acuerdo con Alejandra, Francisco y Mariana, viven la experiencia del “mundo occidental” como un espacio perverso y desequilibrado, que tiene

¹³ El “Baguazo” fue un conflicto bélico armado interno que ocurrió el 5 de junio de 2009, en el que fallecieron 33 personas (10 nativos y 33 policías), en la zona denominada “Curva del diablo” ubicada en Bagua, Amazonas.

unos dioses que podrían “apagar o extirpar” su cultura.

Tampoco quiero dejarme llevar mucho de los dioses occidentales que existen porque nosotros tenemos nuestros dioses y uno va apagando su cultura...”

(Alejandra)

El mundo occidental es perverso, es un mundo desequilibrado permanentemente. En cierto modo convivo. Pero no comparto ni acepto al 100% porque yo provengo de este otro mundo. Yo veo que las políticas públicas, los servicios, todos los recursos existentes que deben ser para todos por igual, no es lo mismo. En las comunidades con todas sus bondades y sus recursos siempre comparten, siempre están. Pero cuando hay un problema de invasión, de contaminación, de normas que van a destruir recursos, de supervivencia, estoy mirando que no es igual, desequilibran cosas, rompen relaciones, hay confrontación. Y las políticas públicas no son igual para todos. Por eso es un mundo perverso porque es desequilibrado permanentemente. Como yo tengo información, tengo algunos recursos, trato de equilibrar ese asunto y estar a la par de información con las personas y dialogando permanentemente.

(Francisco)

En la ciudad todo es tan distinto. Acá la vida es tan caótica, tan traumática, tan rápida. El mismo lugar se vuelve estresante. No hay árboles, puro edificio, cemento”

(Mariana)

Las prácticas del culto evangélico en la comunidad son un factor considerado como amenazantes para la identidad de algunos informantes. Al respecto, Alejandra y Mariana en sus narrativas consideran que se asocian con una posibilidad de quitar la identidad. La educación occidentalizada, considerada como la mejor vía para afrontar el futuro, también podría actuar como un agente en desmedro de las prácticas y valores awajún.

Mis padres son evangélicos, nací en cuna evangélica. Fui evangélica hasta los 30 años, me traumaban y todo era pecado, no podía tomar masato ni ninguna planta. Te dicen valores, pero te extirpan la identidad” (..)Ha sido tanto el colonialismo, de que la educación es el futuro..., que te enseñan muchas cosas pero lo tuyo es nada. Y eso le quita autoridades y abuelos que te enseñan tus valores.

(Mariana)

Ahora últimamente las religiones han entrado bastante y las personas de lo cristiano también empiezan a curar y ya no se van a las plantas o a las chamanerías sino a los cristianos para curar.

(Alejandra)

Para los informantes la incorporación de ciertos recursos y tecnologías externas no afectaría la identidad awajún, coherente como inicialmente se señaló, con el uso de la lengua, tener parentesco awajún y tener la “visión de mundo”.

El hecho de que yo incorpore cosas de afuera no significa que deje de ser lo que soy. Incorporo tecnología a mi vida, soy quien soy, originaria no dejo de ser

(Mariana)

En mi casa, allá me comporto como en la cultura de allá, Acá me adapto a la cultura de acá. Uno tiene que adaptarse donde está.

(Ricardo)

...nacer en un comunidad nativa no te hace nativo... hay ciertas cosas que te hacen sentir parte de la identidad. Por ejemplo yo he tomado todas las plantas que se toman en mi costumbre, que da un estatus y un rol. Como dice la sociología en el mundo occidental: Si has estudiado tienes un estatus, estás con un fin. En ese sentido en el mundo awajún también es lo mismo. Yo soy awajún. Esté donde esté, esté como esté, esté con quien esté, yo soy awajún. Cuando voy a allá, (la comunidad) tampoco estoy pensando como el huachafo que en Lima hay cosas que acá no hay. Eso me permite estar allá y estar acá. Ya si voy a allá, todo lo que me sirve lo aplico cuando se trata de mi pueblo. Y punto.

¿Por qué me siento nativo? ¿Por qué uno se siente antropólogo, antropóloga? Porque has pasado por la facultad, has postulado, has aprobado. Toda esa figura te hace sentir antropólogo. Y el reconocimiento. Yo me siento awajún porque realizo todo lo que el awajún hace. Punto.

Investigadora: ¿Cómo es realizar todo lo que el awajún hace?

Pertenezco a mi comunidad, participo en mi comunidad, practico las costumbres de mi comunidad y el 2022 quiero regresar a mi pueblo a seguir mi vida allá. No me acostumbro en Lima Me he paseado en Lima, he sobrevivido en Lima, he aprendido algo, pero quiero regresar y lo que he aprendido me servirá allá. (...) De ninguna manera se pierde la identidad. Allá en mi comunidad ¡no ando así! Allá son otras reglas, y acá hay un reglamento que hay que cumplir.

(Antonio)

Finalmente, estas son las estrategias en la ciudad de Lima de los informantes ante la migración y la subsecuente aflicción de vivir en un espacio experimentado en ocasiones como perverso y desequilibrado, con niveles de amenaza para lo que consideran su cultura. En sus relatos señalan que adaptarse tienen que ver con reconocer la diferencia del contexto, de las reglas distintas y desenvolverse con dichas reglas distintas cuando se está en cada espacio. Al cambiar de espacio, cambian las reglas, pero ellas y ellos mantienen siempre vigentes la fuerza de sus experiencias vividas en su comunidad, se sienten parte de ella simbólicamente pese a la lejanía geográfica y así experimentan su identidad y reeditan su pertenencia en cada regreso y retorno a la comunidad en cuanto espacio geográfico.

2.3.3 Vida, contexto actual y desplazamientos

En las narrativas, se percibe que pese a su tiempo de permanencia en Lima, más de 10 años en promedio, aunque cuentan con niveles de relaciones sociales con amistades de otras provincias que se encuentran en Lima también por estudios o trabajo, no han desarrollado relaciones sustantivas de asociatividad con otros awajún, que también residan en Lima, que permitan apoyarlos en momentos de necesidad. De acuerdo al marco teórico, para la sociedad awajún la salud y el bienestar se vinculan a la conservación de las características y capacidades del cuerpo que hacen humanas y permiten actuar como humanas a las personas. En relación a esto es importante que los informantes desarrollen estrategias para el cuidado de su cuerpo y mantenimiento de su bienestar a modo de prevención de malestares. Estas estrategias se despliegan de manera personal por cada uno de ellos si viven solos, o por su familia nuclear (pareja/hijos) si es que viven con ellos. En este sentido, a lo largo de la investigación se mencionan el ejercicio y deporte, visitas a profesionales y terapeutas de salud de medicina occidental, tomas de ayahuasca o toe al regresar a sus comunidades con terapeutas de medicina tradicional, son mencionadas como aspectos relacionados con la autoatención y la prevención, es decir con sus expectativas de protegerse y evitar dolencias

y malestares futuros.

No obstante, es preocupante que la ciudad de Lima, en los relatos de los informantes, se asocie con términos y significados de “supervivencia, desaparición, ser arrastrado, desequilibrio, perversidad, estrés, que borra la cultura, soledad, depresión”. En dichos términos se percibe experiencias de hostilidad vividas por los informantes en un escenario agreste en el que han tenido que ejercer mecanismos de respuesta para convivir. Al respecto, y considerando el marco fenomenológico propuesto, las personas construyen su propia vivencia del problema o situación que los afecta, que los aflige, que los perturba biológica y socialmente. Estas vivencias se entrelazan con percepciones y experiencias previas, están determinadas por la afectividad, pero también de acuerdo a Good (2003, p.246). “revelan las prácticas e ideologías que codifican las estructuras de las relaciones sociales y el poder” A la luz de lo señalado, el Estado es la institución de poder por excelencia en los relatos de los docentes y funcionarios públicos: ofrece trabajo, ofrece acceso a la salud pero también prescribe reglas y demanda una capacidad productiva permanente que es interpretada en ocasiones como explotación. Así también las dinámicas de desplazamiento, no únicamente a sus comunidades de origen sino a otros escenarios comunales, también son una constante. Se desplazan por trabajo, o por sus labores de activismo, o también por estudios. Como anteriormente se ha identificado, en sus narrativas está presente la idea del retorno a la comunidad. La estadía en la ciudad constituye un aprendizaje que puede servir para aplicar en sus respectivas comunidades, pero también, para lograr vigencia en una ciudad como Lima, que es identificada como un entorno hostil, con sus propias reglas como señalan Antonio y Ricardo, y con sus subsiguientes prescripciones y proscripciones para discurrir. A continuación, se presentan fragmentos de las narrativas de Antonio y Ricardo respectivamente, y la impronta de la ciudad de Lima en su vida actual y en sus desplazamientos.

En Lima se trata de una supervivencia. Estoy viviendo por Breña. Vivo solo. Alquilo cuarto... mmhh. Yo estoy dos semanas acá y suelo viajar por Cuzco, Puno, por ejemplo (...) Yo cada fin de año me

hago un chequeo general. Por prevención. Yo he sido deportista en San Marcos. Estuve en la selección de kung fu. El 2012 tuve una lesión y me rompí la clavícula. (...)

Pertenezco a mi comunidad, participo en mi comunidad, practico las costumbres de mi comunidad y el 2022 quiero regresar a mi pueblo a seguir mi vida allá. No me acostumbro en Lima. Me he paseado en Lima, he sobrevivido en Lima, he aprendido algo, pero quiero regresar y lo que he aprendido me servirá allá. ¿Por qué te crees de Lima? Por el Metropolitano, por la Chabuca Granda...oye, ¡yo soy de acá, vivo acá! Pero cualquiera vive, pues. Yo soy nativo y todos los días uso el Metropolitano, sé la historia del Perú y ¿por qué no soy limeño? Eso es una parte...No adaptarte es ser huachafo. Es ser poco inteligente también. Que no significa perder tu costumbre. Yo ejerzo lo que sé. Aplico mis conocimientos. Pero no es combinar. No combino nada, ¡no hay nada que combinar! Acá no tiene nada que ver el mundo awajún, shipibo, asháninca... Acá yo estoy trabajando en el Estado. Me obligan a venir así, de saco y corbata, hay un reglamento. Postulé cumpliendo todos los requisitos que cualquiera puede coger...Pero, no mezclo. De ninguna manera se pierde la identidad. Allá en mi comunidad, ¡no ando así! Allá son otras reglas, y acá hay un reglamento que hay que cumplir. Yo no ando así. Las reglas son otras. La pregunta es: ¿en qué momento aplico esto? Yo he visto paisanos míos hablando, de que esto, que sí...

Yo resuelvo conflictos. Me sirve en mi capacidad de derecho. (...)

Para entendernos mejor. Olvídate que yo soy indígena, si usted viene acá para compartir consulta, yo como ciudadano y servidor público yo le voy a dar lo que usted necesita, yo estoy con la obligación. ¿Dónde está el componente indígena? No se necesita. No tiene nada que ver. Salvo en un caso específico, que venga un awajún, y le explico lo mismo, pero en awajún. Hago como el papel de intérprete, que la ley exige. Pero, ¿dónde está lo nativo...? No hay... Pero, no mezclo. Acá me pongo una inyección, tomo pastillas, y no dejo de ser awajún. Estoy acá, estoy adaptándome pues.

Investigadora: Corrígeme si me equivoco, ¿por eso cuando tu regresas a tu comunidad, nunca has dejado de ser awajún, sino que estas en otro contexto y con otras reglas?

Así es.

(Antonio)

Desde el 2003 estoy en Lima. El 2009 regresé, estuve trabajando un año en educación hasta el 2010. Desde que llegué acá he estado viajando, pero no mucho tiempo. El 2010 viajé un año. Después regresé.

Cuando regreso estoy máximo 15 días. No estoy yendo desde el 2017. No tengo tiempo para ir y volver. Me gustaría quedarme, pero no hay posibilidad.

Yo trabajo acá en el Ministerio (...) Yo soy lingüista y estoy como

especialista. (...) Yo vine aquí a estudiar porque terminé el colegio y había una posibilidad de estudiar en la universidad de San Marcos. Había una modalidad de indígenas que, si postulábamos, me avisaron y entonces vine para prepararme. Yo acá vivo solo. Vivo por Pando. Frente a la San Marcos y frente a la Universidad Católica. Es alquilado, todavía no compro departamento. Jajajaja. Está allá mi mamá, mi papá. Mis tíos. Yo en mi casa de allá, me comporto como de la cultura de allá, y acá me adapto como la cultura de acá, por qué cómo te digo es ser tonto, si vienes acá, y yo soy de allá y que te comportes como allá, no eres Superman. Acá te desaparecen, o te arrastran, no tienes tu familia. Yo siempre digo uno tienen que adaptarse donde está. Si no te adaptas, entonces regresa a tu pueblo, allá estás como quieres. Pero acá uno tiene que salvarse todos los días.

(...) También en el trabajo no te deja enfermarte, no le convienen el dolor. Ja ja. Estar en el ministerio es para no enfermarse. Si te enfermas tienen que llevar también tus papeles, de que tienes enfermedad. Tengo que llevar los papeles para que me entiendan y sepan que es verdad. Y también tengo que pensar en los remedios.

(...) Yo casi nunca me enfermo, pero a veces suelo mentir, en el trabajo te explotan. Aquí en Lima el que no es vivo, muere, como dicen... Y eso no solo en un trabajo, en donde sea. Y eso la verdad es eso. Si el sistema te explota hay que sacarle la vuelta al sistema.

(Ricardo)

Continuando con la perspectiva fenomenológica, en las narrativas también se delinea cómo el entorno de interrelaciones y redes comunales en el que los informantes han estado habituados a vivir, -en el que el cuidado por ejemplo es un tema comunal y/o que afecta no únicamente al individuo-, no puede ser replicado en la ciudad y emerge en su lugar una responsabilidad individual: Lima ha diluido esta estructura social y no se ha podido recomponer en este espacio de ciudad. La ciudad genera malestar, como señala Mariana: “fue un choque tremendo. Entré a un estado de estrés y se podría haber llamado depre. Me sentía muy estresada. (...) Nunca me había sentido así”. Posteriormente a esa situación inicial, estas nuevas vivencias se entrelazan con las experiencias y saberes previos, sucede un aprendizaje y adaptación mediante la adquisición de nuevas destrezas, conocimientos, asimilación de “nuevas normas, o reglas” y los vínculos con la comunidad de origen se reeditan en la distancia. Mariana, en su narrativa, incide en su presente, en su actividad actual dedicada al activismo y reivindicación cultural para luego remontarse a

las sensaciones y experiencias cuando recién llegó a Lima, a estudiar. Ella refiere que en Lima le afectó el estrés, le afectó la tifoidea y le afectó la gripe.

Al respecto Mariana señala:

Ahora vivo en Ventanilla. Tenemos en internet una página, estamos en el ciberespacio. Somos mujeres que estamos en redes sociales, usamos la tecnología. (...) Trabajamos en territorio, género y cultura, enfocado en toda la Amazonía en general y hecho desde las mujeres. El 2017 nos formamos, el 2018 tuvimos nuestro primer taller y cubrimos todo el evento que estuvo en la COICA y ahora nos preparamos para ir al FOSPA (Foro Social Panamazónico) en Colombia. (...)

Cuando recién llegue a Lima fue bien pesado. Me afectó mucho el lado académico que fue un choque tremendo. Entré a un estado de estrés y se podría haber llamado depresión. Me sentía muy estresada. Veía la capacidad de los chicos que estaban super preparados y sentía que yo no tenía eso y me sentí super mal. Pero nunca visité al médico para eso o que me diga que estaba deprimida o qué, pero estaba super mal. Y eso fue lo que me afectó muchísimo emocionalmente. ¿Qué hice? Nada, ¡vivir cada día! En ese momento no la tenía claro porque nunca me había sentido así, era algo nuevo. Simplemente intentaba practicar cada día más para no quedarme. Y después me di cuenta que no era la única que andaba en un nivel académico bajo, fui aceptando y después ya fui agarrándole la onda. Pero fue chocante, muy chocante. Tenía 18 años y simplemente vivía con ese sentimiento. No es como ahora que ya sé qué comer, qué puedo hacer, que tengo que salir y visitar a un médico. Antes solo me aislaba, pero ya luego buscaba como practicar más porque sabía que era lo que me ponía así. Y ya fue pasando. Y luego juntarme más en grupo, y así fui superando ese estado. (...) Yo estaba sola, sola, sola. Y luego llegó un estado en el que sentí que no podía y me regresé a la selva. Y aparte de la gripe ¡me dio tifoidea! Todo chocó todo eso. (...) Y regresé con mis papás. Me quedé un tiempo y luego volví. (...) Yo no confío en la sangre de grado de aquí. No hay manera, yo solo confío cuando la sacan del árbol allá en mi comunidad.

(Mariana)

Así también, es constante que en las narraciones de los informantes el objetivo no sea asimilarse a la cultura, usos y costumbres limeñas o urbanas y dejar de lado sus prácticas y prescripciones concordantes con los marcos culturales, también pluridimensionales y no únicamente awajún, de sus comunidades, sino tratar de aprender las nuevas reglas de este espacio Lima,

pero sin declinar sus conocimientos y saberes que permiten desenvolverse y considerarse como pertenecientes a sus comunidades. En los relatos sobre la vida y dinámicas actuales, aparecen también estrategias y modos de convivencia. Alejandra decide concentrarse y como ella señala “trabajar en su cultura” como una forma de resistir y recuperar o mantener su agencia: “Entonces, no puedo lavarme la memoria, todo, con lo de occidental y dejar de lado lo de mi cultura ¿no?”. Por su parte, Mariana refiere en su relato la aceptación, pero también entre líneas se puede leer un su relato un proceso de aprendizaje de aspectos y prescripciones nuevas: “fui aceptando y después ya fui agarrándole la onda.” Rodrigo alude a la soledad en Lima, pero también, a todos sus vínculos familiares que se encuentran en su comunidad. Tanto Mariana como Rodrigo tratan de organizar los conocimientos y prescripciones que consideran occidentales, con sus propias referencias culturales awajún. En este sentido, Francisco señala que el” convive, pero no acepta al 100% porque el proviene de otro mundo”. En su relato, él apuesta por una postura dialógica entre ambos espacios, conocimientos e información: “tratar de equilibrar ese asunto y estar a la par de información con las personas y dialogando”. A continuación, se consignan fragmentos de los relatos de Rodrigo, Francisco y Alejandra:

Aquí yo tengo alquilada mi habitación, pero vivo solo. En San Borja. Yo tengo mi esposa, ella está en la zona dedicando a los hijos que están estudiando. Mis padres viven... todos están allá. En Lima, como una familia que tenga casa...no tengo. Debo tener algunos sobrinos, pero no los identifico a donde están. Ahora los jóvenes salen de su comunidad, vienen en busca de trabajo y solo sus papás deben saber dónde están. El resto no sabemos dónde están, como están...Yo sé que hay algunos en sus distritos que a veces se juntan, pero para hacer sus deportes. Se juntan, 5, así algunos para hacer su deporte. (...) No nos reunimos mucho. Anteriormente los estudiantes awajún en Lima han organizado una organización para ayudarse o dar facilidades a quienes vienen de la zona. (...) Yo no he sido partícipe, porque eso fue antes que yo venga a estudiaren Lima. Yo estoy en Lima desde el 2013.

(Rodrigo)

Ahora estoy viviendo en Lima, en el Rímac. Y así viajando por

comunidades, he vuelto a ver a mi madre después de 12 años, a mis hermanos luego de 23 años. Antes estaba solo, he viajado solo. Ahora tengo familia, tengo una hija, viajando igualmente. Vivo con mi familia acá en Lima, con mi esposa e hija, pero siempre viajando por las comunidades. Y siempre la comunicación con mi madre es permanente. Mi papá falleció el 2001. (...) Siempre ella viene y nos encontramos. Y estamos siempre por el teléfono llamándonos. El mundo occidental es perverso, es un mundo desequilibrado permanentemente. Yo en cierto modo convivo. Pero no comparto ni acepto al 100%, porque yo provengo de este otro mundo. Yo veo que las políticas públicas, los servicios, todos los recursos existentes que deben ser para todos por igual, no es lo mismo. En las comunidades con todas sus bondades y sus recursos siempre comparten, siempre están. Pero cuando hay un problema de invasión, de contaminación, de normas que van a destruir recursos, de supervivencia, estoy mirando que no es igual, desequilibran cosas, rompen relaciones, hay confrontación. Y las políticas públicas no son igual para todos. Por eso es un mundo perverso porque es desequilibrado permanentemente. Como yo tengo información, tengo algunos recursos, trato de equilibrar ese asunto y estar a la par de información con las personas y dialogando permanentemente.

(Francisco)

Vivo en San Martín de Porres. Tres años y medio. Vine el 2014 para sacar mi título. Antes había venido para estudios en verano lo que es Educación, y vine a estudiar en lo que es Champagnat. Estudié 2006 a 2012. Venía acá a estudiar dos veces al año y de allí regresaba a mi comunidad. Entonces, terminé aquí y en 2014 ya vine a sacar mi título y me quedé acá. (...) Cuando terminé, ya ahí empecé a trabajar en lo que es aula. (...) Bueno, la parte general, este, yo ya, he estudiado en esa, en la universidad cristiana, todo eso. Pero tampoco dejarme llevar mucho de los dioses occidentales que existen ¿no?, porque culturalmente nosotros tenemos también nuestros dioses y ya. Entonces como que, de algún modo, uno va apagando su cultura cuando vemos bastante al dios occidental ¿no? Bueno, he dejado de un modo. Entonces, yo he dejado simplemente llamarlo como un ser supremo al ser, a este, ya, aunque sea del occidental, pero a este ser supremo, al creador del universo ¿no? Y trabajar con la cultura también ¿no?, con lo que es mi cultura, mi cultura awajún ¿no? Entonces, no puedo lavarme la memoria, todo, con lo de occidental y dejar de lado lo de mi cultura ¿no? (...) Entonces, no me puedo borrar todo esto ¿no? Por eso es que he dejado un poco, bastante eso del estudio de lo cristiano y de la teología un poco (...). Mejor centrarme en otros temas de educación, de agricultura, de medio ambiente, que me podrían dar más productividad ¿no? tanto para el pueblo y para mi persona también. Basta que yo crea en la existencia de esta persona, de este ser

supremo y tener confianza también porque al final de la vida... depende del alguien también. Ya, suficiente con lo que ya me enseñaron... porque a veces veo tantas iglesias se han creado, pero al final ¿para qué? Para nada, porque al final no nos está aportando prácticamente. No nos ayuda a sensibilizar a la gente, porque cuando más iglesias hay, cantidad, lo veo más delincuencia, más robos. Y hasta el mismo pastor es igual, tanto la Iglesia católica y todo ¿no? Entonces, ya mejor que se quede en mi cabeza la confianza, la creencia de que existe un ser supremo, pero ya no ir así de qué, de ir a como pelearme ¿no? por eso ¿no? Mejor es luchar por la vida, con una vida digna para el pueblo y buscar una alternativa para vivir mejor, porque me imagino que está hecho para eso el mundo ¿no? para vivir, mantenernos sanamente con el universo y todo ¿no? A esa teoría he vuelto, he regresado.

(Alejandra)

Antonio y Ricardo manifiestan que vivir en Lima no significa una amenaza a su identidad. Francisco concilia, y aunque no está conforme con todo, tiende puentes de comunicación, Mariana y Alejandra si viven y experimentan niveles que consideran amenazantes o confrontativos a lo que consideran como su cultura. Rodrigo, aunque destaca su gran vinculación y conexión con su familia que vive en su comunidad, también es quien más destaca la poca conexión que se ha podido desarrollar entre los awajún que viven en Lima. Las narrativas reflejan modos de experiencia vividas que producen significados. En base a ello, en los relatos se pueden distinguir las siguientes experiencias asociadas a significados recurrentes en los relatos recogidos, como la hostilidad de la ciudad. Es significativo que Antonio se refiera a su vida actual en Lima como una supervivencia. Tanto Ricardo como Antonio coinciden en la adaptación a la ciudad, pero no a una asimilación sin reservas. Ellos distinguen a su comunidad y a Lima como espacios distintos, con reglas diferenciadas y válidas en un espacio y en otro. Antonio, por ejemplo, al referirse a Lima evoca al Estado y lo contrapone a lo que él llama “el mundo awajún”. Estas reglas requieren como señala Antonio “inteligencia” y “aplicación de conocimientos” De acuerdo a su estadía en uno u otro espacio deben, comprenderlas y utilizarlas a su favor para que en Lima pueda desplegarse una “supervivencia” como señala Antonio, o “salvarse” para no ser “desaparecido o

arrastrado” como señala Ricardo. Desde otra arista, es importante considerar que el daño o brujería, está vigente y presente como marco interpretativo en la comunidad que explica y regula aspectos conflictivos sociales como el acceso a la salud, por ejemplo, ante la insuficiencia de las capacidades del Estado. También es un marco explicativo ante las carencias y ausencias sanitarias que aquejan a las personas en las comunidades.

La soledad es otro aspecto recurrente en los relatos. Mariana señala: “Me sentía, sola, sola, sola”. Ricardo manifiesta: “No tienes a tu familia”; Rodrigo menciona: “En Lima... ¿cómo una familia que tenga casa...? No. Debo tener algunos sobrinos, pero no los identifico a donde están. La soledad puede ser inicial al llegar a la ciudad de Lima, pero puede prolongarse en niveles hasta la actualidad. La alusión a las nuevas normas o reglas de comportamiento se reitera en las narrativas, diferenciando espacios distintos. Para Antonio, Ricardo y Francisco, estas reglas y conocimientos correspondientes a espacios no se mezclan, sino que se recurren a dichos repertorios según en el lugar que se encuentren. Y que cuando regrese a la comunidad, “no pierda la costumbre” y se siga “otras reglas”. Good (2003, p. 234) indica que “si la experiencia es intersubjetiva y evoluciona en diálogo con quienes forman parte del entorno social, ese diálogo y las estructuras entre las que media son también constitutivos de experiencia.” Acorde con ello, para los informantes la posibilidad y el acceso a la educación formal universitaria y a la capacitación constante brinda posibilidades de mejores condiciones laborales, económicas y sociales en la ciudad de Lima. Sin embargo, se valora el aprendizaje de nuevos conocimientos no solo educación formal sino también conocimientos que permitan utilizar las reglas y normativas válidas en la ciudad para desenvolverse con más éxito, pero en distintos escenarios. Por ello, no es conveniente abandonar el conocimiento que permita adecuarse a distintas reglas de juego anteriormente aludidas.

Estas son las estrategias adaptativas de los informantes en la ciudad de Lima. Para los informantes la experiencia de vida en Lima discurre por

reconocer la diferencia del contexto, de reglas distintas a las que regulan la vida en sus comunidades y adaptarse para desenvolverse con dichas reglas percibidas cuando se está en cada espacio. Al cambiar de espacio, cambian las reglas, pero los informantes han mantenido siempre vigente la fuerza de sus experiencias vividas en sus comunidades y así afianzan su identidad pese a su tránsito y desplazamientos.

Finalmente, en este sentido es importante que dichas experiencias recuperadas en las narrativas, se consideren con lo señalado por Espinosa (2009, p. 57) al respecto de la relación de los indígenas amazónicos con lo que el autor denomina como urbano:

Eventualmente, cuando logran superar los obstáculos y desafíos de su vida en la universidad, estos jóvenes indígenas también tienen que lidiar con el desafío de ser «profesionales indígenas», es decir, personas que puedan servir de puente entre el conocimiento y la experiencia acumulada a lo largo de siglos por sus antepasados en medio de los bosques y los aportes que brindan las ciencias modernas que nacieron en Europa. Los profesionales indígenas sienten la necesidad de convertirse en los puentes que puedan facilitar la comunicación entre la tradición heredada de sus abuelos y el mundo moderno, globalizado y urbano donde viven muchos de sus amigos y contemporáneos. (Espinosa, 2009, p. 57)

Así también, según Merleau-Ponty (1975, p. 302) en el mundo vivido, “la experiencia del espacio está entrelazada con todos los demás modos de experiencia y todos los demás datos psíquicos”. En correlato con ello, es muy importante señalar que el lugar de referencia, de enunciación, de construcción de experiencias para los informantes no sería la ciudad de Lima, ni tampoco su comunidad de origen, sino el desplazamiento en sí mismo. Se trata de un itinerario fluido, de idas y regresos por lo que todos los conocimientos son valorados: se valora lo que es válido para devolverse en la ciudad, pero como no es una residencia definitiva, se valora así también los conocimientos y saberes tradicionales tanto como las experiencias vividas en la comunidad.

Capítulo 3. Narrativas y significados sobre los itinerarios terapéuticos para aliviar la gripe y el daño

En este acápite se responden a las interrogantes que han motivado esta investigación de tesis. Por ello, se profundizan los significados asociados a los procesos de salud y de enfermedad vividos y experimentados por cada informante, cómo cada uno interpreta y otorga significado a dichos procesos; así como los itinerarios terapéuticos seguidos para aliviar la gripe y el daño expresados en las narrativas de aflicción. Retomando la literatura revisada en el marco teórico, para Anderson (2000, p.76), son “historias o narraciones que las mismas personas –los afligidos– elaboran en torno a episodios y procesos de salud-enfermedad. (...) Ellas ubican el problema en un contexto: en tal momento, tal lugar, en presencia de tales personas luego de tales otros acontecimientos”. En correlato con ello, Good (2003, p. 156) se refiere a la representación narrativa de la aflicción como “un medio para organizar e interpretar la experiencia, sirven para proyectar experiencias idealizadas y anticipadas, y son un modo específico de formular la realidad y un medio idealizado de interrelacionarse con ella” Continuando con Anderson (2000), dichas narrativas “entremezclan referencias a un modelo de causalidad suscrito por quien los cuenta; se enuncian evaluaciones morales respecto a la actitud asumida por diferentes individuos del entorno.” Por consiguiente, estas narrativas se organizan en orden de importancia para el individuo mediante una sucesión ordenada cuyo sentido es establecido por quien las narra, lo que permite construir los itinerarios terapéuticos seguidos por cada informante, en su búsqueda de alivio para la gripe y el daño.

De acuerdo a las narrativas, esta investigación ha referido, para el tratamiento, curación, protección y prevención de la gripe y el daño, a distintas terapéuticas y especialistas en salud. Los informantes se refieren a lo que desde una perspectiva *éfic* se ha denominado “medicina tradicional”, utilizando términos como “mis plantas”, “mi maestro”, “el brujo”, por mencionar algunos. Así también, lo que la investigación de tesis considera como “medicina

occidental” o “biomedicina”, es referida, en los relatos de los informantes, como “el farmacéutico”, “los médicos”, “el hospital”, “el enfermero”, “las pastillas”, “la ciencia”, “lo occidental”.

3.1 Significados de salud y de malestar/ enfermedad para los awajún

Un de las interrogantes de la presente investigación es cómo interpretan los procesos de salud y enfermedad los awajún que residen en la ciudad de Lima. De acuerdo al trabajo de campo, los awajún con quienes se conversó se consideran por lo general sanos y que se enferman poco o muy poco en Lima. El malestar que todos han mencionado haber padecido en algún momento en Lima ha sido la gripe. En segundo lugar, han identificado y han padecido el malestar que denominan como “daño o brujería”. A continuación, se responde a esta interrogante en base a la investigación cualitativa realizada.

3.1.1 Significados acerca de la salud

Los informantes en sus narrativas aluden a una ausencia de malestar, de dolor en una corporalidad física pero también señalan una dimensión espiritual que involucra aspectos sociales y relacionales en los que se vinculan a otras personas y al entorno en el que están. Esta “buena” relación con otros seres implica comportamientos y formas de actuar hacia el otro y mencionan: respeto, conocimiento y comprensión. Por consiguiente, estar sano no es una condición únicamente individual física y espiritual, sino relacional y vinculante con otros seres del entorno. Según lo planteado en el marco teórico acerca de la perspectiva del cuerpo, la salud y el bienestar para los awajún están ligados a la conservación de las capacidades que hacen humana a la persona, por ejemplo que se desenvuelva y actúe apropiadamente como humano en su alimentación, a poseer la capacidad de hablar, y a su intervención en las relaciones y actividades sociales con otros awajún. Lo anterior está relacionado a la fortaleza que el cuerpo de la persona awajún debe tener para actuar de la manera que socialmente se espera de la misma. Estar sano es por consiguiente

estar fuerte para tener apariencia y forma humana, así como para actuar y socializar como se espera con otras personas humanas awajún. Esa fortaleza implica también no necesitar o “requerir medicamentos” para mantener dichas cualidades humanas para discurrir en la ciudad. De allí que los informantes subrayen el no tener o sentir “nada de dolor” así como tener el equilibrio suficiente para mantener interacciones con los demás seres, en los que se incluye a la familia, comunidad y también a los que se reconoce como portadores de espíritu. En este sentido es importante que se aluda a un estado de equilibrio que incluye también un componente económico y material, que se tiene cuando existe un balance, que no siempre puede lograrse en la ciudad. A continuación, se presentan fragmentos de los informantes sobre lo que para ellos significa estar sano.

Estar sano es no tener nada de dolor. [Es estar] emocionalmente bien.
(Rodrigo)

Estar sano es no enfermarse, es no sentir malestar. No me siento mareado, no me siento con dolor, eso es estar sano.
(Ricardo)

Para estar sano lo que se requiere es estar equilibrado con su entorno, con la familia, con la comunidad, con los bosques, con la alimentación, con la inocuidad en todo caso, eso se puede lograr con plantas medicinales... Un entorno equilibrado es la salud. Espiritualmente se denomina así cuando tú tienes una buena relación con todos los seres. Pueden ser seres vivos, pero todos tienen espíritu, hasta la piedra” (...). Equilibrar es donde yo intento comprender al otro, intento conocer al otro y respetar al otro. Igualmente, espero lo mismo. Siempre buscamos esa relación”
(Francisco)

Estar sano en nuestra cultura es el *shíig pujut*, que implica el bienestar social, y también el bienestar emocional y físico. Puedo estar sana, pero si no estoy bien emocionalmente, es una enfermedad. Implica también el bienestar material, que tiene que ver con lo económico. Y en la ciudad no necesariamente encuentras eso.
(Mariana)

Estar sano es el simple hecho de no requerir tomar medicamentos.
(Antonio)

3.1.2 Significados acerca de la enfermedad y el malestar

La investigación cualitativa señala que la enfermedad aparece en las narrativas de los informantes asociada a los siguientes términos y sus significados: “dolor”, “desequilibrio”, “sufrimiento” y “malestar”. Manifiestan que están enfermos cuando “sienten malestar”, cuando “se rompe el equilibrio mental, físico, espiritual”, cuando “están mal en general”, “cuando tienen dolor” “cuando no tienen ganas de hacer nada”. Se sufre en la corporalidad física, pero este sufrimiento está también en el “pensamiento y el corazón”. Se trata de una condición que afecta negativamente y aflige al cuerpo tanto en su dimensión física como en su dimensión espiritual. Siguiendo con el marco teórico, afecta el *iyash* que corresponde a una corporalidad relacionada con lo físico y también afecta el *wakán* que corresponde a una corporalidad relacionada con lo espiritual. Los términos de “daño” y “brujería” surgen y se mencionan en las narrativas asociados a la experiencia de la enfermedad y el dolor. A la luz de lo propuesto en el marco teórico por Brown (1984) y Guallart (1989), la mayoría de awajún considera que las enfermedades son inevitables. Para evitar enfermarse, la prevención supone únicamente evitar el contacto con personas o lugares que puedan estar infectados por enfermedades contagiosas. Para los autores, no obstante, muchas enfermedades pueden ser causadas por brujería.

Es importante resaltar que en ocasiones los informantes clasifican como enfermedad a la gripe y excluyen al “daño”, como en las narrativas de Ricardo y de Rodrigo. En otras ocasiones, los informantes pueden clasificar e incluir como enfermedad a la gripe, pero también al daño como en las narrativas de Francisco y de Alejandra respectivamente. El daño será posteriormente explicado en los próximos acápites del documento. Es clave resaltar que todos los informantes han señalado que casi nunca se han sentido enfermos, incluso durante su estadía en Lima.

Casi no me enfermo. No sé, yo tengo la suerte de no estar casi mucho enfermo. Pero cuando estoy enfermo lo que hago es ir a la farmacia. La gripe, por ejemplo, lo que siempre me agarra es el dolor de la garganta.

(...) duele, me desanima, no tengo ganas de hacer nada, o sea dolor, malestar ¿no? Eso es lo que siento cuando estoy enfermo. Mal, ¿no? (...) Eeee, aunque no me creas, en Amazonas eres un poco de todo, un poco de medicina, todo, porque no hay doctores allá. Acá si tengo fiebre me parece ridículo ir al doctor. Vas al doctor y te dice lo mismo y te cobra la consulta. (...) Me voy al médico, me trato, si no es enfermedad, por más que me trate si no se sana, ahí uno acude a los brujos

(Ricardo)

Estoy enfermo cuando estoy mal en general. A veces suelo tomar el kion, (*Zingiber Officinale*) mayormente plantas o en ocasiones pastillas. Nunca me he enfermado a tal punto de enfermarme, de requerir ir a hospitales. (...) Cuando uno está a tal punto, tienes síntomas me duele la cabeza, dolor de vista, las amígdalas se te inflaman. Me he puesto inyecciones.

(Antonio)

Cuando te enfermas, es el malestar (...) Sufres, es el sufrimiento y no necesariamente porque te dio una fiebre, una gripe o te accidentaste, sino lo que sufres está en tu pensamiento y en el corazón y es también una enfermedad.

(Mariana)

Estar enfermo no es tener equilibrio, cuando el equilibrio se rompe. Si tú te desequilibras el asunto es mental, físico, espiritual... si la enfermedad puede ser en el ámbito indígena debo usar mi mundo espiritual para ver cómo merecupero

(Francisco)

La enfermedad a veces no existe, sino que es brujería.

(Rodrigo)

Si pasa a otra etapa (el malestar), puede ser otra enfermedad cultural, daño, mal del hombre, brujería. La brujería es, ya, lo que se dice daño.

(Alejandra)

De acuerdo a la información cualitativa obtenida, los informantes pueden sentir malestar y tener incluso la experiencia del dolor, pero evitarían considerarse enfermos ya que según manifiestan el admitir “estar enfermo” afecta el desempeño laboral y se relaciona con la capacidad de no poder valerse autónomamente y perjudicar su trabajo. Concordando con lo propuesto en el marco teórico, la aflicción remite a la experiencia corporal vivida por la persona respecto a la enfermedad. Además, como se ha revisado, para la

sociedad awajún, tanto el diagnóstico como el tratamiento de las dolencias son un asunto familiar e incluso comunal. Por consiguiente, admitir que están enfermos, no solo es una condición de reconocimiento de una situación desfavorable para el cuerpo sino de una situación de vulnerabilidad social que se relaciona con sentir que viven solos en Lima y que no cuentan con familiares o amigos cercanos – con una malla social – que actúe de soporte ante una situación de salud crítica o una emergencia como se podría conseguir en la comunidad. A la luz de lo revisado en el marco teórico, admitir estar enfermos también implica dificultad para mantener cualidades subjetivas relacionadas con la corporalidad de la persona y en cómo actúan y socializan con otras personas, subsecuentemente tiene implicancias con su identidad.

A veces, nosotros los awajún no somos tan cuidadosos. Soportamos pensando que va a pasar el dolor. (Rodrigo)

Y tuve que regresar allá para tratarme con plantas. Fue terrible porque yo vivía sola, tenía unas fiebres terribles, y estaba súper sola, sola, sola, sola, ¿no?

(Mariana)

Es diferente cuando estas acá, porque estas solo. Si estoy solo y estoy mal es estar aguantando a que pase un poquito el dolor y vas a salir, sino no se puede. Es más, yo me pregunto, si estas solo y estás mal, cómo vas a caminar para comprarte una pastilla, no creo que tu jefe te diga, estas mal, anda a comprarte una pastilla. ¡Estas mal, no vas a poder! ¡Estamos fregados! Esta situación es peor. Quién te va a llevar y además (...) puedes tener amigos, pero están trabajando. (...) Uno de los retos acá es no enfermarte, porque si te enfermas te botan del trabajo, pierdes todo. (...) También en el trabajo no te deja enfermarte, no le convienen el dolor. Ja ja. Estar en el ministerio es para no enfermarse. Si te enfermas tienen que llevar también tus papeles, de que tienes enfermedad. Tengo que llevar los papeles para que me entiendan y sepan que es verdad. Y también tengo que pensar en los remedios. (...) Yo casi nunca me enfermo, pero a veces suelo mentir, en el trabajo te explotan. Aquí en Lima el que no es vivo, muere, como dicen... Y eso no solo en un trabajo, en donde sea. Y eso la verdad es eso. Si el sistema te explota hay que sacarle la vuelta al sistema.

(Ricardo)

Yo creo que ahora, mirando, siendo funcionario público, el malestar es distinto, no es el mismo que de un indígena awajún viviendo en la

comunidad. Aquí el malestar tiene otras denominaciones, otros aspectos y otras formas de ver de acuerdo a como tú lo conceptualizas. (...)

Malestar. En mi trabajo es cuando alguien es irresponsable, alguien no cumple las tareas. En la familia yo trato de ser muy equilibrado, pero por una situación que uno no supera intenta llamar la atención. Cuando uno ha comido mal, se siente desganado intenta recuperar usando otros tipos de a lo mejor medicina. Si fuera en la comunidad el malestar tendría otra conceptualización, pero aquí tienes otro entorno distinto.

(Francisco)

En este sentido, y retomando lo planteado en el marco teórico, la aflicción para los informantes awajún es un proceso que involucra no solo la esfera física sino también la esfera social; es decir, la familia y el trabajo. La aflicción o *illness* refiere a la particular vivencia personal de la enfermedad. Como señala (Chrisman, 1997), la aflicción (*illness*) es la percepción individual y subjetiva de la condición de estar enfermo. Las narrativas de aflicción, de los informantes remiten a un componente social más allá de los malestares a la garganta, a los ojos, la nariz o el dolor al cuerpo que ocasione la gripe o el daño. De acuerdo con Anderson (2000, 79), las “narrativas de aflicción sugieren cómo los malestares físicos van transformándose en malestares sociales y psicológicos, cómo migran de una zona corporal a otra, cómo –en la percepción de la víctima– los agentes causantes cambian de *modus operandi* y punto de ataque.” Por estas razones, durante su permanencia en Lima el malestar tiene que ver también con lo laboral y la capacidad para ejecutar tareas. Los informantes en sus narraciones se reconocen tanto como awajún y como funcionarios públicos y profesionales. En dicho contexto el malestar ligado al desequilibrio, también aparece ligado al entorno laboral, a la irresponsabilidad y al incumplimiento de las tareas que se espera que realicen.

3.2 La gripe y el daño en las narrativas

Los informantes, como se ha señalado, tienden por lo general a considerarse a sí mismos sanos y sanas. Es de esta manera que se auto representan en sus narrativas, aunque sientan dolor o incomodidad física. Esta

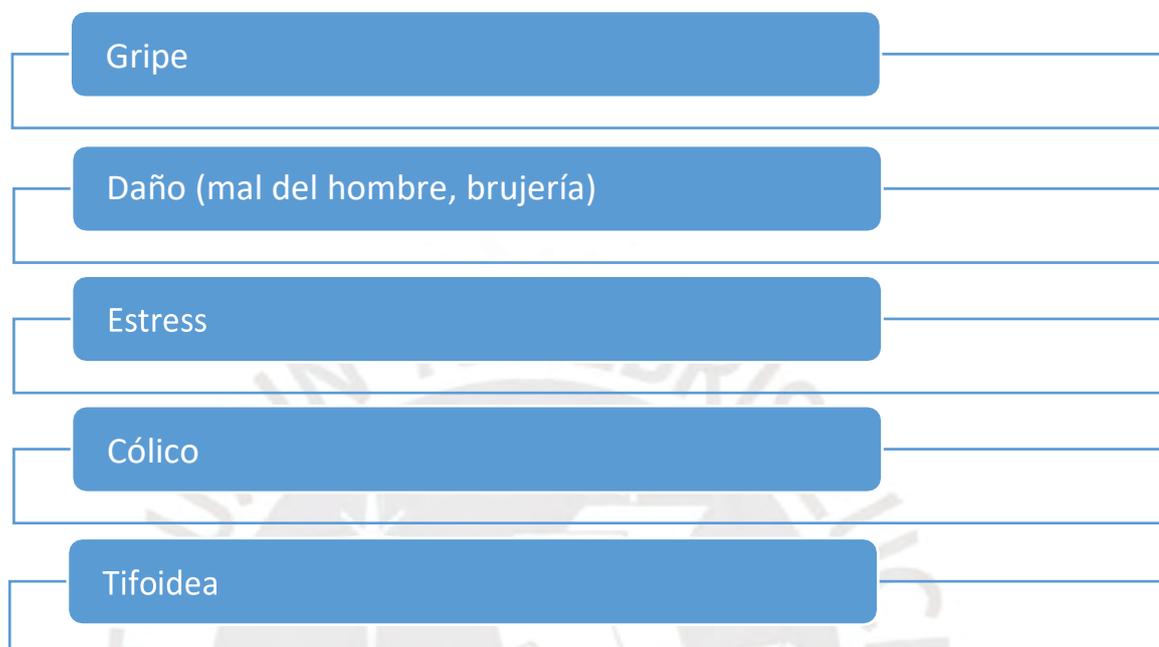
investigación se concentra en los itinerarios médicos seguidos por los informantes para aliviar la gripe y el daño ya que son los malestares que han padecido todos o la mayoría de ellos durante su tiempo de vida en Lima. Se ha seleccionado estos malestares para la investigación, ya que la gripe los ha afectado a todos en algún momento. El daño ha afectado a dos informantes que han señalado haberlo padecido en Lima, además, todos menos una mujer que creció en un hogar evangélico, lo reconocen e identifican como un malestar que podría afectarlos a ellos, sus familias o paisanos en algún momento de su vida. Otros malestares que los han afligido cuando han estado en Lima y han sido mencionados por algunos han sido el estrés, el cólico y la tifoidea. En los cuadros a continuación se presenta resumidamente y en orden de ocurrencia, los datos generales de las y los informantes, así como los malestares de salud que han afectado a cada uno.

Cuadro 7. Malestares que han afectado en Lima a los informantes awajún

Ricardo	Rodrigo	Antonio	Francisco	Alejandra	Mariana
<ul style="list-style-type: none"> • Lugar de origen: Provincia de Condorcanqui • Vive en Cercado de Lima. • Malestar identificado: Gripe 	<ul style="list-style-type: none"> • Lugar de origen: Provincia de Bagua • Vive en San Borja • Malestar identificado: Gripe • Cólico(Asociado a piedras en a vesícula) 	<ul style="list-style-type: none"> • Lugar de origen: Provincia de Condorcanqui • Vive en Breña • Malestar identificado: Gripe 	<ul style="list-style-type: none"> • Lugar de origen: Provincia de Condorcanqui • Vive en El Rímac • Malestar identificado: Gripe • Daño 	<ul style="list-style-type: none"> • Lugar de origen: Provincia de Condorcanqui • Vive en San Martín de Porres • Malestar identificado: Gripe • Daño 	<ul style="list-style-type: none"> • negocios internacionales /activista social. • Lugar de origen: Provincia de Bagua • Vive en Ventanilla • Malestar identificado: Gripe • Estress

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 8. Lista de malestares identificados por los entrevistados de acuerdo a jerarquía de ocurrencia durante su vida en Lima



Fuente: Elaboración propia

3.3 Significados acerca de las terapéuticas o fuentes de salud y los itinerarios de salud seguidos para aliviar la gripe

Esta sección de la investigación responde a la pregunta sobre qué itinerarios terapéuticos siguen los residentes awajún en la ciudad de Lima para tratar la gripe y qué significados emergen de estos procesos. A continuación, se trata acerca de los itinerarios terapéuticos seguidos por cada informante cuando, de acuerdo a sus narrativas y relatos, consideraron que tenían gripe y por ello tenían que utilizar recursos terapéuticos para aliviarse. Así también, se analiza e interpreta cómo el entorno afecta y media cada decisión tomada para continuar dicha ruta en la ciudad de Lima en su búsqueda de bienestar.

3.3.1 La gripe en las voces de los informantes

Como se ha señalado, los seis informantes manifestaron en sus narrativas que la gripe (*sugkúg* en awajún), fue el malestar que todos han tenido.

Ricardo y Antonio relataron que ha sido el único malestar que han tenido durante su vida en Lima. Las personas con quienes se conversó manifestaron en sus narrativas que sintieron una serie de molestias como dolor de cabeza, malestar en los ojos, lagrimeo, mucosidad en la nariz, etc. Los informantes señalaron que habían experimentado algunas o varios de estas molestias, pero es recién cuando experimentaron mucosidad de la nariz y dolor de la garganta que sintieron que debían hacer algo para modificar esta situación. Es en este momento en que según su autodiagnóstico, consideraron que tenían gripe e iniciaron sus respectivos itinerarios médicos. Para los informantes la gripe es un malestar que los aflige y puede afectar el desempeño laboral situándolos en una condición de vulnerabilidad social. También, como se ha señalado, para algunos de estos informantes awajún, la gripe se vivió personalmente en soledad, ya que varios viven alejados de su familia. Se enfatiza que en la comunidad de origen no ocurre así y que tienen el apoyo y soporte de sus familiares.

Para nosotros la enfermedad es gripe, diarrea. Eso es cuando un awajún dice: estoy enfermo. (Rodrigo).

¿Enfermedades en Lima? ¡Gripe! (Mariana)

Ya cuando no puedo pasar la saliva, me dolía la garganta, se me inflama, dije: “tengo gripe” ¿qué es bueno para que pase ahorita?

(Antonio)

Tienes un malestar, no me deja trabajar, no me siento bien, dolor de cabeza, dolor de vientre, fiebre. No tienes ganas de no hacer nada. Me siento mal, es desánimo total.

(Alejandra)

Sugkúg es gripe. Cuando siento que tengo ese, gripe, siento que me duele la cabeza, me pica la nariz. Alergia. Dolor de garganta. Malestar del cuerpo. Es lo peor que he sentido cuando estoy en Lima.

(Ricardo)

En los cuadros a continuación se presentan resumidamente los datos generales de las y los informantes, así como la gripe en cuanto malestar que ha afligido a todos.

Cuadro 9. Los informantes y la gripe

Ricardo	Rodrigo	Antonio	Francisco	Alejandra	Mariana
<ul style="list-style-type: none"> • Lingüista • Malestar identificado: <p>Gripe</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Docente • Malestar identificado: <p>• Gripe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor de estómago/ • Cólico (Asociado a piedras en a vesícula) 	<ul style="list-style-type: none"> • Abogado • Malestar identificado: <p>• Gripe</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermero • Malestar identificado: <p>• Gripe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Daño 	<ul style="list-style-type: none"> • Docente • Malestar identificado: <p>• Gripe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Daño 	<ul style="list-style-type: none"> • Estudiante de negocios internacionales / activista social. • Malestar identificado: <p>• Gripe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estrés

Fuente: Elaboración propia

3.3.2 Itinerarios terapéuticos seguidos para aliviar la gripe

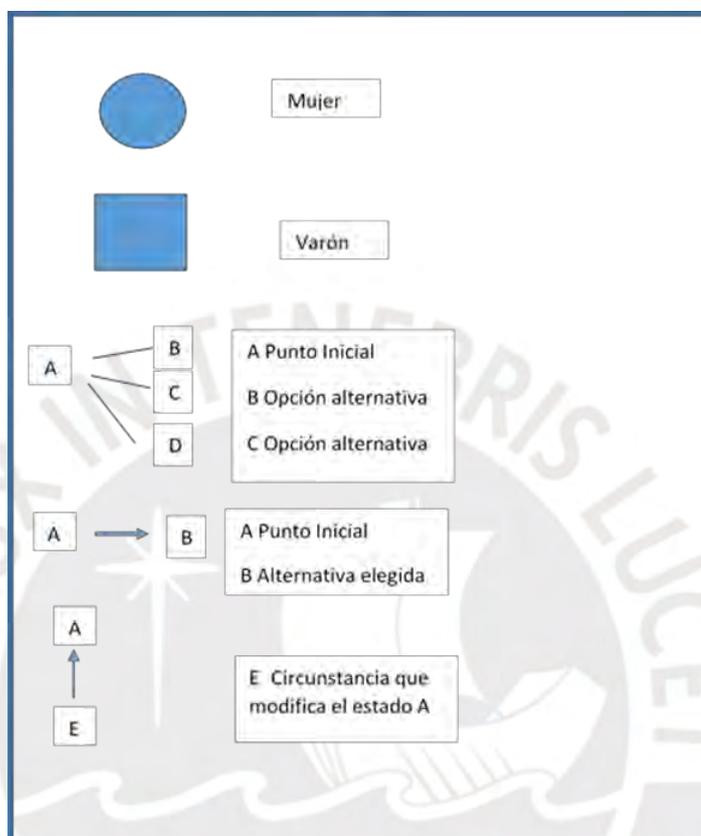
Esta sección de la tesis responde a la interrogante sobre cuáles son los itinerarios terapéuticos que los awajún que residen en la ciudad de Lima siguen para aliviar y tratar la gripe. Siguiendo a Casado i Aijón (2016), los itinerarios terapéuticos se configuran por todas las decisiones –conscientes o no, y que conducen a una práctica teniendo en cuenta que el “no hacer” también es hacer– y el marco de representación, percepción y conceptualización que les supone el contexto sociocultural, que una persona o grupo toman ante lo que se percibe como un problema de salud y que necesita de intervención o de atención especializada. En sintonía con ello, hay que recordar que otros autores (Garro, 1998; Portocarrero, 2015) señalan que “Los itinerarios terapéuticos son las rutas que siguen los pacientes, unidades domésticas o cuidadores de pacientes en su búsqueda por reestablecer el estado de salud, las decisiones que toman alrededor de ellas y a quienes acuden para tratar sus padecimientos”. A continuación, se presentan los mapas de los itinerarios terapéuticos seguidos por cada informante, es decir, la construcción gráfica de los elementos y recursos de los repertorios terapéuticos utilizados, así como las circunstancias que mediaron cada decisión tomada para utilizar cada uno de ellos. Dicha construcción gráfica se construyó en base a las narrativas y relatos de los seis

informantes. Posteriormente fue validada por cada informante, para verificar corregir, o agregar aspectos relacionados con la investigación.¹⁴

En primer lugar, se presenta una leyenda explicativa de la simbología empleada para construir cada mapa de itinerario: se utiliza un círculo, si es una mujer quien inició la ruta, y un cuadrado, si ha sido un varón. La flecha gruesa horizontal enlaza con el recurso terapéutico utilizado, es decir, define la ruta seguida. Las líneas delgadas enlazan opciones y alternativas que en algún momento cada informante mencionó que conocía o tenía el acceso pero que no utilizó. Las flechas delgadas verticales enlazan con la circunstancia o situación que medió, modificó, afectó o influyó para que el informante haya decidido continuar la ruta y decidir subsiguientemente emplear otro recurso terapéutico. Las decisiones de usar dichos elementos se profundizan a lo largo de la tesis. Luego se presenta la reconstrucción de los itinerarios terapéuticos seguidos por cada informante. La reconstrucción de los siguientes itinerarios grafica las rutas seguidas en Lima. En los itinerarios no se han considerado los rituales, o el consumo de plantas en contextos rituales que cada informante ha realizado para su protección, prevención, curación o el proceso que denominan “limpieza”. Ello debido a que para el empleo de dichos elementos terapéuticos tuvieron que movilizarse fuera de Lima desplazarse a sus comunidades.

¹⁴ Estos gráficos se han realizado tomando como referencia los gráficos correspondientes a las autopsias verbales, elaborados y propuestos por Anderson (1999).

Cuadro 10. Leyenda



Fuente: Elaboración propia

3.3.2.1 Itinerario de Ricardo

A continuación, se presenta el relato de Ricardo sobre su itinerario seguido en su búsqueda por aliviarse de la gripe que lo aquejó en alguna ocasión mientras ha vivido en Lima.

Quando siento que tengo ese, gripe, *sugkúg*, lo que siempre me agarra es el dolor de la garganta. Me duele la cabeza, me pica la nariz. Cuando me desanima, no tengo ganas de hacer nada, o sea dolor de garganta, malestar del cuerpo, ¿no?, eso es lo que siento cuando estoy enfermo con gripe. Mal, ¿no? Tomo mi Panadol¹⁵ y otras cosas más. Cuando yo

¹⁵ Panadol ® es el nombre de marca de un fármaco que tiene presentaciones en jarabes y pastillas, gotas y efervescentes. Se vende sin receta médica. Sus componentes son: Paracetamol, Clorhidrato de fenilefrina, Dextrometorfano, Maleato de clorfenamina, excipientes. Más información en: <https://www.panadol.com.pe/>

me siento con gripe, yo ya sé que pastillas tomar. Yo me automedico. Porque sé que son los síntomas que siempre me da. (...) Kion (*Zingiber officinale*), limón (*Citrus aurantifolia*) aquí en mercados no uso. No confío. Está en el mercado, no tomo. Ya me estaba doliendo por varios días, me descuidé también. Es más, en la botica te dan cualquier cosa. En mi casa tengo ahí mis medicinas. Siempre que compro lo guardo. Tengo apronax, para golpe, como yo juego partido, a veces me patean, me lastiman. Vendas, alcohol. Mmm, para dolores de cuerpo, buscapina para dolor de estómago. Así variedad de pastillas. (...) Si no se, voy a la botica. Si tengo dolor de cabeza, me dan la pastilla. Si tomo y si me hace bien yo lo apunto en una hojita en un cuadernito. Para el dolor de cabeza: ¡tal! Jajaja. Si. Si no se me olvida. Si no lo apuntaste se olvida y luego otra vez vas a ir al médico y preguntando lo mismo, no? Pero de esa manera yo hago mis cosas. O primero llamo a mi papá. Decirle que estoy así. Mi papá sabe. No es médico, pero sí conoce. Mi papá tuvo esas capacitaciones sobre enfermería, confío en él. De chiquito me trataba. Sabe lo que tomaba allí en la comunidad cuando estaba enfermado, y también como parte de la cultura, porque un awajún te dice toma esto, ¡y ya sabe! Ya están que se enferman cada rato con la misma enfermedad ¡y ya saben! Y se comunican, ¿no? Y dicen: Yo estuve mal y tomé esto y el otro dice no tienen necesidad de ir al médico, sino va y compra lo mismo y ya se sanó y ya sabe. Y va recomendando. Entre amigos y familia. Yo estaba mal y estaba tomando gaseosa helada, cerveza helada. Y me enfermé y tuve fiebre y dolor de cabeza. Tomé las pastillas Panadol, pero ya me dolía para dolor de amígdalas, y ya no sabía que tomar para las amígdalas, me dolía mi garganta. Y le llamé, y me dijo haz esto y esto. Y tomé lo que me dijo y me sentí mejor, pero como que no me sanaba porque seguía tomando bebida helada. A mi papá no quería hacerle preocupar tampoco. Por eso no le llamé más, él trabaja y también está ocupado. Sinceramente yo le llamo cuando ya estoy muy grave, cuando estoy muy mal. Si hay cosas que yo puedo solucionar, no le llamo. Y también si llamaba a mi papá me iba a decir por qué estas mal, ¿no? Me iba a decir seguramente haz estado tomando cerveza, bebida helada...por eso es que no le llamé después. Si fui a la farmacia para comprar, pero ¡no me sané nada! Dije tengo esto, esto y nada. Me fui a tres farmacias. Y te juro que me vendieron un montón de pastillas que lo comí igual que una gallina ¡y no pasaba nada! Es más, compre de las farmacias que hay por acá y no pasaba nada. Y le pregunto a mi amigo que es médico y me dice: Tómate esto. Es bueno, sí. Qué estas tomando, me pregunta, ¿qué te han recetado? Esto y esto, le digo. Esto es para otra cosa, me dice. Y yo me dije en farmacia ya no le compro. Cuando voy con mi papá, más efectivo sus recetas con lo que sabe. La farmacia te estafa. Bueno eso es lo que yo tengo ese concepto. Quizá no debe ser pero yo lo veo así. Agarra su computadora y por una pastilla, 3.50. Te tomas y nada. Un médico te receta, y te cuesta 50 céntimos te sanaste, o un 1 sol. Como te digo, tengo un amigo que es médico. Acá en Lima. Lo llamé al médico y me dijo tómate esto y esto y

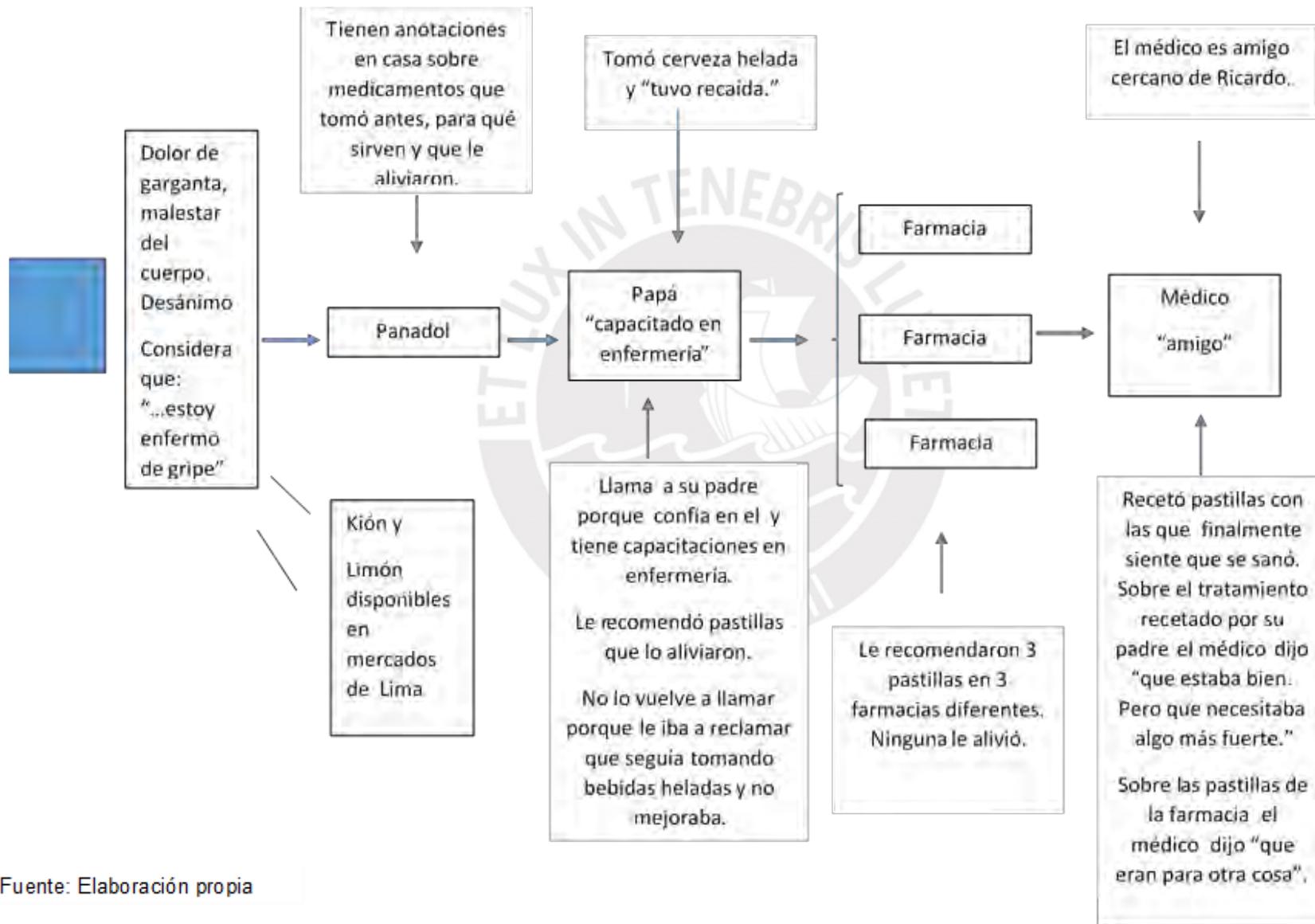
al final seguí lo que me dijo y ya me sané. Y después le pregunto al médico: ¿y estas pastillas que me dio mi papá? Me dice si es bueno, pero esto es más efectivo. O sea, no estaba tan mal mi papá. De hecho el médico es el que conoce más, el que te puede operar, eso. Te lo puede partir el cuerpo, sacarte cualquier cosa y te sana. El médico puede hacer eso, es su especialidad.

(Ricardo)

Examinando las narrativas de Ricardo y en términos de la literatura revisada, su itinerario se desarrolló de la siguiente manera.



Gráfico 1. Itinerario de Ricardo



Fuente: Elaboración propia

Según la leyenda propuesta, el cuadrado representa a Ricardo al inicio de su itinerario. De acuerdo al itinerario reconstruido en el gráfico en base a su relato, él consideró que tenía gripe cuando sintió dolor de garganta, malestar del cuerpo y desánimo. Las flechas gruesas indican la ruta seguida, en este caso la elección que él realizó de tomar la pastilla “Panadol” descartando en ese momento alternativas como el kion (*Zingiber officinale*) y el limón (*Citrus aurantifolia*) disponibles en mercados en Lima. La circunstancia que influyó la decisión es que Ricardo tenía algunas anotaciones previas acerca de las propiedades de algunos medicamentos y por ello decidió tomar Panadol. Continuaron sus dolores de amígdala y es allí que llama a su padre para que le recomiende otras alternativas porque confía en sus conocimientos en enfermería, así como en sus conocimientos de medicina tradicional. Ricardo toma lo que su padre le ha recomendado pero el alivio no fue duradero ya que continuó tomando bebidas heladas. Esta es una circunstancia que modifica la ruta de mejoría. Posteriormente no vuelve a llamar a su padre ya que no quiere preocuparlo ni que le reclame porque continúa tomando bebidas heladas. Su ruta, representada por la flecha gruesa, continúa con el recorrido a tres farmacias. Ninguna de ellas pudo brindarle alivio para el malestar. En el gráfico se aprecia que las tres pastillas diferentes que le recetaron los farmacéuticos en cada una de las farmacias, no le aliviaron. Finalmente decide acudir a un médico, pero la circunstancia que influye en esta decisión es que es su amigo. Este profesional de la salud le recetó medicamentos que sí lo aliviaron.

Pese a su desconfianza en los recursos terapéuticos disponibles del modelo de salud occidental, así como en los proveedores, la ruta de salud de Ricardo está marcada por la utilización de dichos recursos. Cuando Ricardo sintió dolor y consideró que tenía gripe (*sugkúg*), inicialmente siguió procedimientos de autoatención, ya que aunque se trató de una pastilla, un recurso terapéutico de la medicina occidental él decidió tomarla y en base a sus anotaciones. Posteriormente en Lima, en un sistema de salud pluralista en el que coexisten distintas terapias y tradiciones de salud, Ricardo en su itinerario apeló a recursos de salud propios de la medicina occidental, pero lo hizo

mediado por la confianza que tiene en los proveedores de salud a los que acude, quienes son familiares o amigos. Acudió a su padre, quien tiene capacitaciones en enfermería y posee dichos conocimientos y formación, así como también, ha considerado la amistad y cercanía que lo vincula al profesional de salud, que es su amigo médico. Su padre es una figura que ostenta triple confianza para Ricardo, confía en sus conocimientos de enfermería, que lo vinculan a la medicina occidental, confía en sus conocimientos de medicina tradicional como parte de lo que los awajún usualmente saben y necesitan, y confía porque conoce sus malestares ya que lo ha tratado desde niño en su comunidad. “Y después le pregunto al médico: ¿y estas pastillas que me dio mi papá? Me dice si es bueno, pero esto es más efectivo. O sea no estaba tan mal mi papá.” (Ricardo). Ricardo confía en su amigo médico, le reconoce el lugar más importante como fuente de salud para tratar sus malestares, luego ubica a su padre, y finalmente a los farmacéuticos a quienes junto con otros médicos y profesionales de salud que no son amigos suyos son en quienes menos confía. “Y yo me dije en farmacia ya no le compro. Cuando voy con mi papá, más efectivo sus recetas con lo que sabe.” (Ricardo)

3.3.2.2 Itinerario de Rodrigo

A continuación, se presenta el relato de Rodrigo sobre su itinerario seguido en su búsqueda por aliviarse de la gripe que lo aquejó en algún momento durante su vida en Lima.

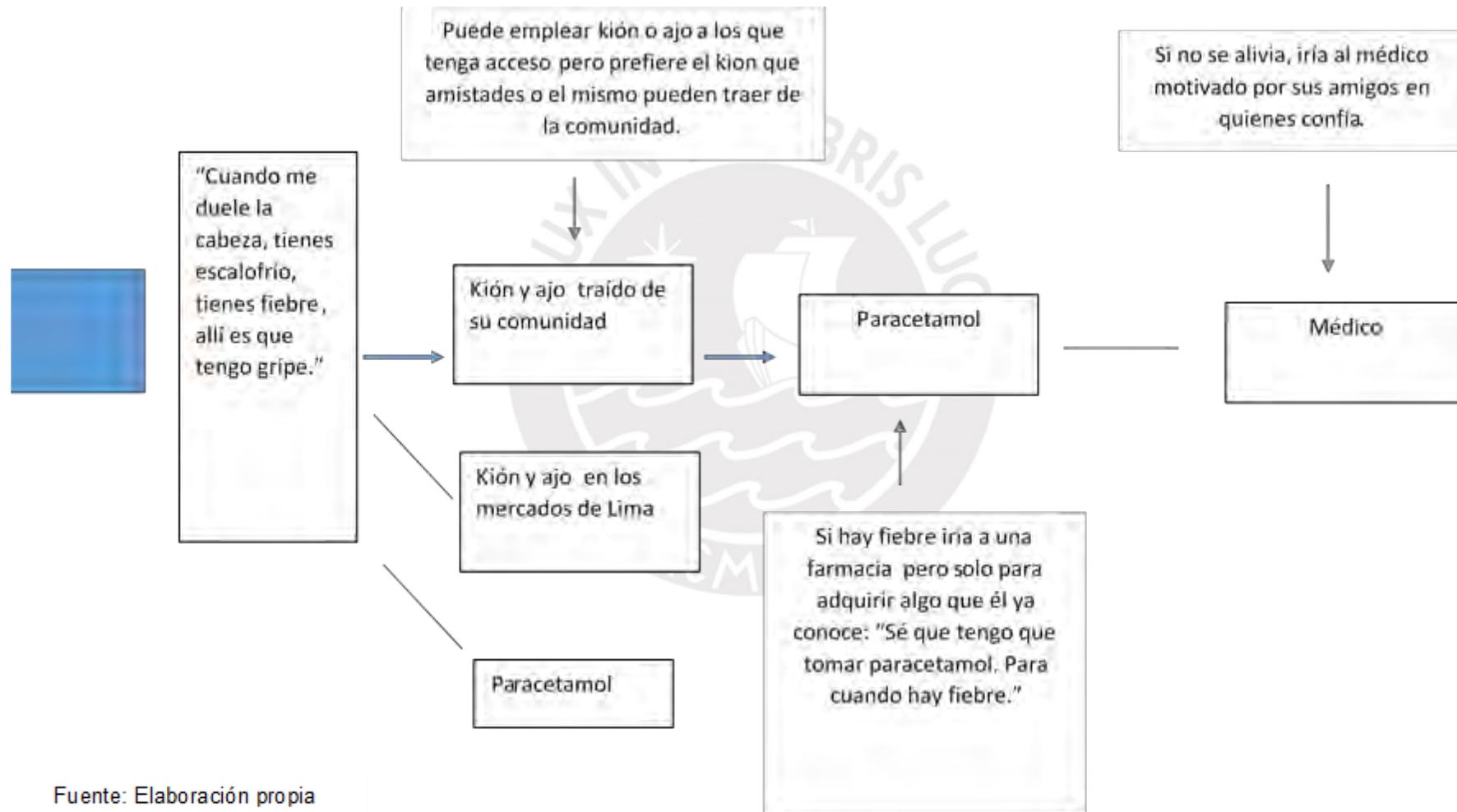
Cuando me duele la cabeza, tienes escalofrío, tienes fiebre, allí es que tengo gripe. Te sientes fastidiado para trabajar. Tomo kion (*Zingiber officinale*) con ajo (*Allium sativum*). El kion, el ajo que se encuentra en el mercado. Aquí en Lima. Pero mejor prefiero el kion que mis amistades me traen cuando me pueden traer de la comunidad. O cuando he visitado también he traído. Ambos pueden curar pero de mi comunidad siento que es mejor para mí, puede curarme mejor. Las plantas también son medicina. Si no me pasa, voy a la farmacia y compro alguna medicina. Sé que tengo que tomar paracetamol para cuando hay fiebre. Me pasa. Pero si no me mejoro también iría al médico de mi trabajo. Cuando estuve enfermo de

cólicos, mis amigos de mi trabajo me dijeron que vaya. Me hizo bien.
(Rodrigo)

Examinando las narrativas de Rodrigo y en términos de la literatura revisada, su itinerario se desarrolló de la siguiente manera.



Gráfico 2. Itinerario de Rodrigo



Fuente: Elaboración propia

De acuerdo a la leyenda, el cuadrado sitúa a Rodrigo al inicio de su itinerario. Cuando él siente dolor de cabeza, escalofríos y fiebre, acepta que tiene gripe, por lo que inicia su itinerario con el empleo de kion y limón que puede ser conseguir en Lima, aunque usualmente prefiere los que le pueden traer sus amistades. Inicialmente descarta el uso de Paracetamol.¹⁶ Si no siente alivio con el kion y el limón que consume y tiene fiebre, su ruta lo lleva al uso del Paracetamol. La circunstancia que influye en esta decisión es que él considera que “ya sabe que tomar”. Y si va a una farmacia es solo para adquirirlo porque él piensa que ya sabe que debe utilizar, cuándo y cómo, para aliviarse. Su itinerario quedó allí si se alivió de la gripe. Si con estas acciones no obtiene la mejoría que busca, es allí cuando evalúa recurrir a un profesional de salud de medicina occidental - un médico-, pero esta acción estaría motivada por el consejo de sus amistades en quienes confía.

Las primeras acciones de Rodrigo se sitúan en la autoatención, apelando a la utilización de plantas y recursos terapéuticos tradicionales bajo su propio criterio. No usa paracetamol en un primer momento. Posteriormente si no se alivia, su ruta continúa con el uso de pastillas, un recurso de la medicina occidental. Aunque vaya a la farmacia para adquirirlo, siguen siendo acciones de autoatención ya que él decide su administración. En su itinerario también está presente la intermedicalidad ya que Ricardo emplea recursos de la medicina tradicional como de la medicina occidental, sin que haya recurrido a algún especialista de estas tradiciones médicas.

Ricardo considera importantes las implicancias de sentir fastidio y malestar para trabajar y las menciona en sus narrativas. La confianza en las amistades media su decisión de preferir, si puede tener el acceso, a recursos terapéuticos tradicionales más aún si proceden de su propia comunidad. También la confianza en amistades influye su decisión de recurrir a un profesional de salud en

¹⁶ Paracetamol es un fármaco de venta sin receta médica que tiene propiedades analgésicas y antipiréticas. Es utilizado principalmente para tratar la fiebre, y el dolor leve y moderado. Es un fármaco genérico, es decir, no es de marca perteneciente a un laboratorio por lo que es la alternativa más barata con respecto al Panadol ®. Más información en: <https://www.vademecum.es/>

medicina occidental.

3.3.2.3 Itinerario de Antonio

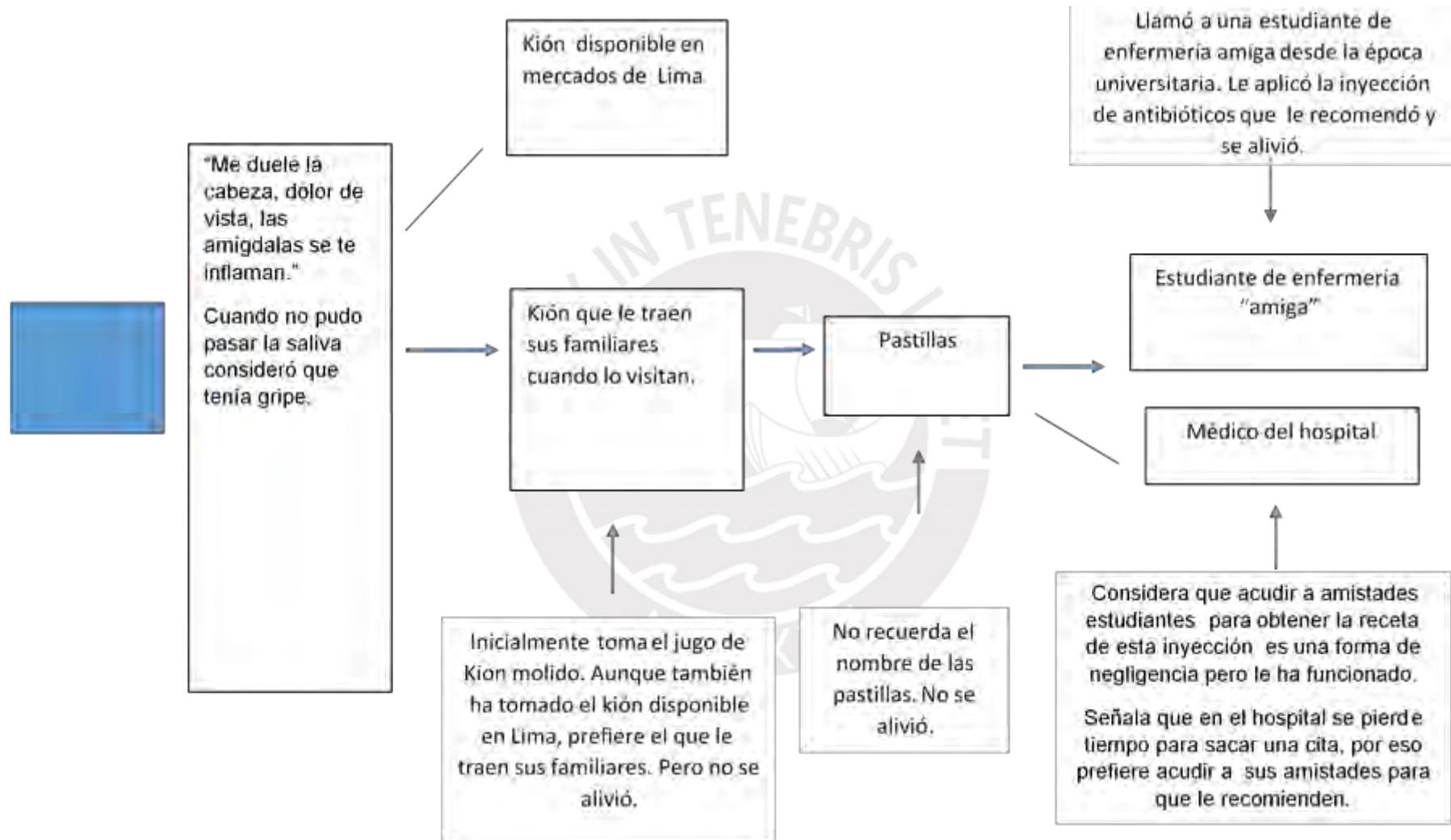
Seguidamente, se presenta el relato de Antonio sobre su itinerario seguido en su búsqueda por aliviarse de la gripe.

Cuando ya no pude tragar la saliva, me dolía la garganta, se me inflama, dije, “tengo gripe, tengo que hacer algo. El frío en Lima. (...) Cuando uno está a tal punto tienes síntomas: me duele la cabeza, dolor de vista, las amígdalas se te inflaman. Cuando estoy mal en general suelo tomar a veces kion, mayormente plantas y en ocasiones pastillas. (...) En principio me había tomado el kion. Mi familia viene a visitarme, y ellos me traen mi kion. Ellos saben. Ese prefiero, mira, el kion de mi zona, cada uno es para tal, para tal y para tal. Pero acá el kion que te venden es para el caldo. También he tomado cuando no tenía mi kion que me trae mi familia, cuando no tengo y se me acaba. No tengo casero, voy al mercado y compro. El kion me hace bien. El kion lo chanco y tomo el jugo puro. Algunos son traídos de mi zona cuando vienen mis familiares. No me pasaba. En ese caso, ya no, inyección...es el último... Entonces tomé pastillas que tenía, aquí puedo obtener, no recuerdo el nombre. Pero no me bajaba. Los médicos te recomiendan las ampollas como la última alternativa, no? Pero el médico no te puede prescribir con escucharte nada más, necesita que te hagas análisis. Tengo amistades que son enfermeras y como en las farmacias te ponen con prescripción médica, las mismas amistades te inyectan. Es una negligencia de una forma. (...) Le llamé por teléfono a mi amiga, ella es estudiante de enfermería y me recomendó. Yo le dije: “que es bueno para que me pase ahorita, que es bueno para la gripe.” Yo estuve en la residencia de San Marcos, y allí he conocido médicos, enfermeras, de tiempo cuando era estudiante. Son de Cuzco, Puno, Huancayo. Entonces siempre hay confianza, ¿no? Cuando no me bajaba, me dijeron: “usa un antibiótico que hay que ponerte.” (...) Ya me puse la inyección. No recuerdo el nombre. No es bueno prescribirse, pero hasta ahorita me ha funcionado ir con amistades, pero son personal de salud. Confío en los médicos de acá. Lo que tenemos en el hospital. (...) Tengo amigos que sacan cita y les demoran en el hospital. Se pierde tiempo.

(Antonio)

Examinando las narrativas de Antonio y en términos de la literatura revisada, su itinerario se desarrolló de la siguiente manera.

Gráfico 3. Itinerario de Antonio



Fuente: Elaboración propia

Como se muestra en el gráfico, Antonio relató que le dolió la cabeza y los ojos. Pero es cuando se le inflamó la garganta y no pudo pasar la saliva que aceptó que tenía gripe e inició su itinerario para aliviarse. Inicialmente recurrió a elementos de su repertorio terapéutico de autoatención. Tomó el jugo del kion que le trajeron sus familiares y aunque también señala haber utilizado en otras ocasiones el kion al que puede acceder en los mercados de Lima, este no se sitúa en su jerarquía de preferencias. La circunstancia que influye en el uso del kion de acceso en los mercados, es que solo recurrió a esta alternativa cuando no pudo procurarse el primero. No obstante, no se alivió. Su itinerario continuó recurriendo a pastillas que aunque no recuerda sus nombres, también constituyó una práctica de autoatención ya que Antonio decidió igual que en el caso del kion, cuándo y cómo tomarlas. En esa ocasión no se alivió por lo que su itinerario continuó. Posteriormente recurrió a una enfermera que es amiga suya, que conoció durante su época de estudiante hace varios años y con quien mantiene vínculos de amistad. Es interesante que para Antonio el contactar mediante vía telefónica a dicha amistad que es estudiante, significó incurrir en cierta negligencia por cuanto no ha asistido a lo que considera una consulta en un marco forma de atención, sino que ha preguntado por teléfono de “que es bueno para que le pase ahorita”. Pero es justamente ese nivel de amistad sostenido con dicha terapeuta con conocimientos de medicina occidental, lo que le dio la confianza para utilizar dichos recursos y posteriormente sentirse aliviado.

Aunque Antonio tiene niveles de confianza en los médicos como fuentes de salud, percibe dificultades de acceso a ellos, por lo que decide no recurrir. Por un lado, señala que los médicos requieren de exámenes de laboratorio. Esto puede implicar un costo además de tiempo de espera para obtener un diagnóstico y subsiguientemente una receta o esquema terapéutico. Otra circunstancia que influyó su decisión de acudir a su amiga enfermera fue considerar que el acceso al hospital está limitado por el tiempo que se tarda en conseguir una cita y atención médica. Frente a ello, es mucho más accesible el recurrir a una amistad que brindará según su experiencia, una alternativa más

rápida para aliviar el malestar.

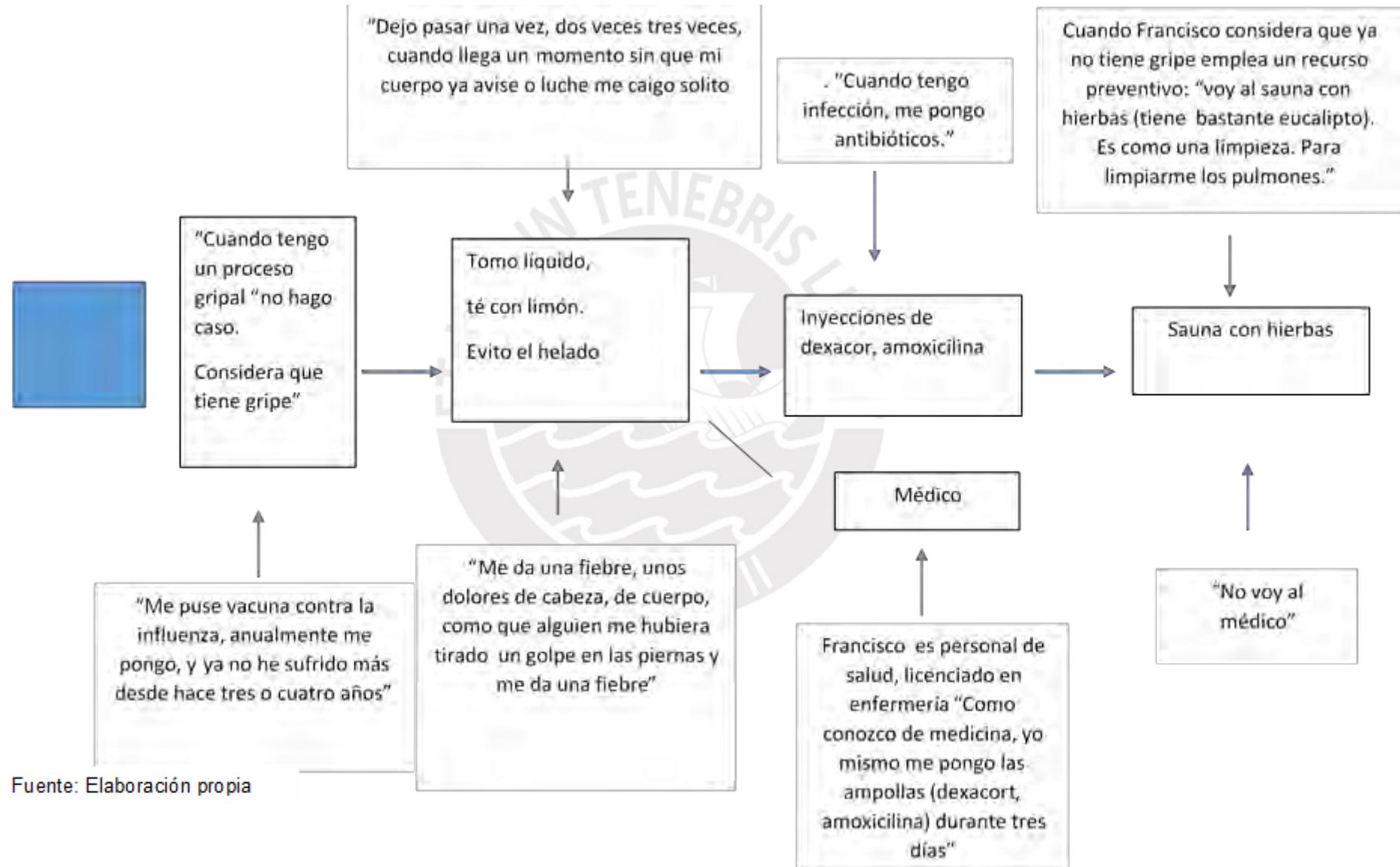
3.3.2.4 Itinerario de Francisco

A continuación, se presenta el relato de Francisco sobre su itinerario seguido en su búsqueda por aliviarse de la gripe.

Cuando tengo un proceso gripal no hago caso... siento estornudo, genera malestar de tu cuerpo, suda más, te sientes incomodo, con mucha sed. Cuando sucede así no le hago caso. Tomo líquido, té con limón. Evito el helado... Pero si eso dejo pasar una vez, dos veces tres veces, cuando llega un momento sin que mi cuerpo avise o luche, me caigo solito. Me da una fiebre, unos dolores de cabeza, de cuerpo, como que alguien me hubiera tirado un golpe en las piernas y me da una fiebre. A la cama. Eso no dura ni un día y medio. Entonces (...) te dices: 'eso te pasa por no cuidar tu cuerpo'. Entonces si desde un inicio yo hubiera tratado de prevenir más, tomar algo a mi cuenta, probablemente no haya alteración. (...) Cuando tengo infección, me pongo antibióticos. Como conozco de medicina, yo mismo me pongo las ampollas (Dexacort, amoxicilina)¹⁷ durante tres días tomando líquidos hasta que me recupero. Cuando estoy recuperado, voy a la sauna con hierbas, -tiene bastante eucalipto. Es como una limpieza. Para limpiarme los pulmones. (...) Me puse vacuna contra la influenza, anualmente me pongo, y ya no he sufrido más desde hace tres o cuatro años. (...) No voy al médico porque no he visto necesidad.

¹⁷ Dexacort ® Es un fármaco que vienen en diversas presentaciones: jarabes, ampollas, gotas, cremas, etc. Su principal componente es la dexametasona, que tiene propiedades antiinflamatorias, antiartríticas y antialérgicas. La Amoxicilina es un antibiótico para tratar infecciones causadas por bacterias. Más información: en <https://www.vademecum.es/>

Gráfico 4. Itinerario de Francisco



Fuente: Elaboración propia

Según la leyenda propuesta, el cuadrado representa a Francisco al inicio de su itinerario. Siguiendo el itinerario reconstruido en el gráfico en base a su relato, él consideró que tenía gripe cuando sintió estornudos, mucha sed, suda y se sintió incómodo. Francisco es licenciado en enfermería. Su relato es de una de las ocasiones que tuvo gripe. Es el único de los informantes que mencionó haber empleado recursos para prevención específicamente de la gripe, tales como la vacunación para la influenza, o acudir a la sauna. Estas acciones las ha realizado cuando no ha estado con gripe, es decir, para prevenir y evitar el malestar. Aunque señaló “no hacer caso”, su itinerario se inició cuando tuvo estornudos, sed excesiva y malestar en el cuerpo. Inició realizando procedimientos de autoatención, como tomar té con limón, así como evitar consumir helado. Posteriormente, lo que influye en su itinerario es que en tres ocasiones ya se ha sentido afectado, pero tomando líquidos y té con limón logró sobreponerse. Pero cuando sintió dolor de cabeza y fiebre, decidió aplicarse Dexacort y amoxicilina. Lo que influye en esta decisión es que él considera que si hay fiebre hay infección, y requiere antibióticos. Él mismo se aplica las ampollas por tres días. Aunque es una alternativa, no recurre al médico. Finalmente se sintió recuperado. Por prevención y para reforzar esta recuperación, acude al sauna.

Como se ha visto, todo el itinerario que Francisco realizó en Lima para el alivio de la gripe es con procedimientos de autoatención. Él confía en sus conocimientos de biomedicina por lo que decide qué tomar y se prescribe como considera es lo más indicado. Inicialmente el recurrió a elementos de medicina tradicional y luego a recursos de biomedicina o medicina occidental. No obstante, en los fragmentos siguientes de su relato y aparte de su itinerario en Lima, Francisco consigna que los mecanismos que él empleó para prevenir y en anteriores tratamientos en su niñez, si involucraron a especialistas y fuentes de salud. En un momento han sido sus padres, quienes en su comunidad le dieron el jugo del kion triturado para hacer gárgaras que actuaran sobre el malestar de las amígdalas; y *piri piri*, un tipo de plantas que su padre conoce preparado en infusión para fortalecer el organismo y de esta manera evitar los

malestares en general. Con respecto al kion, es importante considerar que según Francisco, los awajún a diferencia de los comerciantes en Lima, clasifican y diferencian distintas variedades de kion, que son útiles para una dolencia o malestar distinto. En Lima no puede saber esto ya que se desconoce la procedencia del kion, como ha sido cultivado, por lo que es “cualquier kion” es decir, sin poder ser clasificado según sus propiedades y características. Pese a esto, Francisco señaló haberlos utilizado en alguna ocasión. En otro momento, Francisco identifica en su relato a un maestro- un terapeuta con conocimientos especializados- a quien también se refirió en su itinerario para aliviarse del daño y que se analiza en posteriores acápite de esta tesis. Señala que este maestro le prescribió indicaciones para tomar el toe, ayahuasca, -plantas que él considera medicinales-, así como la realización de dietas. Si bien Francisco señala no haber recurrido a estas terapias para tratar específicamente la gripe, su consumo y utilización según la prescripción del maestro, le ha servido para mantener un equilibrio que él considera, asimismo, “preventivo”.

Algunas veces me he curado la gripe con kion, con gárgaras. Se aplasta y con el jugo se hace gárgaras. El virus se aloja en las amígdalas, entonces hay que hacer gárgaras. Mi madre y mi padre siempre me curaban así. A veces se tomaba *piri piri* en infusión ¹⁸ para fortalecer tu organismo, mi padre me daba. En Lima también he usado kion, cualquier kion. En awajún los kiones se clasifican en varias cosas. Cada cosa tiene sus para que sirve. Ahí sí podría yo ver qué tipo de kion era. Pero aquí en Lima no se sabe. Agarras un kion cualquiera (...) Mi padre me decía: hijo, cuando tu intentas hacer equilibrio mental, físico y espiritual, debes tomar ayahuasca y toe, hacer dietas. Entonces yo empecé a hacer eso a los 16 años. (...) He tomado muchas plantas medicinales y dietado. Me he vacunado de todo. (...) La planta medicinal espiritualmente te controla. (...) El maestro curandero de Ucayali que te prescribe y las plantas que tomas, y sigues sus indicaciones. (...) La gripe no he

¹⁸ Tourmon et al. (1998, p. 215) señalan que “Las plantas llamadas en español amazónico “piri piri” son hierbas que tanto nativos como ribereños “mestizos” de la Amazonia occidental (Perú, Ecuador) utilizan en medicina o en otros usos calificados de mágicos. Cada tipo tiene un uso determinado, y existen tantos tipos que el conjunto de ellos puede ser considerado como una panacea.” Al respecto, en el texto, los autores manifiestan que existen dos tipos de plantas denominadas genéricamente *piri piri*: unas serían silvestres y otras cultivadas. Además, la mayoría de estas plantas, pertenecen a la familia botánica *Cyperaceae* o a la familia *Iridaceae*.

tratado con plantas. Pero te ayuda a prevenir... Uno trata de siempre estar equilibrado. (Francisco)

En coincidencia con el marco teórico propuesto, las prescripciones y proscipciones dietéticas son muy importantes para la dimensión física de la persona humana awajún, así como para conservar las cualidades subjetivas relacionadas con la corporalidad de la persona. En este sentido, para Francisco es importante para mantener el equilibrio al que alude y evitar enfermarse. Otro aspecto es que en el contexto de pluralismo médico limeño, Francisco en su ruta por aliviarse ha recurrido a elementos de la biomedicina tales como las inyecciones mencionadas y autoadministradas por el mismo, pero también ha recurrido a terapéuticas de la medicina tradicional, como el consumo de kion. Es importante considerar que para dicho consumo no únicamente es importante el kion en si mismo sino también conocer y saber su procedencia lo que permite clasificarlo e identificarlo. El kion que procede de la comunidad para Francisco, tiene características especiales que no pueden ser emuladas en Lima, ya que su procedencia es desconocida por lo que es “cualquier kion”. Concordando con el marco teórico, su uso terapéutico involucra a la familia, a sus padres que se lo brindan. También, las plantas que él ha tomado bajo la prescripción y guía del maestro tienen cualidades que no pueden replicarse en Lima. Son espirituales, tienen atributos de humanidad y por ello se requiere mantener relaciones en una dimensión social de respeto y convivencia.

3.3.2.5 Itinerario de Alejandra

Seguidamente, se presenta el relato de Alejandra sobre su itinerario mantenido en su búsqueda por aliviarse de la gripe.

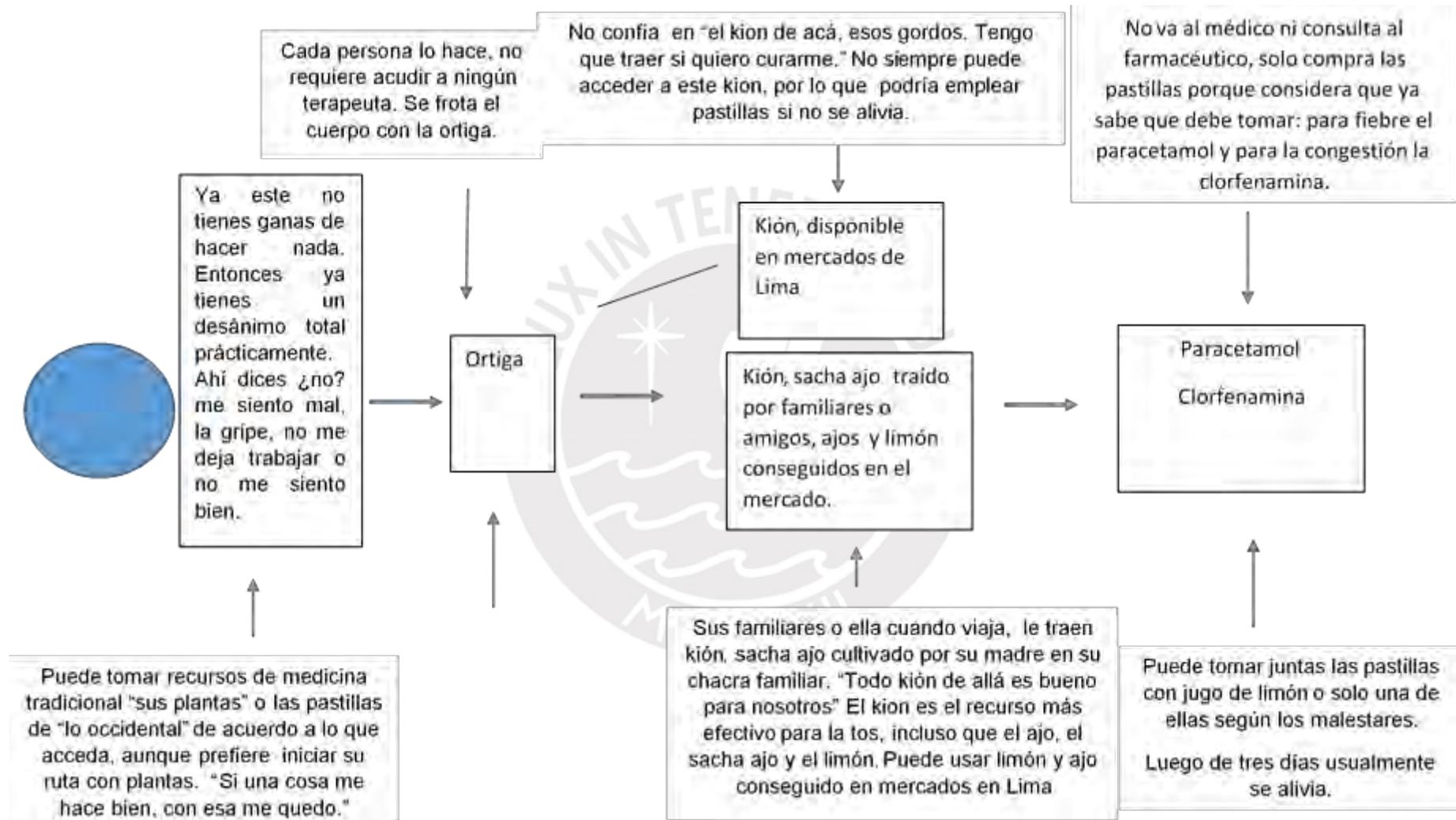
Bueno, cada vez que el invierno llega es la gripe. Ese, cada vez que me agarra el frío y me da congestión nasal ¿no?, este dolor de cuerpo, cabeza ¿no? tienes calentura, tienes escalofrío. Ya este no tienes ganas de hacer nada. Entonces ya tienes un desánimo total prácticamente. Ahí dices ¿no? me siento mal, la gripe, no me deja trabajar o no me siento bien. Estás con achis, achis. Ya empiezo a estornudar. Si de repente tienes un dolor de cuerpo, igual empiezan

a pasarse con ortiga (*Urtica dioica*) también el cuerpo ¿no?, porque a veces dirán, piensan que el frío entró en el cuerpo. Y con ortiga, tú te pasas con ortiga como también es remedio también y la ortiga te calienta entonces de pronto el frío, el aire que te ha entrado puede salir. Cada uno hace, no hay que ir a otra persona. Es de acuerdo al malestar. Y tomas el jugo de tu limón con ajo. Puede ser mezcla con kion y todo. Eso cada uno prepara de acuerdo a sus conocimientos. Si ha buscado diferentes métodos de tratamiento, pensando que es gripe. Tampoco no trato de utilizar remedios fuertes. Mayormente he utilizado más mis plantitas también. Mi madre, por ejemplo, es más de plantas ¿no?, pero también cuando a veces es demasiado a veces dependiendo la situación a veces también acude a la medicina. Yo uso primero mis plantas. Si tengo tos, con limón y ajo. O si no, puro ajo lo chanco y me lo paso O si no en trocitos también. Como pastillitas lo hacía. (...) El kion de acá no. Yo no uso. No tengo confianza con el kion de acá, esos gordos, entonces no lo uso. Pero sí mi kion a veces con limón y el sachá ajo (*Mansoa alliacea*) y también con el ajo (*Allium sativum*). A veces chanco el ajo y limón. A veces cuando no tengo pastilla, lo primero que mando yo ajo con limón y su poco de sal. No tengo confianza con el kion de acá. (...) Tengo que tener mi kion, me tengo que traer... Tengo así mis plantas, yo así culturalmente yo siempre tengo que andar con algo de mi zona siempre. Claro, sí por eso de repente no me llama la atención porque no tengo mi kion. Cuando voy al mercado me da cosas así. Yo tengo lo que me ha mandado mi madre, porque yo siempre a mi madre tengo que creer. No tampoco lo pido a cualquiera. Bueno, mi madre siempre me ha dicho no coger cosas así si no confías de alguien ¿no? Más confío de mi madre o de mi hermana a veces. Le digo "Oye, mándame ya". Ella coordina con mi madre y ya. Pero así, con esas plantitas cualquiera no lo pido tampoco. Tiene que ser alguien que conoces, alguien que confías. Si hay otros ancianos, por ejemplo, porque debo conocer, porque sé que este ha llegado a mi madre, a hermana. Entonces a ese entorno tengo que pedirle. No voy a cualquier entorno tampoco porque también hay de todo también personas. (...) Mantengo vivo los conocimientos de mi madre y mi padre. Haciendo eso es una forma de tener presente a mi madre y padre. A cualquiera no lo pido. Uso las plantas, el kion, es el que me ha enviado mi mamá o mi hermana. Si no tengo eso uso el ajo, ¿no?, que puedo encontrar acá. Como dije, trato de no usar tampoco remedios fuertes. Puedo tomar uno y otro de una u otra. Si una cosa me hace bien, con esa me quedo. Cuando de pronto estás ya entonces lagrimeo y la congestión ¿no? Estás con achis, achis y todo, entonces ya sé este la congestión me va a calmar con clorfenamina¹⁹. Y tengo fiebre entonces tomo

¹⁹ La Clorfenamina pertenece a una clase de medicamentos llamados antihistamínicos. Se usa para aliviar el enrojecimiento, la picazón y el lagrimeo de ojos; los estornudos; la irritación de nariz o garganta; y la secreción nasal ocasionados por las alergias y el resfriado común. La

Paracetamol ¿no? En la ciudad las pastillas, pues, occidental. Puedo tomar clorfenamina, paracetamol o limón. Y Si tengo tos, el ajo. Pero, para la tos si a veces cuando ya es demasiado fuerte y a veces necesitas pues este kion ¿no? Porque si fuera, si tuviera kion, tomaría kion en vez de ajos ¿no? para la tos. Pero como no hay. Como también el ajo es bueno también. Con lo que también pica. Arde. Ya hace que, si está afectado tu garganta de tanto toser, ese te ayuda a cicatrizar y te ayuda. Igual que el kion ¿no? El kion es cicatrizante, ya es curativo también. Tomo mi paracetamol y mi clorfenamina. Eso es mi antibiótico así, que yo siempre suelo usar, es mi remedio así. Con eso ya unos tres días ya. Ya me pasa. (...) Los compro en farmacia, como ya una vez ya me recomendaron, por eso es que siempre eso lo llevo ¿no? Desde que me recomendaron ya, ese mismo ya lo tengo ¿no? Porque eso ya me hizo bien y con eso nomas hasta la fecha. (...) El paracetamol, es más, más común que todo el mundo ya para gripe. En ESSALUD más todavía. Desde que me hizo bien esa clorfenamina, cada vez que me da esa congestión y lagrimeo, uso eso. Ya de por vida, ya. Ya no voy al médico. Ya no ya. Si quiero, si lo tomo clorfenamina con eso. Sí, algunas veces lo tomo limón. Eso sí, agua con limón, así como limonadita con..., así con agua tibia y limón y esa pastilla ¿no? O sea, yo puedo tomar clorfenamina, paracetamol y jugo de limón. Ajo es a veces cuando tengo tos, a veces me paso ¿no? Pero para la congestión tomo paracetamol y clorfenamina. Me recetaron una vez. Como ya me hizo bien, ya no tengo porque ir buscando tampoco ¿no? Me baja la gripe, la temperatura. Me baja la fiebre, congestión, lagrimeo, todo ¿no? Entonces ya, eso es mi receta de gripe fijo ya.

Gráfico 5. Itinerario de Alejandra



Fuente: Elaboración propia

Según la leyenda propuesta, en el gráfico anterior el círculo representa a Alejandra al inicio de su itinerario. De acuerdo a su relato, ella consideró que tenía gripe cuando sintió dolor de cabeza y cuerpo, congestión y desánimo entre otros. En este sentido, fue relevante para Alejandra el considerar la dificultad de trabajar para iniciar acciones en la ciudad de Lima en su búsqueda de alivio de la gripe. El itinerario seguido por Alejandra se construye con las alternativas a las que ella puede acceder en la ciudad de Lima, para aliviarse de la gripe. Es importante considerar que ella señala “Si una cosa me hace bien, con esa me quedo” Por ello, aunque prefiere iniciar su ruta de alivio de la gripe utilizando “sus plantas”. La ortiga se frota en el cuerpo para “quitar el frío” y esto se realiza por cada persona, no requiere ningún terapeuta específico, el kion y sachá ajo únicamente cultivado y traído desde su comunidad, ajos y limón que también puede conseguir en los mercados de Lima. Asimismo puede emplear elementos de la biomedicina o lo “occidental” tales como pastillas de paracetamol o clorfenamina si no tiene las plantas que ella considera efectivas para su alivio. Sus elecciones están condicionadas por los elementos a los que pueda acceder e implican significados distintos. Dichas plantas pueden ser traídas de su comunidad por su madre y hermana, -quienes las utilizan en sus tratamientos-, o también pueden proceder de su entorno cercano. Esta razón es tenida muy en cuenta por Alejandra, quien enfatiza que “...yo así culturalmente, tengo que andar con algo de mi zona siempre.” De este modo, el uso de estas plantas tiene improntas en la identidad y los vínculos con su comunidad y su familia. Al respecto, considerar que para Crandon-Malamud (1991) cuando la gente se refiere acerca de medicina, también está negociando una redefinición de sus propias identidades. En esta línea, la eficacia de “su kion” de Alejandra no tiene similitud con los kiones disponibles en Lima. Si bien puede usar algunas plantas que encuentra en el mercado de Lima, tales como el ajo y el limón, el kion y el sachá ajo para ser efectivos tienen que ser de la comunidad, sembrados y cultivados por su madre, que tienen conocimientos originarios, o de un entorno de personas con esos conocimientos especializados. El tipo de kion de la comunidad es insustituible por otro kion encontrado en mercados de Lima y Alejandra lo considera la planta más

efectiva para tratar la tos por su potencial cicatrizante. El ajo también posee estas características. El sachá ajo y el limón son otras plantas mencionadas que tienen potencial curativo, sobre todo si se toman combinadas o mezcladas con el kion y el ajo. La ortiga puede conseguirse en mercados de Lima. Por otro lado, el itinerario de Alejandra discurre desde el inicio hasta el final en la autoatención, ya que aunque emplee elementos de distintas tradiciones médicas, es ella la que toma las decisiones de cómo usarlas, cuando tomarlas y como para aliviarse de la gripe. Esto no obstante tiene matices. A lo largo de las varias posibilidades en su itinerario, para ella no ha sido necesaria la visita e intervención de ningún especialista en salud de ninguna tradición médica, pero sí ha sido relevante la intervención de su madre en la selección de las plantas, como el kion y sachá ajo a utilizarse. Ya se ha señalado de acuerdo al marco teórico, la importancia e intervención de la familia como primera línea de cuidado. Esto es importante para Alejandra pese a la distancia geográfica por la migración. Además, el itinerario se desenvuelve en la intermedicalidad de elementos utilizados por Alejandra. Neves et al. (2013, p. 568), quienes citan a Greene (1998) y Foller (2004), señalan que la intermedicalidad es un proceso que se trata de "... una 'zona de contacto' en que los saberes basados en la ciencia biomédica interactúan con otros saberes no médicos en la teoría y en la práctica, como es el caso de los saberes tradicionales de salud indígena". Es de esta manera que Alejandra corta los granos de ajo y se los toma en trozos "como pastillas", reapropiando como diría (Menéndez, 1990), las características de los medicamentos occidentales. Además mencionó que ciertos recursos terapéuticos, como la clorfenamina, el paracetamol y el limón puede tomarlos juntos sin consecuencias que considere negativas. Como se ha señalado, el kion es la más apreciada de todas las plantas que utiliza para tratarse y según su relato, no se toma combinado con pastillas o medicamentos de biomedicina.

En el caso de no poder acceder a las plantas que ella prefiere usar, Alejandra narra que emplea el paracetamol para la fiebre y la clorfenamina para la congestión. Estas pastillas se las recetaron en la farmacia con mucha anterioridad por lo que, para ella, ya no es necesario acudir a ningún profesional

de la salud, como un médico o farmacéutico. Ella misma las compra y decide cuándo tomarlas. Para Alejandra estas pastillas constituyen una opción secundaria respecto a las plantas, ellas la usa cuando no tiene acceso a las plantas o si las plantas no han aliviado su malestar. Pero como ha señalado, si con las plantas se alivió, ya no requiere pastillas. Si tuvo acceso a las pastillas que menciona, ya no requiere otro elemento terapéutico. No obstante, en sus narrativas ella señaló que las pastillas, procedentes del ámbito de “lo occidental” y que mantienen una distancia con lo que ella considera propio de su cultura, son más “fuertes” y trata de no utilizarlas.

3.3.2.6 Itinerario de Mariana

A continuación, se presenta el relato de Mariana sobre su itinerario seguido en su búsqueda por aliviarse de la gripe en la ciudad de Lima.

Siento malestar cuando tengo gripe. Normalmente dejo que me pase solo. Los tres días son horribles. Si me da fiebre, me tomo el paracetamol. El paracetamol lo conozco desde que era chiquita. De todos modos, en la comunidad (...) te daban paracetamol para la fiebre. (...) Yo también he tomado plantas cuando he estado allá. Me he tratado estando allá. Yo he tomado ayahuasca como prevención. ¡Estando allá! Acá en Lima, no, no hay donde. En Lima no hay manera de acceder a las plantas. Aquí hay recetas de plantas, desinflamantes. Eso que venden los yerberos. Kion, limón, ajo, encuentras en los mercados. ¡Pero no hay manera! No son efectivas para mí. (...) Yo no sé si esas plantas que tengan allá lo tengan aquí los yerberos, ¿no? Yo no me confío, ja, ja, ja, jamás confiaría, ¿no? Entonces, ¡no hay manera, yo confío cuando me sacan del árbol y de la planta y me la dan! En San Martín es así. Y unos preparados que no se los detalles, que hacen con las plantas. Normalmente cuando estoy por allá, en mi comunidad me hago unas limpiezas del cuerpo, con unas señoras que saben, ¿no? Porque hay especialistas que saben, ¿no? No todos sabemos. (...) Para la gripe, no he tenido que ir al médico, o al hospital. ¡Nooo! ¡Yo prefiero mil veces las plantas! Si estoy en mi comunidad, prefiero las plantas. Así tenga la farmacia, el médico. Si los *muum*²⁰ dicen

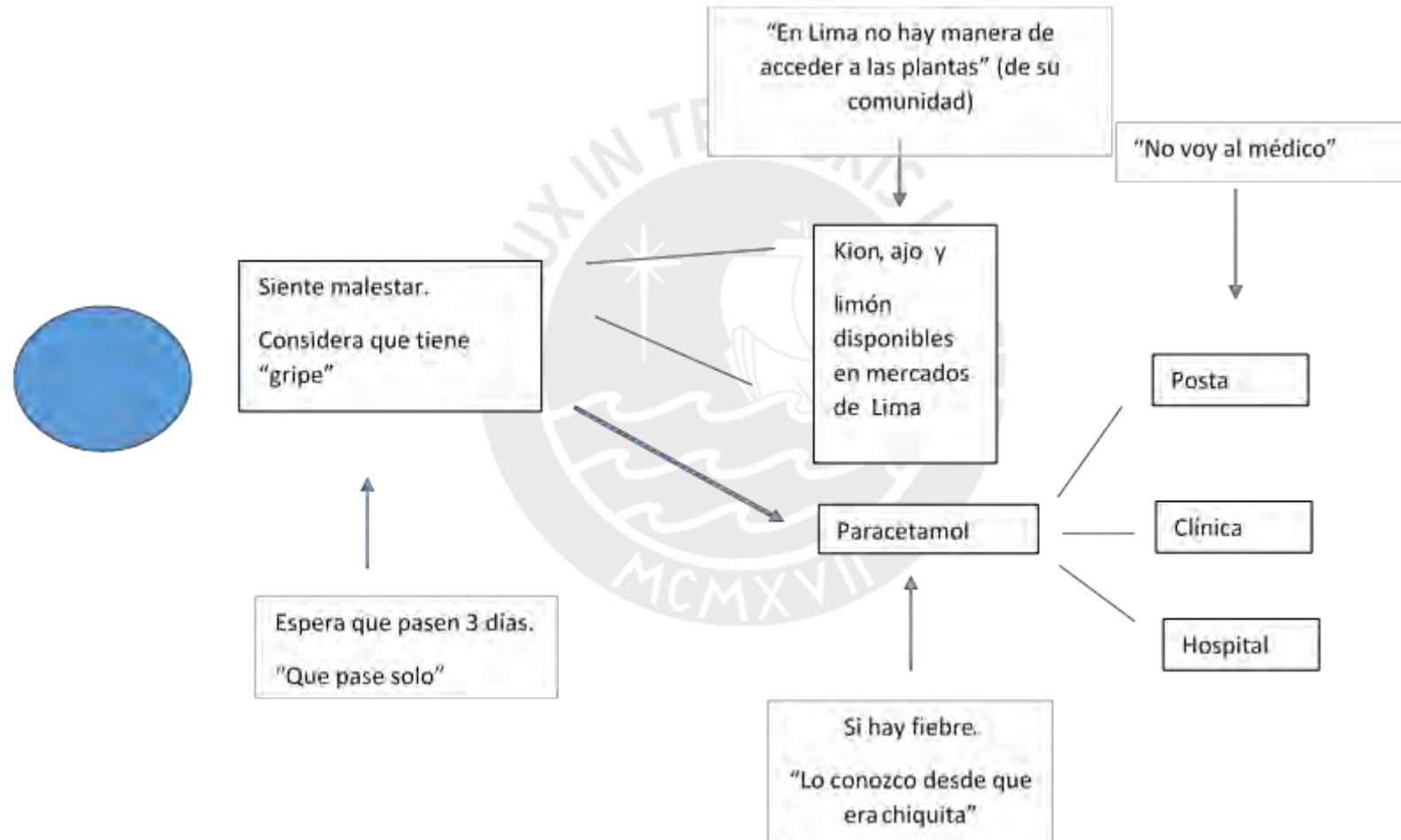
²⁰ Es interesante consignar la explicación de Mariana sobre los *muum*: “*Muum* es un sabio. También es un viejo, porque a los adultos también les llaman *muum*, pero, no todos los viejos son *muum*, porque no todos tienen la sabiduría. Si yo le llamo *muum* es porque califica. Es decir,

que se puede tratar con plantas. Si es algo que no se puede tratar con plantas entonces no. Por ejemplo, cálculos, o necesitas cirugía hay que ir al médico. Sino preferiblemente las plantas. Acá en Lima, si tuviera, mi primera elección serían las plantas. Totalmente.
(Mariana)



me transmite conocimiento. (...) Los *muum* son los sabios, ellos son los que saben de plantas te dicen si se puede tratar con plantas o si no te dicen que tienes que ir al médico.” Para más información ver Greene (2009).

Gráfico 6. Itinerario de Mariana



Fuente: Elaboración propia

De acuerdo a la leyenda, en el gráfico anterior el círculo representa a Mariana al inicio de su ruta de alivio en Lima. Según el marco teórico, su itinerario, al igual que otros que lo preceden, se desarrolla con acciones de autoatención, ya que de manera similar que los anteriores informantes, es ella quien decide que tomar, así como prescindir de un profesional de la salud. Mariana, al sentir y experimentar malestar e identificarlo con la gripe, señaló que prefiere usualmente dejar “que me pase solo” y esperar tres días. Pero si presenta fiebre en ese lapso podría emplear Paracetamol. A lo largo de su relato mencionó la “limpieza del cuerpo” con terapeutas especializadas, en las cuales confía, a modo de mecanismos de prevención y protección empleados previamente en sus visitas a su comunidad. No obstante, esta terapia ocurre fuera de Lima y no es parte de su itinerario en la ciudad, por lo que no se consignaron en el gráfico. Ella enfatiza que, en caso de tener el acceso, emplearía “sus plantas” (kion, limón, ajo) como primera elección. En contraparte, es reiterativa su desconfianza a las plantas que puede encontrar y acceder en los mercados en Lima, así como también es reiterativa su frustración debido a no poder acceder a las plantas y tratamientos que quisiera. Entonces, el único recurso que utiliza al encontrarse en Lima es tomar Paracetamol en caso de fiebre.

A la luz del marco teórico, esta forma de proceder tendría su correlato con procesos de resistencia ante la hegemonía de un modelo de atención en salud, y de aceptación y prevalencia del repertorio de su modelo awajún de medicina tradicional. Esto tiene como límite el logro de su propio bienestar. “Si estoy en mi comunidad, prefiero las plantas. Así tenga la farmacia, el médico. Si los *múun* dicen que se puede tratar con plantas. Si es algo que no se puede tratar con plantas entonces no.” En términos de lo señalado por Ramírez Hita (2010) y por Menéndez (1990), estas experiencias, serían coherentes con los procesos de hegemonía/subalternidad. Es su estadía en Lima, Mariana evita utilizar en lo posible recursos terapéuticos que no proceden de su comunidad, y hasta donde su bienestar lo permite, deja que el proceso gripal pase solo.

En Lima, aunque Mariana esté en un contexto médico pluralista, no puede

acceder a las terapéuticas de su marco cultural. Aunque identifica otras fuentes de salud, como los yerberos, no confía en ellos. No los conoce, no confía porque no son de su entorno familiar, comunal o cultural. Al evitar utilizar las plantas a las que podrían acceder en Lima, expresa su mayor confianza en sus conocimientos y recursos de la medicina tradicional, pero esto no evita que como último recurso tome paracetamol, que es un recurso de la biomedicina. En sus prioridades, es preferible utilizar un recurso de biomedicina, en el que no confía y evita usar, que utilizar plantas que no proceden de su comunidad, donde ella puede tener a seguridad de su procedencia. Pero el paracetamol es un recurso terapéutico usual y conocido para ella, si bien procede de la biomedicina, ella lo conoce desde niña y ha formado parte de sus terapias usuales en su comunidad. El paracetamol pese a ser procedente la biomedicina, ella lo percibe con relativa confianza y su administración se ha dado en el contexto de su comunidad y forma parte de su esquema de tratamientos, así como las plantas, en su proceso de intermedicalidad.

Retomando lo planteado por Casado i Aijón (2016) en el marco teórico, y continuando con la respuesta a la interrogante sobre cuáles son los itinerarios para aliviar y tratar la gripe, se puede tener las siguientes consideraciones.

- Sistemas o recursos médicos empleados.

Los informantes en sus itinerarios por aliviarse de la gripe (*sugkúg*), han tenido más posibilidades de acceder a diversos recursos de la medicina occidental o biomedicina, que a los recursos terapéuticos de sus zonas de origen que son en los que más confían para su alivio. Sus itinerarios, de acuerdo a la literatura revisada, se interrelacionan con el pluralismo médico y con procesos de intermedicalidad. De acuerdo al marco teórico presentado, con respecto al pluralismo médico, Mosquera (2002) y Gabe, Bury y Elston (2004), refieren la coexistencia de sistemas paralelos de salud o tradiciones médicas distintas que están en una sociedad, en donde las personas pueden decidir los recursos o elementos de dichas tradiciones y los terapeutas a los que acudirán. Para

Menéndez (1994, p.20) el pluralismo es “la capacidad que los grupos tienen (incluidos los subalternos) para utilizar indistintamente y en más de una forma, la posible solución o atención de sus padecimientos”. En este sentido, Lima es un entorno de salud pluralista en el que coexisten distintas tradiciones médicas o formas de curación disponibles simultáneamente en las mismas circunstancias. Pese a ello, en las narrativas de sus itinerarios los informantes identificaron únicamente elementos o recursos terapéuticos que procedían de la biomedicina o procedentes de su comunidad o que adquirieron en Lima; y no de otras tradiciones médicas que existen en Lima, tales como medicina oriental, homeopatía, etc.

Además, según el marco teórico sobre las narrativas de aflicción, para Anderson (2000) las narrativas enfatizan la agencia del sujeto en un relato personal y único. Menéndez (2009, p. 32) refiere que no hay “...intervención central, directa o intencional de curadores profesionales, aun cuando puedan ser la referencia de la actividad de autoatención” En concordancia con esto, las narrativas de los informantes muestran que tanto varones como mujeres iniciaron sus itinerarios desde las prácticas de autoatención, en donde cada uno de los informantes decidió que tomar, usar y cuando. La mayoría en todo el itinerario no acudió a especialistas. De acuerdo a las narrativas, esto se debería no únicamente a la desconfianza en los recursos y profesionales de la biomedicina, sino también por su costo económico y porque consideran que conocen que pastillas tomar o que terapias seguir. Si bien tanto como Ricardo y Antonio acudieron a especialistas al final de sus itinerarios, y también Ricardo y Alejandra consideran en niveles la intervención de familiares cercanos, los itinerarios sobre la gripe para todos han discurrido en por lo general en autoatención.

Ya se ha dicho que los awajún en Lima tuvieron muchas dificultades de acceso a las terapias que prefieren y en las que confían. Cuando pudieron, recurrieron a familiares y amistades para proveerse de las plantas de su comunidad, pero solo Alejandra tiene mayor contacto y posibilidad de que la

visiten y le traigan para acceder a ellas. Aunque Alejandra también puede usar algunas plantas (menos el kion y sacha ajo) que consiga en Lima, prefiere que todo sea de su comunidad. Mariana no pudo acceder a estos recursos de su comunidad y se niega a usar las plantas que encuentra en Lima. Antonio y Rodrigo pueden usar tanto las plantas que consiguen en Lima o las que proceden de su comunidad, aunque prefieren estas últimas. Francisco usó limón y te conseguidos en Lima, aunque puede usar también kion pero prefiere el que procede de su comunidad; y luego usó recursos biomédicos. Ricardo utilizó únicamente recursos biomédicos. Todos menos Rodrigo que se alivió usando las plantas, utilizaron recursos biomédicos en sus itinerarios y pudieron acceder a estos sin inconvenientes.

Sobre la intermedicalidad, para Neves et. al. (2013, p 568) en concordancia con Greene (1998) señalan que se trata de zonas de contacto entre saberes de distintas tradiciones médicas de distintos marcos culturales. Es un espacio de interacción o puntos de contacto. En este sentido, la intermedicalidad está presente por parte de los informantes varones y mujeres que recurren tanto a recursos de biomedicina como las pastillas e inyecciones, como al consumo de sus plantas. Esta interacción ha sido tanto sucesiva, cuando han empleado plantas y luego continuaron su ruta alternando medicamentos; y también ha sido paralela cuando ciertos recursos terapéuticos, como la clorfenamina, el paracetamol, el limón y el ajo los han tomado juntos sin consecuencias que consideren negativas. El kion procedente de sus comunidades es la más apreciada de todas las plantas que utiliza para tratarse y según las narrativas de todos los informantes, no la han tomado combinada con pastillas o recursos terapéuticos biomédicos. De esta manera, los recursos empleados con respecto a las tradiciones médicas fueron los siguientes:

- Ricardo únicamente usó los recursos biomédicos. Pudo acceder a kion y limón disponibles en Lima, pero no confía en ellos y no los usó. Quisiera usar plantas de su comunidad, pero como no puede acceder a ellas ya que no tiene quien se las traiga, usó recursos biomédicos que conoce. Inició con autoatención y luego acude a especialistas en biomedicina.

- Rodrigo usó el kion y el ajo que le traen sus familiares o amistades, pero cuando no las tiene también usa los que encuentra en mercados en Lima, aunque prefiere lo que le traen sus familiares. Inició y concluyó con autoatención. También usaría recursos de biomedicina si no se alivia.
- Antonio usó el kion que le trajeron sus familiares, también anteriormente ha usado el kion que encuentra en Lima, pero prefiere el de su comunidad que traen sus familiares. También usó recursos biomédicos, inició con autoatención y al final acude a una especialista.
- Francisco usó limón y te que consiguió en Lima, pero luego usó recursos biomédicos que conoce. Anteriormente usó tanto kiones de la comunidad y como conseguidos en Lima, pero prefiere los de su comunidad porque sabe su procedencia. Él es especialista. Inició y concluyó con autoatención.
- Alejandra usó las plantas de su comunidad que le traen sus familiares. Si bien puede usar algunas plantas que encuentra en Lima, tales como la ortiga, el ajo y el limón; el kion y el sachá ajo tienen que ser únicamente de la comunidad. También usó recursos biomédicos como pastillas que conoce. Inició y concluyó con autoatención.
- Mariana quisiera usar únicamente plantas de su comunidad, pero como no puede acceder a ellas ya que no tiene quien se las traiga, usó recursos biomédicos que conoce. Inició y concluyó con autoatención.
- Especialistas terapéuticos

Como se ha señalado la mayoría de los informantes (Mariana, Alejandra, Francisco, Rodrigo) no han recurrido a especialistas médicos. En el caso de Francisco, el mismo es un especialista ya que es enfermero. Pero Antonio recurrió a una amiga estudiante de enfermería y Ricardo recurrió infructuosamente a tres farmacéuticos, a su padre capacitado en enfermería y posteriormente a un médico amigo suyo. En las dos situaciones que lo aliviaron, -porque en su relato señala que tuvo una recaída-, la experiencia de Ricardo con especialistas fue mediada por la confianza o vínculo familiar que tenía con dichos

especialistas.

- Motivaciones a seguir o causas para decidir usar uno u otro recurso o cambiarlo

En sus itinerarios médicos para aliviarse de la gripe, los informantes tuvieron preferencias relacionadas a la utilización de las plantas procedentes de sus comunidades y proporcionadas por sus familiares o entorno cercano. No obstante, en Lima tuvieron dificultades de acceso ya que no todos tienen familiares o amistades que puedan traérselas desde su comunidad. Ellos prefieren utilizar estas plantas debido a la capacidad curativa y la confianza percibida para aliviar la gripe con respecto a las plantas que puedan encontrar en Lima, pero no es únicamente una motivación por la capacidad curativa de las plantas, sino que también se identifica la motivación de valorar con su uso su identidad como personas awajún y los vínculos con sus comunidades. De acuerdo a Viveros de Castro (2004, p. 39) la apariencia y la constitución del cuerpo en su dimensión física es muy importante para la población awajun, ya que se asocia a la importancia vital de lo que se ingiere, tanto alimentos como medicinas. Tanto Viveiros de Castro (2004) como Brown (1984) consideran la importancia del consumo de alimentos y lo que se ingiere. Comer comidas o ingerir productos procedentes de la comunidad los hace próximos a ella en la dimensión física o (*iyásh*). Es decir, de acuerdo al marco teórico, las características del cuerpo se mantienen de acuerdo a lo que se ingiere. Por ello se prefiere ingerir cosas de la comunidad. La salud es conservar características y capacidades de humano, como la participación social. A la luz del marco teórico, lo que se ingiere se relaciona con modificaciones del cuerpo y subsecuentemente, de la identidad. Esto es importante para los informantes awajún, que cuentan con educación formal, posicionamiento laboral, viven en Lima y además están en un entorno médico plural; y prefieren los recursos terapéuticos de sus comunidades. Los recursos y terapias biomédicas son por lo general los últimos recursos que quisieran utilizar, aunque finalmente los usan porque pueden acceder a ellos con mayor facilidad.

- Percepción y formas de representación de la enfermedad

De acuerdo con el marco teórico, se remarca la importancia del marco cultural para las narrativas de aflicción de los informantes. Good (2003) señala que la experiencia es cultural y que son los valores culturales los que dan forma a la experiencia corporal y sensorial de la aflicción y el sufrimiento. Para el autor, la aproximación fenomenológica de la enfermedad y la salud comprende la dimensión de la experiencia que conduce a la dimensión narrativa. Las personas se remiten a lo recordado, a las sensaciones, significados y construyen su propia vivencia de su situación. Para los informantes awajún, estar enfermos de gripe y sentir malestar, tiene que ver con la soledad de estar en Lima y las posibles interferencias con sus actividades laborales. Según el trabajo de campo, los informantes hombres y mujeres señalaron enfáticamente que no se enferman mucho o no se enferman en Lima. Las narrativas transmiten el temor de los informantes a enfermarse, pero también transmiten el evitar considerarse enfermos y de esta manera no afectar sus trabajos. La enfermedad, la gripe en ese caso se experimenta por lo general en soledad y sin redes de contacto para cuidados y apoyo. Esto deja improntas en el curso de los itinerarios. Para Casado i Aijón (2016), los itinerarios se configuran por las decisiones -conscientes o no y que conducen a una práctica teniendo en cuenta que “el no hacer” es también hacer”. Por ejemplo, la decisión de Mariana de dejar que “pase solo”, aplazar el tratamiento hasta que las molestias sean mayores.

Por otro lado, Descola (2005, p. 355) se refiere a que habría un temor entre los awajún, sobre la alteración del cuerpo, que no actúa ni se ve como humano. Su acceso al mundo es su propio cuerpo, y el cuerpo debe mantener características humanas. El esperar que la gripe pase sola es evitar considerarse enfermo, pero también es para Mariana una consecuencia de no poder acceder a los recursos terapéuticos que la vinculan con su identidad y comunidad awajún. Como se ha señalado, el utilizar e ingerir plantas procedentes de la comunidad refuerzan los vínculos con ella, e incluso los informantes que utilizan plantas

obtenidas en Lima para aliviarse, prefieren usar las plantas que han sido cultivadas en sus comunidades.

- Percepción del éxito o fracaso de la terapia seguida o recurso empleado

Concordando con Brown (1984), la causalidad de la enfermedad para los informantes es lo que determina el tratamiento y las terapias a seguir. El autor propone tres acciones que se realizan consecutivamente, con respecto a la gripe serían las siguientes:

- Con respecto al diagnóstico, todos los informantes admitieron que lo que los aquejaba era la gripe.
- Sobre la etiología o causa de la enfermedad mencionaron: el invierno, tomar agua o bebidas heladas o frías, el frío de Lima.
- Acerca de la evaluación del tratamiento, constantemente los informantes en sus narrativas de itinerarios han evaluado para tomar decisiones sobre que tratamiento emplear a continuación. Antonio, Ricardo, Rodrigo y Alejandra experimentaron el malestar en soledad. Mariana y Francisco viven con sus familias aunque como los demás informantes, sin contar con redes sustantivas de otros awajún que brinden soporte en la ciudad en Lima. Ricardo recurrió a las prescripciones de su padre que está en su comunidad y Alejandra usó las plantas que su madre cultiva y le envía.

Los informantes, como se ha señalado, prefieren las plantas que proceden de su comunidad. Al no acceder a ellas en algunos casos usaron las que adquirieron en los mercados de Lima, pero no le atribuyen las mismas capacidades curativas que a las plantas de su comunidad. Para Francisco, por ejemplo, no se puede comparar el kion de la comunidad con los kiones de Lima, de los que no se sabe su procedencia. Para Alejandra, el kion y el sachá ajo deben proceder de la comunidad, sino no se les puede usar para aliviar el malestar. Para tratar la gripe los informantes mencionaron que pueden utilizar plantas que proceden de su comunidad y con menor eficiencia y confianza, plantas encontradas en Lima. Las terapias y recursos de biomedicina son los últimos recursos que quisieran usar. Aunque en ciertos relatos algunos

informantes han mencionado que tienen la capacidad de aliviar con mayor rapidez la gripe y los malestares que ocasiona; su administración, para poder aliviarlos, tiene que ser realizada por especialistas en los que ellos confían, como familiares y amistades. Considerar el caso de Ricardo que recurrió a tres farmacéuticos que no eran amigos ni familiares suyos, no se alivió con sus prescripciones y se sintió frustrado. O en prácticas de autoatención, utilizaron pastillas que son conocidas y previamente utilizadas por ellos con las que ya están familiarizados incluso desde sus comunidades, tales como el paracetamol, y la clorfenamina, por ejemplo.

Todos los informantes al final de sus respectivos itinerarios, consiguieron aliviarse de la gripe.

- Ricardo solo usó recursos biomédicos y cambió varias veces de especialista y de recurso debido a que no se aliviaba. Las pastillas que utilizó como parte de su autoatención, no le aliviaron. Lo que le prescribieron los tres farmacéuticos tampoco y le produjo frustración. El mayor alivio lo sintió con las pastillas recetadas por su padre y posteriormente, con las pastillas que le recetó un médico amigo.
- Antonio sintió que no se alivió con las plantas que utilizó, aunque eran de su comunidad. Luego continuó su ruta con recursos biomédicos. Las pastillas que tomó inicialmente tampoco lo aliviaron por lo que buscó a una especialista en biomedicina, una estudiante de enfermería quien le prescribió inyecciones, las que finalmente lo aliviaron.
- Francisco no pudo acceder a las plantas de su comunidad. Desconfía de las plantas que encuentra en Lima. Como él es especialista, sus recursos empleados son biomédicos, por lo que se aplicó inyecciones de dexacort y amoxicilina que finalmente lo aliviaron.
- Rodrigo se alivió con las plantas que utilizó. Opcionalmente usaría las pastillas.
- Mariana solo usó recursos biomédicos. Eventualmente usaría recursos biomédicos y tomaría paracetamol.

- Alejandra inició con un tratamiento con ortigas. No se alivió y procedió a tratarse con kion, sachá ajo, ajo y limón. Como no se alivió, tomó pastillas de paracetamol y la clorfenamina.
- Personas implicadas en el itinerario

De acuerdo al trabajo de campo, las decisiones que los awajún con quienes se conversó toman sobre la salud no suelen ser asuntos únicamente personales, sino que se construyen con el diálogo y con niveles de intervención familiar e involucran a personas de la familia o del entorno de confianza. Aunque los itinerarios se iniciaron con prácticas de autoatención, para Alejandra fueron importantes las plantas cultivadas por su madre; Ricardo siguió las prescripciones de su padre, de farmacéuticos y de su amigo médico. En el caso de Antonio acudió a una amiga enfermera, y Rodrigo consideró la sugerencia de sus amistades y colegas del trabajo de acudir a un médico si no se aliviaba. Únicamente Francisco y Mariana no involucraron a personas de su entorno.

- Acontecimientos con niveles de influencia en el itinerario

Por lo general, lo que influye para continuar con el itinerario de salud es el lograr alivio a su malestar con el recurso al que se accedió y empleó. No obstante, hay circunstancias que son significativas para cada uno.

- En el caso de Francisco, el ser personal de salud y tener conocimientos en biomedicina.
- Para Mariana ha sido el no poder acceder a las plantas de su comunidad en las cuales confía para aliviarse.
- En el caso de Ricardo ha sido contar con las prescripciones de su padre que es especialista en salud y cuenta con capacitaciones en enfermería, además de contar con la amistad que mantiene con un médico en Lima.
- Para Antonio ha sido la amistad que tiene con una estudiante de enfermería en Lima, quien le prescribió y aplicó una inyección.
- Para Alejandra ha sido el contar con familiares que le traen kion, sachá ajo cultivados por su madre en su chacra familiar, para poder aliviar la

gripe.

- Para Rodrigo ha sido contar con amistades que le pueden traer kion y ajo sembrado en su comunidad e incluso le sugieren ir al médico en Lima si no se alivia.

3.3.3 Significados que emergen de los itinerarios para aliviar la gripe y los recursos terapéuticos utilizados.

Este acápite se desarrolla en respuesta a la interrogante sobre cuáles son los significados asociados a recurrir y/o utilizar alternativas en salud y los significados de haber seguido un itinerario terapéutico para el tratamiento y alivio de la gripe.

3.3.3.1 Significados de los recursos terapéuticos utilizados para aliviar la gripe

De acuerdo al trabajo de campo, los informantes identifican los recursos terapéuticos utilizados en sus itinerarios para aliviar la gripe como procedentes de la comunidad (que los informantes denominan “mis plantas”); como recursos terapéuticos procedentes de los mercados en Lima; o como recursos terapéuticos procedentes de la biomedicina (que los informantes a veces llaman únicamente “medicinas”). Para Good (2003) los significados asociados a la aflicción, moldean el relato y la estructura narrativa de dichas experiencias. De esta manera, las personas se remiten a lo recordado, a las sensaciones, significados y construyen su propia vivencia de su situación. Pero también, señala que los valores culturales modelan los significados y las construcciones simbólicas acerca de la aflicción y el sufrimiento. Acorde con el marco teórico propuesto, a través de las narrativas es posible acercarse a la experiencia corporal y sensorial de la aflicción vivida por la persona. En este sentido, los significados de los recursos terapéuticos utilizados se reconstruyen a través de las narrativas y se presentan a continuación.

- a) Sobre los recursos terapéuticos procedentes de la comunidad

Los recursos terapéuticos procedentes de las comunidades de origen que los informantes mencionaron en las narrativas de sus itinerarios, son las plantas (y sus aplicaciones terapéuticas), que la madre, el padre o alguna persona del entorno cercano al informante ha sembrado, cosechado y posteriormente ha hecho llegar a las manos de quienes pueden acceder a ellas en Lima. Se valora profundamente la procedencia de las plantas.

Para la gripe, no he tenido que ir al médico, o al hospital. ¡Nooo! ¡Yo prefiero mil veces las plantas! Si estoy en mi comunidad, prefiero las plantas. Así tenga la farmacia, el médico. (...) Acá en Lima, si tuviera, mi primera elección serían las plantas. Totalmente. (Mariana)

Porque todo kion de allá es bueno para nosotros. (Alejandra)

También clave considerar la valoración de los informantes acerca del mecanismo que hace posible este acceso: son familiares o amistades quienes las llevan y entregan o la propia persona quien directamente las toma. Good (2003), como Brown (1984), y Crandom–Malamud (1991), consideran clave la impronta de la familia y las personas cercanas a la persona en el desarrollo del proceso de salud y enfermedad. Concordando con los autores, el uso terapéutico de las plantas involucra a la familia, a sus padres y entorno cercano que las brindan. Narrativamente, es importante considerar que los informantes se refieren a estos recursos como “mis plantas”. Ello presenta un significado de relación profunda de los informantes con ellas. Para los informantes, tener y poder utilizar dichas plantas es acceder simbólicamente a un aspecto de la comunidad y de su familia.

Yo tengo lo que me ha mandado mi madre, porque yo siempre a mi madre tengo que creer. No tampoco lo pido a cualquiera. Bueno, mi madre siempre me ha dicho no coger cosas así si no confías de alguien ¿no? Más confío de mi madre o de mi hermana a veces. (...) Pero así, con esas plantitas cualquiera no lo pido tampoco. Tiene que ser alguien que conoces, alguien que confías. Si hay otros ancianos, por ejemplo, porque debo conocer, porque sé que este ha llegado a mi madre, a hermana. Entonces a ese entorno tengo que pedirle. (...) Mantengo vivo

los conocimientos de mi madre y mi padre. Haciendo eso es una forma de tener presente a mi madre y padre. A cualquiera no lo pido. Uso las plantas, el kion, es el que me ha enviado mi mamá o mi hermana. (Alejandra)

Garra (2012, p. 9) incide en la vinculación de las personas humanas con otros seres con los que comparten atributos de humanidad. El autor señala que, para los awajún, las plantas tienen atributos de humanidad ya que tienen alma (*wakan*). Además, para Flores (2019), en la sociedad awajún existe una suerte de especialistas con la facultad de aliviar malestares: las subjetividades de las plantas serían “doctorcitos” y cuidan las dimensiones físicas y espirituales del cuerpo awajún. En este sentido, las narrativas también transmiten el significado de singularidad de las plantas de la comunidad. Por ejemplo, cada kion tiene su propia eficacia terapéutica asignada de acuerdo a lo que siente y percibe el familiar o la persona que lo sembró. Esto es único y establece un vínculo de saberes, de afectividad y relación con quien lo sembró y quien lo recibe y usa. Para los informantes es más valorado el kion si se conoce y sabe su procedencia, lo que permite clasificarlo e identificarlo.

Limón, sachá ajo y ortiga para el mal aire. Hay variedades de kiones. El kion no es el mismo. No solo es la forma, mi madre sabe, un kion es para gripe, otro para diarreas, otro para enema para él bebe, este para el daño, otro para lavado personalmente (Alejandra)

Yo masticaba kion, hacía gárgaras. Mi madre ha sembrado para diverso tipo de cosas que ella sabe. (Francisco)

Porque hay especialistas que saben, ¿no? No todos sabemos. (Mariana)

El kion que procede de la comunidad, tiene características especiales que no pueden ser emuladas en Lima, ya que su procedencia es desconocida y se trata de “cualquier kion” (Francisco). En esta línea, la eficacia de “su kion” no tiene símil con los kiones disponibles en los mercados de Lima. El tipo de kion de la comunidad es insustituible por otro kion encontrado en mercados de Lima. Por ejemplo, Alejandra lo considera la planta más efectiva para tratar la

tos por su potencial cicatrizante. El ajo también posee estas características. El sachá ajo y el limón son otras plantas mencionadas que tienen potencial curativo, sobre todo si se toman combinadas o mezcladas con el kion y el ajo. Los informantes narran que no es su preferencia, pero pueden usar algunas plantas que encuentran en el mercado de Lima, tales como el ajo y el limón que se ingieren y la ortiga que se frota para “quitar el frío”, pero el kion y el sachá ajo para ser efectivos tienen que ser traídos de la comunidad, sembrados y cultivados por familiares que tienen conocimientos originarios, o de un entorno de personas con esos conocimientos especializados.

Tomo kion con ajo. El kion, el ajo que se encuentra en el mercado. Aquí en Lima. Pero mejor prefiero el kion que mis amistades me traen cuando me pueden traer de la comunidad. O cuando he visitado también he traído. Ambos pueden curar, pero de mi comunidad siento que es mejor para mí, puede curarme mejor. (Rodrigo)

Mi familia viene a visitarme, y ellos me traen mi kion. Ellos saben. Ese prefiero, mira, el kion de mi zona, cada uno es para tal, para tal y para tal. Pero acá el kion que te venden es para el caldo. (Antonio)

Los significados y valoraciones acerca de la procedencia, el mecanismo que posibilita el acceso y la singularidad de las plantas de la comunidad para quien las siembra, las hace llegar y quien las usa, inciden para que los informantes manifiesten a través de sus narrativas, que experimentan mayor confianza en la capacidad curativa de las plantas: kion (*Zingiber officinale*), sachá ajo (*Mansoa alliacea*), limón (*Citrus aurantifolia*), ajo (*Allium sativum*), ortiga (*Urtica dioica*) sembradas en su comunidad, y menor confianza en la capacidad curativa de las plantas que puedan adquirir en los mercados de Lima.

b) Sobre los recursos terapéuticos procedentes de los mercados de Lima

Los recursos terapéuticos procedentes de los mercados de Lima son las plantas (kion (*Zingiber officinale*), limón (*Citrus aurantifolia*), ajo (*Allium sativum*), ortiga (*Urtica dioica*)) que los informantes menos Mariana y Ricardo, mencionaron que compraron en los mercados en la ciudad de Lima y las usaron

para aliviar y tratar el malestar de la gripe, al no tener las plantas de su comunidad que serían su primera elección. Para los informantes la capacidad terapéutica de los kiones, los ajos, y en general de las plantas mencionadas que pueden ser compradas en mercados en Lima, varía en un rango de escasa a ninguna comparativamente con las plantas traídas de la comunidad, y que han sido sembradas, cultivadas, cosechadas allí y con una finalidad específica conocida por quien las sembró o la persona especialista que tiene este conocimiento especializado. Como se ha señalado, las narrativas transmiten que no todos tienen este conocimiento. Por ejemplo, Alejandra solo utiliza terapéuticamente el kion y sacha ajo de su comunidad, no de los mercados; y Mariana y Ricardo no reconocen ninguna capacidad curativa de las plantas que se acceden en Lima y no las usan terapéuticamente. Por lo general los informantes menos Mariana y Ricardo, han manifestado que de manera contingente han usado las plantas que compraron en los mercados de Lima cuando no tenían las plantas de su comunidad, no obstante con amplias reservas y sin reconocerles significativa capacidad de aliviarlos.

Acá en Lima, no, no hay donde. En Lima no hay manera de acceder a las plantas. Aquí hay recetas de plantas, desinflamantes. Eso que venden los yerberos. Kion, limón, ajo, encuentras en los mercados. ¡Pero no hay manera! No son efectivas para mí. (...) Yo no sé si esas plantas que tengan allá lo tengan aquí los yerberos, ¿no? Yo no me confío, ja, ja, ja, jamás confiaría, ¿no? Entonces, ¡no hay manera, yo confío cuando me sacan del árbol y de la planta y me la dan! (Mariana)

Kion (*Zingiber officinale*), limón (*Citrus aurantifolia*) aquí en mercados no uso. No confío. Está en el mercado, no tomo. (Ricardo)

Un aspecto percibido y valorado negativamente por los informantes es que las plantas que se consiguen en los mercados en Lima no se pueden clasificar. En las narrativas, se transmite que los familiares o especialistas awajún que cultivan las plantas en la comunidad poseen saberes y conocimientos para clasificar y diferenciar distintas variedades y organizarlas según sus propiedades terapéuticas para una dolencia o malestar distinto; a diferencia de los comerciantes en Lima. Por ejemplo, en el caso del kion en Lima

no puede saber esto ya que se desconoce la procedencia del kion, como ha sido cultivado, por lo que es “cualquier kion” (Francisco) y no puede ser organizado según sus propiedades y características.

En Lima también he usado kion, cualquier kion. En awajún los kiones se clasifican en varias cosas. Cada cosa tiene sus para que sirve. Ahí sí podría yo ver qué tipo de kion era. Pero aquí en Lima no se sabe. Agarras un kion cualquiera (Francisco)

...tomo mi kion que mi madre me manda del que ha sembrado, de su chacra. (...) Mantengo vivo los conocimientos de mi madre y mi padre. Haciendo eso es una forma de tener presente a mi madre y padre. A cualquiera no lo pido. O a las ancianas. A ese entorno de mi madre. O de mi padre. (Alejandra).

Es importante señalar que también hay un ulterior significado estético negativo asociado a las plantas que se encuentran en Lima. Por ejemplo, sobre los kiones que no son de la comunidad y no se sabe su procedencia, no se puede saber para qué son, no se les puede clasificar por lo que se desconfía de su capacidad terapéutica para aliviar la gripe y los malestares. Para Alejandra, además, se sienten “gordos” y no los utiliza para su tratamiento.

El kion de acá no. Yo no uso. No tengo confianza con el kion de acá, esos gordos, entonces no lo uso. (...) Tengo que tener mi kion, me tengo que traer... Tengo así mis plantas, yo así culturalmente yo siempre tengo que andar con algo de mi zona siempre. (Alejandra)

Los significados y valoraciones negativas acerca de la dificultad de clasificar las plantas, de no conocer su procedencia ni propiedades, de apreciarse sensorialmente de forma no grata, propician experiencias en la que los informantes awajún desconfían de la capacidad curativa de dichas plantas, aunque las usen porque pueden acceder a ellas.

Tomo kion con ajo. El kion, el ajo que se encuentra en el mercado. Aquí en Lima. Pero mejor prefiero el kion que mis amistades me traen cuando me pueden traer de la comunidad. (Rodrigo)

c) Sobre los recursos terapéuticos procedentes de la biomedicina

Los recursos terapéuticos procedentes de la biomedicina o la medicina occidental que se identifican en las narrativas de los informantes awajún son diversos: pastillas de paracetamol/panadol, pastillas de clorfenamina, inyecciones/ampollas de dexacort, ampicilina, vacunas para la influenza. Estos recursos terapéuticos en ocasiones son llamados “medicinas” y constituyen por lo general la última opción preferida para usarse en los itinerarios. Es decir, los informantes con quienes se conversó, de acuerdo a sus relatos prefieren usar primero las plantas de su comunidad. Al no acceder a dichas plantas, algunos informantes usaron plantas que compraron en los mercados en Lima y si no se aliviaron usaron posteriormente medicinas. “Cuando estoy mal en general suelo tomar a veces kion, mayormente plantas y en ocasiones pastillas.” (Antonio). Pero Mariana y Ricardo no tenían las plantas de la comunidad y desconfiaron tanto de la capacidad de aliviar de las plantas que se pueden adquirir en los mercados que directamente decidieron usar medicinas. Frente a esto, las narrativas transmiten significados ambivalentes de estos recursos terapéuticos. Por un lado, los informantes los consideran más rápidos y más potentes terapéuticamente que las plantas. Pero por otro lado se les considera “remedios fuertes” y se prefiere usarlos como último recurso.

Tampoco no trato de utilizar remedios fuertes. Mayormente he utilizado más mis plantitas también. (Alejandra)

Si hubiera planta medicinal usaría, hubiera usado, pero te curas lento y vas sufriendo...15 días con plantas... (Francisco)

Le llamé por teléfono a mi amiga, ella es estudiante de enfermería y me recomendó. Yo le dije: “que es bueno para que me pase ahorita, que es bueno para la gripe.” (...) Cuando no me bajaba, me dijeron: “usa un antibiótico que hay que ponerte.” (...) Ya me puse la inyección. (Antonio)

Sobre esta ambivalencia de significados hay que considerar que la constitución del cuerpo en su dimensión física (*iyash*) es muy importante para la población awajun ya que permite mantener atributos de humanidad. Para

Descola (2005, P. 355) existe el temor de que el cuerpo pueda alterarse y no actuar no verse como humano. Al respecto, Viveiros de Castro (2004) como Brown (1984) se han referido a la importancia del consumo de alimentos y lo que se ingiere para mantener estos atributos. En las narrativas que el empleo de los recursos terapéuticos biomédicos de acuerdo a los relatos, brindó a los informantes la posibilidad de un alivio rápido del malestar, pero también conllevan la posibilidad de que pueden afectar a otros órganos del cuerpo. Es decir, el empleo de estos recursos, significa asumir niveles de riesgo de perjudicar partes o dimensiones de la corporalidad física o (*iyash*).

Ahora si yo acudo al medicamento, algunos médicos te recetan para dolor de la cabeza pastillas que pueden afectar tu hígado porque esas pastillas tienen un daño colateral. (Antonio)

Los significados asimismo se construyen sobre la consideración de quien administró estos recursos de salud. Es muy importante la valoración de los informantes awajún acerca de quien prescribe estas medicinas. Los informantes mencionan algunas experiencias en las que el especialista que prescribió las medicinas no acertó el diagnóstico, por lo que subyacen significados negativos y desconfianza. Así también, se atribuye únicamente un interés económico de estos especialistas que se sobrepone a su capacidad de aliviar. Se desconfía de la capacidad terapéutica de los recursos biomédicos si quien los prescribe no tiene un vínculo amical o familiar con quien se siente enfermo. En las narrativas, cuando los informantes tuvieron experiencias exitosas de uso al acudir a un especialista, fue porque se ha tratado de un amigo o un familiar, es decir un especialista en quien se confía para administrar estos recursos terapéuticos de biomedicina.

Me fui a tres farmacias. Y te juro que me vendieron un montón de pastillas que lo comí igual que una gallina ¡y no pasaba nada! (...) Cuando voy con mi papá, más efectivo sus recetas con lo que sabe. La farmacia te estafa. Bueno eso es lo que yo tengo ese concepto. Quizá no debe ser pero yo lo veo así. (...) Tengo un amigo que es médico. Acá en Lima. Lo llamé al médico y me dijo tómate esto y esto y al final seguí lo que me dijo y ya me sané. (Ricardo).

Me importa mucho la confianza, busco que me recomienden, pregunto a mis amigas, no voy así nomás. (Mariana)

¿Cómo te va a recetar panadol para un dolor fuerte? Si no te ha sanado uno dice, por gusto está. ¡El doctor de la posta no sabe! (Ricardo)

El médico es más estafador que el brujo. Nunca te va a decir: no puedo curarte. Te va a decir: hay que ir haciendo esto, hay que ir analizando. Si tú le haces caso, mueres. Por eso es que muchas personas mientras están tratándose ven a otros doctores. El médico te dice: toma esta pastilla y vuelve para tal día. Y así otro día, así te tienen hasta que mueres. También tienes que ver su interés económico de ellos. (Antonio)

Los procesos de autoatención e intermedicalidad también son importantes en la construcción de significados asociados a estos recursos de salud. Los informantes mencionaron en sus relatos que ya conocían ciertas pastillas porque las han empleado anteriormente en sus comunidades y tenían niveles de confianza en su capacidad terapéutica. En sus itinerarios, los informantes mencionaron que las utilizaron en ocasiones paralelamente con otros recursos terapéuticos de la comunidad o que compraron del mercado. Por ejemplo, para Mariana y Alejandra el paracetamol es un recurso terapéutico usual y conocido para ellas en el tratamiento de la gripe. El paracetamol pese a ser procedente la biomedicina, es percibido con relativa confianza y su administración se ha dado en el contexto de su comunidad y forma parte de su esquema de tratamientos, así como las plantas, en un proceso de intermedicalidad. Mariana lo conoce desde niña y ha formado parte de sus terapias usuales en su comunidad. Alejandra narra que emplea el paracetamol para la fiebre y la clorfenamina para la congestión. Estas pastillas se las recetaron en la farmacia con mucha anterioridad antes de su vida en Lima por lo que para ella, ya no es necesario acudir a ningún profesional de la salud, como un médico o farmacéutico. Ella misma las compra y decide cuándo tomarlas.

Cuando tengo infección, me pongo antibióticos. Como conozco de medicina, yo mismo me pongo las ampollas (Dexacort, amoxicilina)

(Francisco)

Puedo tomar clorfenamina, paracetamol y jugo de limón. Y Si tengo tos, el ajo. (...) El paracetamol, es más, más común que todo el mundo ya para gripe. En ESSALUD más todavía. Desde que me hizo bien esa clorfenamina, cada vez que me da esa congestión y lagrimeo, uso eso. Ya de por vida, ya. Ya no voy al médico (Alejandra)

Tomo mi panadol y otras cosas más. Cuando yo me siento con gripe, yo ya sé que pastillas tomar. Yo me automedico. Porque sé que son los síntomas que siempre me da. (Ricardo)

Si me da fiebre, me tomo el paracetamol. El paracetamol lo conozco desde que era chiquita. De todos modos, en la comunidad (...) te daban paracetamol para la fiebre. (Mariana)

Las narrativas transmiten valoraciones y significados positivos acerca los recursos terapéuticos biomédicos para aliviar la gripe relacionadas con un amplio reconocimiento de sus capacidades terapéuticas, a diferencia de lo que significan las capacidades de los recursos obtenidos en los mercados en Lima. No obstante, este reconocimiento que los informantes awajún otorgan a las “medicinas” está mediado por ciertas consideraciones de cautela en su uso. Se valora que exista un vínculo de amicalidad o parentesco entre quien tiene gripe y quien administra o receta las medicinas para que estas sean adecuadas y alivien finalmente el malestar de la persona. Además, si en la comunidad ya se han utilizado y hay experiencias positivas previas de uso, son confiables también en Lima e incluso pueden utilizarse en conjunto con algunos recursos de la comunidad o de los mercados. Sin embargo, a diferencia de lo que se percibe sobre los otros recursos de salud, las narrativas transmiten que el uso de estos recursos terapéuticos biomédicos debe ser restringido: pueden aliviar más rápido que los otros recursos pero son tan potentes y podrían afectar la corporalidad física que son percibidos como la última opción.

En el siguiente cuadro se recopilan los significados asociados a los recursos terapéuticos mencionados para tratar la gripe:

Cuadro 11. Significados asociados a los recursos terapéuticos empleados para tratar la gripe

Recurso terapéutico empleado	Significado asociado para los informantes
Recursos procedentes de la comunidad	<p>Significados positivos relacionados con la procedencia de las plantas, con el mecanismo que posibilita su acceso (quien las siembra, las hace llegar y quien las usa) y con la singularidad de las plantas de la comunidad (cuyas capacidades terapéuticas no pueden ser replicadas con otras plantas adquiridas en Lima), inciden para que los informantes manifiesten a través de sus narrativas, que experimentan mayor confianza en la capacidad curativa de las plantas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pueden clasificarse y son específicas para un tipo de malestar. • Son adecuadas para curar los malestares de los awajún • Su uso “mantiene vivo los conocimientos” de la madre, del padre, de la comunidad. • Para los informantes, tener y poder utilizar dichas plantas es acceder simbólicamente a un aspecto de la comunidad y de su familia.
Recursos terapéuticos procedentes de los mercados de Lima	<p>Significados y valoraciones negativas acerca de la dificultad de clasificar las plantas, de no conocer su procedencia ni propiedades, de apreciarse sensorialmente de forma no grata, propician experiencias en la que los informantes awajún desconfían de la capacidad curativa de dichas plantas, aunque las usen porque pueden acceder a ellas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • No pueden clasificarse • Poca capacidad curativa. • Desagradables estéticamente. • No se confía completamente en su capacidad curativa.

<p>Recursos terapéuticos procedentes de la biomedicina. (Medicamentos: inyecciones, pastillas, vacunas)</p>	<p>Significados y valoraciones positivas relacionadas con un amplio reconocimiento de sus capacidades terapéuticas. Pero este reconocimiento está mediado por ciertas consideraciones de cautela en su uso. Se valora que exista un vínculo de amicalidad o parentesco entre quien tiene gripe y quien administra o receta las medicinas para que estas sean adecuadas y alivien el malestar de la persona. Si en la comunidad ya se han utilizado y hay experiencias positivas previas de uso, pueden utilizarse en conjunto con algunos recursos de la comunidad o de los mercados. Su uso debe ser restringido: pueden aliviar más rápido que los otros recursos, pero son tan potentes y podrían afectar la corporalidad física.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacidad terapéutica potente y rápida. • Conllevan la posibilidad de afectar otros órganos. • Se confía en su capacidad terapéutica si se han utilizado previamente en la comunidad o han sido recetadas por un especialista con vínculos familiares o amicales con la persona con gripe. • Se les considera “más fuertes” • Son percibidos como la última opción.
---	--

Fuente: Elaboración propia

3.3.3.2 Significados que emergen de los itinerarios para tratar y aliviar la gripe
De acuerdo al trabajo de campo, en las narrativas sobre los itinerarios terapéuticos se manifiestan significados sobre la identidad cultural y significados sobre las capacidades de los recursos terapéuticos para curar o aliviar la gripe

a) Significados de los itinerarios en relación a la identidad cultural

A lo largo de la tesis se ha hecho referencia a la importancia que de acuerdo a Viveiros de Castro (2004), Brown (1984) y Descola (2005) otorgan las poblaciones awajún a lo que se ingiere, tanto alimentos como medicinas porque se relaciona con la apariencia, los atributos de humanidad y la constitución del cuerpo en su dimensión física. A la luz del marco teórico, lo que se ingiere se relaciona con modificaciones del cuerpo y subsecuentemente, de la identidad. Los informantes mencionaron que preferirían haber iniciado su tratamiento con “sus plantas” ya sea bajo la autoatención o con el acompañamiento de algún especialista, o incluso haber utilizado únicamente sus plantas, pero solo si estas proceden de su comunidad, es decir han sido sembradas, cultivadas y cosechadas en su comunidad. Según Casado i Aijon (2016), los itinerarios se configuran por las decisiones -conscientes o no y que conducen a una práctica. En las narrativas, los recursos terapéuticos de sus comunidades remiten a la madre, al padre y a los familiares o amistades del entorno cercano. Por ello al utilizar e ingerir plantas procedentes de sus comunidad, los informantes refuerza los vínculos de los informantes con ella, e incluso quienes utilizan plantas obtenidas en Lima para tratarse, prefieren usar las plantas que han sido cultivadas en sus comunidades, aunque su acción terapéutica demore más. Es en este sentido que el poder acceder y decidir usar las plantas de su comunidad en sus itinerarios, significa para los acceder a elementos físicos que los aliviarán, pero también acceder simbólicamente a la comunidad y a su familia, y de esta manera fortalecer su identidad, su pertenencia social y cultural a su comunidad.

...tomo mi kion que mi madre me manda del que ha sembrado, de su chacra. (...) Mantengo vivo los conocimientos de mi madre y mi padre. Haciendo eso es una forma de tener presente a mi madre y padre. A cualquiera no lo pido. O a las ancianas. A ese entorno de mi madre. O de mi padre. Pero ahí, yo lo uso, entonces yo hago también. Haciendo eso también es una forma de tenerlo presente a mi madre ¿no?, a mi padre prácticamente ¿no? (...) ...yo así culturalmente yo siempre tengo que andar con algo de mi zona siempre. Conmigo, aunque sea con la esencia de alguna plantita de la zona. (Alejandra)

Si hubiera planta medicinal usaría, hubiera usado, pero te curas lento y

vas sufriendo... 15 días con plantas... (Francisco)

No son simplemente plantas, para nosotros son seres por el hecho que tienen vida. Entonces de ahí el respeto, ¿no? (...) ¡Yo prefiero mil veces las plantas! Si estoy en mi comunidad, prefiero las plantas. Así tenga la farmacia, el médico. (Mariana)

...hay ciertas cosas que te hacen sentir parte de la identidad. Por ejemplo yo he tomado todas las plantas que se toman en mi costumbre, que da un estatus y un rol. (Antonio)

Complementando lo señalado, ninguna de las narrativas de los informantes transmitió que tratarse con recursos terapéuticos, plantas adquiridas en Lima, tuviera algún efecto o implicancia en su identidad, en la forma como se experimentan y perciben con respecto a su comunidad. Tampoco tuvo dichos efectos o implicancias tratarse con recursos biomédicos. Los informantes decidieron utilizar estos recursos porque tenían acceso a ellos, y en medio de su autoatención los usaron en sus itinerarios porque en sus experiencias ya los conocían previamente ya que como se ha señalado a lo largo de la investigación, los habían utilizado en sus comunidades, o porque un especialista de salud en quien confiaron se los administró en Lima.

El hecho de que yo incorpore cosas de afuera no significa que deje de ser lo que soy. Incorporo tecnología a mi vida, soy quien soy, originaria no dejo de ser.

(Mariana)

En mi casa, allá me comporto como en la cultura de allá, Acá me adapto a la cultura de acá. Uno tiene que adaptarse donde está.

(Ricardo)

Mantenemos nuestra cultura viva con conocimientos ancestrales, de algún modo sé qué usar en qué momento, sé que si me pongo no me va a afectar, si hay algo conociendo bien, lo uso. (...) Entonces como cultura, por más que yo sí digo, por más profesional que seas, pero no lo puedo dejar mi cultura, mis creencias. No puedo dejar de llevar lo de occidental, decirme no, no existe y soy profesional y dejar esto ¿no? Esa es mi cultura. He crecido en esa cuna de tratamientos, por lo tanto, lo mantengo y respeto también a mis plantas. (Alejandra)

Yo soy awajún. Esté donde esté, esté como esté, esté con quien esté, yo soy awajún. (...) Para mí lo cultural solamente es con cual inicias

cuando te sientes un poco mal, como con la gripe. Entonces inicias con esto y luego puedes pasar con las medicinas. (...)...cuando no tengo (el kion de mi comunidad) y se me acaba. No tengo casero, voy al mercado y compro. El kion me hace bien. (Antonio)

b) Significados de los itinerarios en relación la capacidad terapéutica de los recursos utilizados para aliviar la gripe

Sobre los significados que emergen de las decisiones para emplear recursos de salud para el alivio de la gripe. Los informantes manifestaron que preferirían utilizar plantas de su comunidad como primera elección, aunque no siempre pudieron acceder a ellas y su proceso curativo pueda ser más lento que utilizando los recursos biomédicos. Como señala Portocarrero (2015), los itinerarios son las rutas en la búsqueda por reestablecer el estado de salud y también las decisiones que las personas toman para aliviarse. En la presente investigación, todos los informantes desearon utilizar primero las plantas de sus comunidades e incluso algunos únicamente quisieron tratarse con estas plantas porque confiaban en su capacidad de aliviar la gripe. Pero no todos pudieron acceder a ellas, algunos accedieron y no se aliviaron luego de utilizarlas, por lo que finalmente todos decidieron utilizar recursos biomédicos al final de sus itinerarios. Como ya se ha mencionado, los recursos biomédicos tienen significados ambivalentes. Los informantes confían en su potencial terapéutico porque sienten que alivia la gripe más rápido que las plantas, pero por otro lado los consideran “remedios fuertes”, que tienen la posibilidad de dañar partes u órganos del cuerpo, por lo que su elección es siempre última cuando no pueden acceder a las plantas de su comunidad.

Cuadro 12. Significados sobre la capacidad terapéutica de los recursos empleados en los itinerarios seguidos para aliviar la gripe

Recurso terapéutico	Capacidad terapéutica	Efectos de la capacidad terapéutica en la corporalidad
Procedentes de la comunidad	amplia capacidad curativa	No daña
Procedente de biomedicina	amplia capacidad curativa	Puede dañar
Adquiridos en mercados en Lima	Poca capacidad curativa	No daña

Fuente: Elaboración propia

Uso las plantas, el kion, es el que me ha enviado mi mamá o mi hermana. Si no tengo eso uso el ajo, ¿no?, que puedo encontrar acá. (Alejandra)

...el medicamento puede causar efectos accesorios. (...) Ahora si yo acudo al medicamento, algunos médicos te recetan para dolor de la cabeza pastillas que pueden afectar tu hígado porque esas pastillas tienen un daño colateral. (Antonio)

...en principio me había tomado el kion. Cuando no me bajaba (la fiebre) me dijeron usa un antibiótico que hay que ponerte. Ya me puse la inyección (Antonio)

La confianza que los informantes tienen en los recursos biomédicos tiene que ver también con la confianza que tienen en el especialista en salud que los receta y la confianza en la certeza de su diagnóstico. En las narrativas se identificaron especialistas en biomedicina tales como: farmacéuticos, médicos y estudiantes de enfermería. En los relatos, los informantes manifestaron que los especialistas en biomedicina no siempre aciertan con el diagnóstico de los malestares y que sintieron que a veces su interés es realizar más consultas y exámenes para ganar dinero y no ayudar al alivio de la persona. En contraste con sus experiencias con los especialistas terapéuticos en biomedicina, los informantes en sus relatos manifestaron que el desempeño del terapeuta tradicional en la comunidad se regula con la sanción social que puede llegar incluso a afectar la vida del propio terapeuta si no tiene una buena praxis y no llega a curar a quien está tratando. Esto genera confianza en su voluntad de tratar adecuadamente a la persona, pero también la confianza de que él o la terapeuta podrá reconocer sus

limitaciones y recomendar otro terapeuta, tratamiento o recurso si no puede aliviar a la persona. Para los awajún con quienes se conversó, en la bio medicina en el contexto de Lima no hay en modo alguno un mecanismo que asegure con similar magnitud el buen desempeño del terapeuta. Por ello fue clave para los informantes awajún tener un vínculo amical o familiar con el especialista en salud para que confíen en su diagnóstico y en las prescripciones que les brindaron y de este modo sientan que las medicinas son idóneas para ellos y pueda aliviarlos.

Acá si tengo fiebre me parece ridículo ir al doctor. Vas al doctor y te dice lo mismo y te cobra la consulta. (...) ¿Cómo te va a recetar panadol para un dolor fuerte? Si no te ha sanado uno dice, por gusto está. ¡El doctor de la posta no sabe! (...) Me fui a tres farmacias. Y te juro que me vendieron un montón de pastillas que lo comí igual que una gallina ¡y no pasaba nada! (...) Cuando voy con mi papá, más efectivo sus recetas con lo que sabe. La farmacia te estafa. Bueno eso es lo que yo tengo ese concepto. Quizá no debe ser, pero yo lo veo así. (...) Tengo un amigo que es médico. Acá en Lima. Lo llamé al médico y me dijo tómame esto y esto y al final seguí lo que me dijo y ya me sané (Ricardo)

Yo he escuchado así a algunos pacientes. Yo le digo que de repente el médico no le ha diagnosticado bien. De repente no es especializado para esa materia, porque los médicos generales te atienden y luego delegan para sus especialidades. (Rodrigo)

...los médicos cuando no saben, no te dicen: “¡no sé!”. Los médicos te engañan, nunca van a decir: ¡yo no sé eso! (...) El brujo, el curandero, es sincero, porque terminaría muerto. Si en sus manos a una persona que está curando se muere, ¡qué van a decir! Él mismo está matando... entonces dicen “ah ya, él es” y lo matan. (Ricardo)

En correlato con lo señalado, ninguno de los itinerarios incluyó la intervención de otro tipo de especialistas ni elección de terapias aparte de que las que se han mencionado. En las narrativas, se transmite que los informantes no confían en la capacidad terapéutica de otro tipo de terapias ni especialistas que en el contexto médico pluralista en Lima pudieran acceder. No significan ni representan fuentes de salud con las que tengan vínculos de algún tipo que las haga suficientemente confiables para recurrir a ellas.

Investigadora: ¿Has utilizado alguna otra terapia en Lima, por decir, medicina china, acupuntura, de algún curandero del norte, ¿con maestros o curanderos andinos? ¿O sea otros especialistas?

No. Nada de eso. Tienen que ser conocido, pues. Conocido... familiar. De la comunidad.

Con respecto a los procesos de autoatención e intermedicalidad. En los itinerarios sobre la gripe, como ya se ha señalado la intermedicalidad para los informantes ha discurrido en el empleo tanto sucesivo como paralelo de los tres tipos de recursos en los itinerarios que se han señalado. En sus prácticas de autoatención, los informantes manifestaron que confían en los conocimientos sobre salud que tienen como awajún, pero también incorporan aspectos del conocimiento de las terapéuticas biomédicas. Al respecto, Greene (1998, p. 650) alude a la apropiación del poder extranjero que la biomedicina tiene para los awajún, canalizando ese poder hacia el propio repertorio. Los granos de ajo como pastillas, se incluyen dentro del discurso de Alejandra como repertorio de medicina tradicional. “Yo uso primero mis plantas. (...) puro ajo lo chanco y me lo paso O si no en trocitos también. Como pastillitas lo hacía.” (Alejandra). Los informantes con el corpus de conocimientos sobre salud que como awajún tienen, decidieron y eligieron que tomar o hacer. Por ejemplo, utilizaron pastillas que son conocidas y previamente utilizadas por ellos con las que ya están familiarizados incluso desde sus comunidades, tales como el paracetamol, y la clorfenamina, por ejemplo.

Eeee, aunque no me creas, en Amazonas eres un poco de todo, un poco de medicina, todo, porque no hay doctores allá. (...) Con las pastillas que suelo tomar me sano. Si me voy al doctor lo mismo. Por ejemplo, en la zona la mayoría ya sabe que enfermedades hay. Por eso yo digo yo sé que enfermedades tienen una persona de Amazonas, tienen tifoidea, le da la gripe, o sea enfermedades comunes. (Ricardo)

O sea, allá usan, o sea, como le digo cada persona, cada mujer, cada persona awajún tiene sus tratamientos en la forma de usar y tratar a sus hijos si hay algún mal. Si en vista de que ya no pueden,

de repente es exagero, ya pasa de todo de sus manos, ya pues, puede pedir apoyo a cierta persona ¿no? Si el tratamiento y la mejora está en tus manos con sus plantitas y con su medicina que tienen, ahí queda, ¿no? Pero si pasa fuera de eso, entonces ya va más allá. (Alejandra)

Me importa mucho la confianza, busco que me recomienden, pregunto a mis amigas, no voy así nomás. (Mariana)

No voy al médico porque no he visto necesidad. He tomado muchas plantas medicinales y dietado. Me he vacunado de todo (Francisco)

Tomo mi Panadol y otras cosas más. Cuando yo me siento con gripe, yo ya sé que pastillas tomar. Yo me automedico. Porque sé que son los síntomas que siempre me da. (Ricardo)

Teniendo en cuenta los significados asociados a estos recursos terapéuticos empleados, tanto el acceso que tuvieron los informantes a ellos, así como la confianza en la capacidad terapéutica de dichos recursos, ha mediado la decisión de utilizarlos, configurando de esta manera sus itinerarios para aliviarse de la gripe. Las narrativas y relatos transmiten que los informantes comparativamente confiaron más en la capacidad curativa de las plantas de su comunidad, así como en los recursos biomédicos (pastillas, inyecciones, vacunas), y menos en las plantas que pudieron adquirir comprando en mercados o en alguna tienda en Lima.

3.4 Significados acerca de las terapéuticas o recursos de salud y los itinerarios seguidos para aliviar el daño

Esta sección de la investigación responde a la pregunta sobre qué itinerarios terapéuticos siguen los residentes awajún en la ciudad de Lima para tratar el daño y qué significados emergen de estos procesos. A continuación, se trata acerca de los itinerarios terapéuticos seguidos por cada informante cuando, de acuerdo a sus narrativas y relatos, consideraron que padecían el malestar que denominan “daño” y por ello tenían que utilizar recursos terapéuticos para aliviarse. Así también, se analiza e interpreta cómo el entorno

afecta y media cada decisión tomada para continuar dicha ruta en la ciudad de Lima en su búsqueda de bienestar.

3.4.1 El daño en las voces de los informantes

En las narrativas de los informantes se identifica un malestar que ocasiona padecimientos a nivel personal y social, denominado en ocasiones como: “daño”, “brujería”, “mal del hombre”, “mal del aire”, “hechicería” o “enfermedad cultural”. Este malestar, que los informantes han experimentado en Lima y que identifican en las narrativas como brujería o daño, en awajún es denominado “*waweamu*”. En adelante en la investigación se denominará daño o brujería. Como se ha manifestado anteriormente, este malestar puede aparecer en algunas narrativas clasificado como enfermedad. En otras ocasiones por exclusión, no se le considera enfermedad. Es decir, no hay entre los informantes una clasificación uniforme, ni consensuada o definitiva al respecto. Términos y significados asociados con el daño que se identifican en las narrativas son: “desequilibrio, desconocimiento, anormal, ya no hay curación, falta de respeto, choque con algo, mal, algo que camina debajo del cuerpo, aire, dolor (de la nuca, del estómago, picazón de ojos y cara), mareos, algo que la ciencia no lo capta, enfermedad.” Dichos términos y significados transmiten una situación agresiva al cuerpo, que sale de lo cotidiano, que causa dolor e inestabilidad al cuerpo, y que no puede ser detectada, tratada o conocida por “la ciencia o los médicos”, como mencionan los informantes. El daño es un malestar cuyo diagnóstico, prevención y tratamiento específico requiere de recursos terapéuticos a los que los informantes se refieren como “sus plantas” y “dietas” y de la intervención de un o una especialista. De acuerdo con el marco teórico revisado, el daño requiere la agencia de un ente o ser externo al ser humano; no es casual ni fortuito. Es producto de la influencia de un ser con quien se ha quebrado relaciones que debieron observarse y mantenerse. Brown (1984) y Flores (2019) concuerdan que para la sociedad awajún, el término *jatá* o *jata* se traduce al castellano como “enfermedad”

“dolencia” o “muerte”. Esta noción está ligada al tiempo de la colonización, mientras que el término *waweamu* se concibe como “brujería” o “daño”. Esta última noción está vinculada a las relaciones sociales en la sociedad awajún e involucra a un ser con facultades para poder originar dicho malestar. En concordancia con lo señalado, a continuación se presentan fragmentos de las narrativas de los informantes que transmiten las causas y razones por las que un ser con facultades humanas de acuerdo al marco cultural awajún, podría producir daño.

El daño. El desequilibrio es por la brujería, por un dardo que tiran ellos, por una manera que te enfermas, porque te cae mal la comida. Eso es el desequilibrio. El equilibrio es el bien. El desequilibrio es el mal. El mal está asociado con varios aspectos. Uno de los casos para la Amazonia es el daño, la brujería... Hay plantas maestras, hay árboles, hay bosques, hay veces que, por desconocimiento, no se respeta. [Se] cortan y rompen cosas. Eso te genera desequilibrio. Eso te genera un daño. Esto es de la espiritualidad de la gente que vive y tiene su relación permanente con el bosque. Entonces toda esta situación es rompimiento de equilibrio que te genera. Y eso se va a curar con un curandero. No se va a poner una ampollita, nada de esas cosas. (Francisco)

¿Por qué algunos hacen daño? Porque, antiguamente hay esa creencia. Los brujos existen, la maldad existe. Pero dicen que... porque tienen problemas entre ellos, enemistades. Entonces dicen, como no me puede matar directamente, me está haciendo daño y me mata así, que nadie sabe. (Ricardo)

Como se ha señalado anteriormente al inicio de la tesis, todos los informantes, menos Mariana que creció en un hogar evangélico, consideraron que podrían ser afectados ellos, sus familias o paisanos en algún momento por el malestar que denominan “daño” o “brujería”. Rodrigo señaló que debido a su educación y formación con jesuitas anteriormente “creía en la brujería” pero ya no, sin embargo admite que en su pueblo “la brujería es fuerte” y es ampliamente aceptada como malestar. Ricardo y Antonio manifestaron que a sus familiares “les habían hecho brujería” y habían padecido de daño en sus comunidades. Francisco y Alejandra manifestaron en sus relatos haber sido afectados de dicha manera mientras han vivido o viven en Lima. En estos dos

últimos casos, para reconocer que tenía daño, Alejandra agotó todas las posibilidades del autocuidado y acudió a una especialista de la medicina occidental y su terapéutica, que estuvieron a su alcance, en este caso fue una enfermera. Es recién luego que, frente a la ineficacia de las terapéuticas seguidas, consideró que “tenía daño”. En el caso de Francisco, él reconoció inicialmente que tenía este malestar por lo que se comunicó con un especialista de medicina amazónica, en este caso su maestro, para que lo trate. A continuación, se presentan fragmentos de las narrativas de los informantes acerca de sus experiencias con el daño.

A veces dicen es brujería, daño cuando no es una enfermedad conocida. (...) (*Waweamu*) se le dice. (Ricardo)

La enfermedad a veces no existe, sino que es brujería. (Rodrigo)

Si pasa a otra etapa (el malestar), puede ser otra enfermedad cultural, daño, mal del hombre, brujería. La brujería es, ya, lo que se dice daño. (...) Para nosotros, en awajún, ¿no? (*wawet*) es dañar, cuando te dañan, te hacen, te causa daño a ti. No es cuando te has roto una pierna y se ha dañado tu pierna, se ha roto tu pierna, estabas caminando y te caíste y se dañó, se rompió tu pierna. Aunque puede ser si alguien te ha causado ese. Con brujería. (...) En este daño sientes algo anormal, cuando siento que mi cuerpo se ha chocado con algún mal de aire, siento como que camina algo en mi cuerpo, como un animalito, como si debajo de tu cuerpo camina algo. Ese es (*waweamu*), ¿no? Puede ser otra enfermedad cultural, daño, mal del hombre. El daño que decimos, la hechicería o el daño, la brujería quise decir. (Alejandra)

Pero en mi pueblo es fuerte la brujería. El tema de brujería es cuando una persona lo sospecha. Si muere un paciente, a este que lo han sospechado, lo eliminan. (...) Si, hasta a la mujer lo matan. Del que está haciendo daño. A veces dicen que quien está haciendo daño es varón y a veces es mujer. Si el curandero dice que es mujer, dice que es bruja y te está haciendo daño. Y si muere alguien, algún familiar, y de esa mujer están sospechando, a esa mujer también lo matan. (Rodrigo)

Por consiguiente, en las narrativas de los informantes, el daño o brujería, regula relaciones sociales, y políticas, brinda pautas a seguir entre semejantes en la comunidad y normas de conducta, y establece reciprocidades cruentas: quien es sospechoso de hacer daño por matar a alguien también debe morir.

Asimismo, señala prescripciones para curar o evitar el daño, y proscipciones para quienes practican la brujería.

Así también, el daño es un marco de interpretación del mundo, que es significativo en la vida de las personas en la comunidad. La ciudad de Lima es percibida como un contexto indiferente y agresivo como ya se ha planteado anteriormente. Y ante ello en Lima, la forma de interpretación y las tradiciones médicas que hallan su sentido en esta, siguen vigentes en los informantes para mantener vigente también su pertenencia a su comunidad.

Allá en la comunidad. Cuando no salía de mi casa, si estuve mal. Me decían que me hicieron daño, no me sanaba... La mayoría de personas en la comunidad te dice eso. Porque mientras más cerca estas en ciudad, estás más pendiente de lo que le pasa en la ciudad. En comunidad ni se sabe ni te interesa. Sientes que hay poca o nula presencia del Estado y de salud y no sabes y te justificas con lo que tú sueles heredar... y es así. Tienes que estar allá para saber. El indígena es indígena porque tiene su propia forma de explicar su entorno, su salud, todo.

(Antonio)

En los cuadros a continuación se presentan resumidamente los datos generales de las y los informantes, así como el daño o brujería en cuanto malestar que ha afligido a Francisco y a Alejandra.

Cuadro 13. Los informantes y el daño

Ricardo	Rodrigo	Antonio	Francisco	Alejandra	Mariana
<ul style="list-style-type: none"> • 32 años • Linguista • Malestar identificado: Gripe 	<ul style="list-style-type: none"> • 45 años • Docente • Malestar identificado: <ul style="list-style-type: none"> • Gripe • Dolor de estómago/ • Cólico (Asociado a piedras en a vesícula) 	<ul style="list-style-type: none"> • 32 años • Abogado • Malestar identificado: <ul style="list-style-type: none"> • Gripe 	<ul style="list-style-type: none"> • 55 años • Enfermero • Malestar identificado: <ul style="list-style-type: none"> • Gripe • Daño 	<ul style="list-style-type: none"> • 39 años • Docente • Malestar identificado: <ul style="list-style-type: none"> • Gripe • Daño 	<ul style="list-style-type: none"> • 33 años • Estudiante de negocios internacionales / activista social. • Malestar identificado: <ul style="list-style-type: none"> • Gripe • Estrés

Fuente: Elaboración propia

Se ha señalado para esta investigación que la perspectiva fenomenológica aporta un marco para la comprensión de las descripciones de estas experiencias de verdad, a través de las narrativas que los cuerpos –los actores– puedan narrar, contextualizadas en un espacio, en un tiempo y en un mundo vivido. Al respecto, Merleau-Ponty se remite a “la experiencia de verdad”. Para ello, hay que considerar que trata de “...describir la percepción del mundo como aquello que funda para siempre nuestra idea de la verdad. No hay que preguntarse pues, si percibimos verdaderamente un mundo; al contrario, hay que decir: el mundo es lo que percibimos.” (Merleau-Ponty, 1975, p.16). Es así que, la relevancia de la verdad de lo que el cuerpo o los cuerpos perciben, está subordinada al proceso mismo de percibir, de vivir, de acceder a tal o cual verdad a través de la experiencia. Es decir, la dimensión de acceso a la verdad de la percepción en cuanto producida por la experiencia. En este sentido, es crucial considerar que, de acuerdo a la perspectiva fenomenológica, la verdad es lo que se vive, lo que se experimenta. A ello se refiere Merleau-Ponty cuando se remite a “la experiencia de verdad”. Es en este sentido que el

daño o la brujería, puede ser comprendido, como una experiencia de verdad en las narrativas de los informantes. Dicha experiencia ha estado contextualizada en un espacio, en un tiempo y en un mundo vivido que suscitó en quien lo experimentó, una ruta, un itinerario terapéutico para aliviarse de dicha situación que lo afligía. Como se ha señalado, los informantes mencionaron referencias acerca del daño, ya sean experiencias vividas directamente por ellos, o por sus familiares y paisanos. El daño es un malestar peligroso que puede afectar tanto a la persona que puede poner en riesgo seriamente su vida. Todos lo han mencionado en sus narrativas, y ha tenido niveles de presencia en su vida con excepción de Mariana, quien mencionó que como ella ha crecido en un hogar evangélico, y que ha afirmado que “no cree en el daño”.

La brujería es cuando ya no tienen curación. Por ejemplo, yo puedo enfermarme de un dolor, de un malestar, hasta ahora se piensa así. Me voy al médico, me trato, si no es enfermedad, por más que me trate sino no se sana, ahí uno acude a los brujos. (Ricardo)

Ella lloraba de dolor. Le dolía esta parte del estómago. Y allá el maestro dijo: esto no es enfermedad, es daño. Y curaron. El daño no sé si es mental, psicológico, etc. Cosa que la ciencia no lo capta. Y ahorita, cada vez que mi familia se enferma, primero descarto el tema médico. Con el laboratorio te detectan. (...) Pero hay paisanos míos que a pesar de eso dicen: que la brujería ha hecho que se enferme de ese modo...y no es. Pero yo ya descarté eso.
(Antonio)

El daño que he sufrido. No una sino varias veces. Aquí en Lima, en Pucallpa, en el mismo Atalaya, con algunos ashaninkas, con kukamas. Con quienes querían hacerme daño me he chocado. Claro, unos querían matarme, pero no han podido.

3.4.2 Itinerarios terapéuticos seguidos para aliviar el daño

Esta sección de la tesis responde a la interrogante sobre cuáles son los itinerarios terapéuticos que los awajún que residen en la ciudad de Lima siguen para aliviar y tratar el daño. Al igual que con la gripe, de acuerdo al marco teórico, ya se ha señalado que para Casado i Aijón (2016), los itinerarios terapéuticos se configuran por todas las decisiones –conscientes o no, y que conducen a una

práctica teniendo en cuenta que el “no hacer” también es hacer—. En concordancia, Garro (1998) y Portocarrero (2015) señalan que “Los itinerarios terapéuticos son las rutas que siguen los pacientes, unidades domésticas o cuidadores de pacientes en su búsqueda por reestablecer el estado de salud, las decisiones que toman alrededor de ellas y a quienes acuden para tratar sus padecimientos”. En esta sección se incluyen los mapas de los itinerarios terapéuticos seguidos por Francisco y por Alejandra, es decir, la construcción gráfica de los elementos y recursos de los repertorios terapéuticos utilizados, así como las circunstancias que mediaron cada decisión tomada para utilizar cada uno de ellos. Dicha construcción gráfica se construyó en base a las narrativas y relatos de Francisco y Alejandra cuando consideraron que los malestares que sintieron se debían a que les habían “hecho daño”, y por ello iniciaron sus rutas para poder aliviarse en la ciudad de Lima. Posteriormente estos mapas de itinerarios fueron validados por cada informante, para verificar corregir, o agregar aspectos relacionados con la investigación.

Para estos mapas de los itinerarios sobre el daño, se utilizó la misma leyenda explicativa de la simbología empleada para construir los mapas de los itinerarios para el alivio de la gripe. Bajo estos criterios se presentan a continuación los mapas de los itinerarios de Francisco y Alejandra. Las decisiones de emplear uno u otro recurso terapéutico se profundizan a lo largo de la tesis. La reconstrucción de los siguientes itinerarios grafica las rutas seguidas en Lima. No se han considerado los rituales de ceremonias, o el consumo de plantas en contextos rituales que cada informante ha realizado para protección, prevención, curación, o procesos que llaman “limpieza”. Ello debido a que para el empleo de dichos elementos terapéuticos tuvieron que movilizarse fuera de Lima e ir a sus comunidades.

3.4.2.1 Itinerario de Francisco

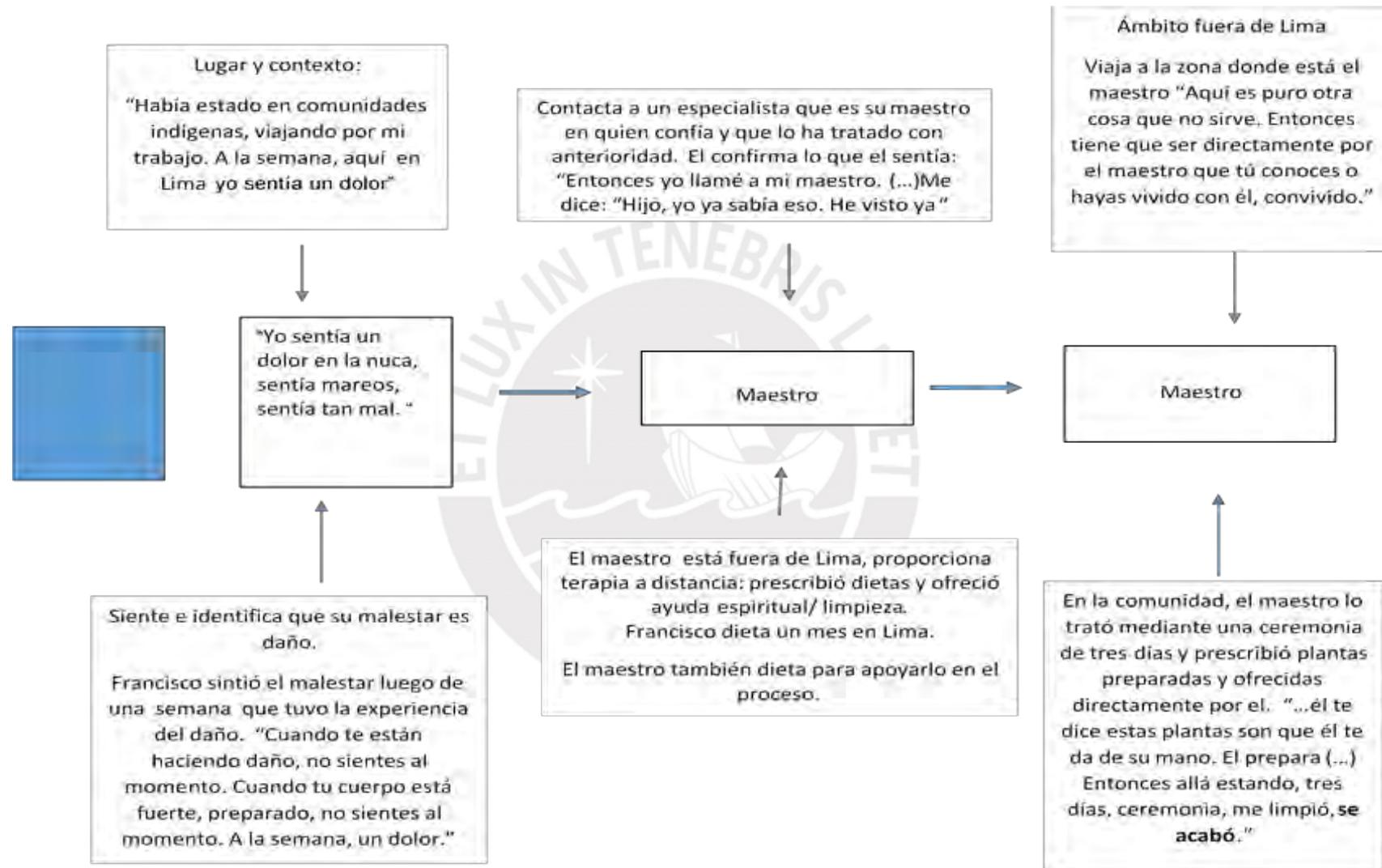
A continuación, se presenta el relato de Francisco sobre su itinerario seguido en su búsqueda por aliviarse del daño que lo aquejó en alguna ocasión mientras ha vivido en Lima.

Aquí en Lima lo he sentido también. El tema es que cuando te están haciendo daño, no sientes al momento. Cuando tu cuerpo está fuerte, preparado, no sientes al momento. Yo había viajado. Había estado en comunidades indígenas, viajando por mi trabajo. A la semana, aquí en Lima, yo sentía un dolor en la nuca, sentía mareos, sentía tan mal. Entonces yo llame a mi maestro. Maestro –le digo-, siento esto. Me dice: “Hijo, yo ya sabía eso. He visto ya –me dijo-, no te preocupes. Entonces yo te voy a mantener eso. Cuando vengas por aquí, ya, vamos a limpiar”. Entonces yo paraba así. Él me ayudaba espiritualmente, me limpiaba. Yo también hacía dietas, los dos estamos curándonos y curándome hasta que llegó el momento donde ya este tenido que estar con él. Yo también hacía dietas. La dieta depende de la causa. Punto número uno, es evitar el sexo. Punto número dos es evitar la comida con grasa, fritura, chancho, licor. Punto número tres es no comer caliente sino tibio. Ají imposible, cebolla, ajo, condimento. Chancho, no. Uno puede hacer la dieta una semana, quince días, un mes, tres meses. Un año y medio. Depende de que aprendizaje quieras lograr. O hasta que te cures. Cuando estuve así, con daño, yo lo hice un mes aquí. Luego viajé. Y avancé con mi maestro. Cuando uno está cerca del maestro avanzas más. Si estás lejos, avanzas un sesenta por ciento. Con las dietas, uno tiene la mente limpia, sana, correcta. Las plantas yo lo tomo allá. Prefiero hacerlo directamente con el maestro. O sea, él te dice estas plantas son que él te da de su mano. El prepara. Él mismo lo prepara. No hay aquí en Lima. No, no. Aquí es puro otra cosa que no sirve. Entonces tiene que ser directamente por el maestro que tú conoces o hayas vivido con él, convivido. O que ha sido gente muy recomendada. Entonces solo así se podría usar. Entonces allá estando, tres días, ceremonia, me limpió, se acabó. Mi maestro no es awajún. Él es kukama. Tiene un montón de cosas. Es yine, cocama, quechua. Canta ícaros asháninkas. Es una mezcla de todo. Él me dijo que, cuando yo empiece con él, es preferible no tomar con nadie más. Y así fue hasta ahora. Porque hay otra gente que tu cuerpo está bien limpio, muy bien preparado, te quieren quitar. Y te hacen daño. Por eso no hay que meterse así nomás con personas. Acá en Lima yo he sufrido daño. Aquí en Lima, en Pucallpa, en el mismo Atalaya, con el mismo ashaninkas, con cocamas, con todos me he chocado. No uno sino varias. Claro, unos querían matarme con el daño, pero no han podido. Yo cuando más cosas como esas había, yo hacía más dietas, más dietas. Les ganaba. Sus virotos no surtían efecto. Más yo tenía al maestro que estaba al costado.

(Francisco)

Examinando las narrativas de Francisco y en términos de la literatura revisada, su itinerario se desarrolló de la siguiente manera.

Gráfico 7. Itinerario de Francisco



Fuente: Elaboración propia

Según la leyenda propuesta, el cuadrado representa a Francisco al inicio de su itinerario reconstruido en el gráfico en base a su relato. Él consideró que tenía daño desde que sintió los dolores en la nuca y mareos, por lo que inició una ruta de búsqueda de alivio. Desde el inicio el reconoció y aceptó que el malestar que lo afligió era daño. Según su itinerario, la fortaleza del cuerpo de la persona humana en sus dimensiones *iyash* y *wakan* es una circunstancia que influye en la experiencia del daño. Para Francisco, si el cuerpo está fuerte cuando se produce el daño, la persona afectada no lo siente en ese momento sino después, dependiendo de su fortaleza. Para él, ha pasado un tiempo que medió entre el momento de la realización del daño y el momento en el que lo siente. En su relato señaló que el daño pudo haber sucedido cuando viajó a comunidades, pero considerando la fortaleza de su cuerpo, recién lo sintió una semana después cuando ya estaba en Lima nuevamente. En el gráfico, las flechas gruesas indican la ruta seguida de acuerdo a sus decisiones. Según ello, luego de identificar su malestar como daño, la flecha gruesa indica que su decisión fue contactarse con su maestro. En este momento no contempló otra alternativa de salud, únicamente contactar a su maestro. La circunstancia que influyó la decisión de contactar a este especialista es que con él ha mantenido una vinculación de confianza y que lo ha tratado de otras experiencias de daño con anterioridad. Otra circunstancia que influyó es que el maestro se encuentra lejos de Lima, por lo que la terapia que prescribe es de mantenimiento, paliativa y a distancia mientras Francisco está lejos del lugar donde se encuentra su maestro. Esto supone la práctica de dietas por parte de Francisco, pero también de recibir lo que él considera “ayuda espiritual” por parte de su maestro, quien a su vez dieta en simultáneo con él como parte de su terapia a distancia. Luego la siguiente flecha gruesa en el gráfico indica la continuación del itinerario. Indica que decide continuar con el tratamiento de su maestro pero para ello viajó a su comunidad y se desplazó fuera de Lima. En este momento la única alternativa de salud que Francisco contempló fue continuar con el tratamiento del especialista. Es allí que finalmente se alivió utilizando recursos médicos tales como participar en una ceremonia ritual e ingerir plantas preparadas y ofrecidas personalmente por su maestro.

El alivio ocurre con elementos fuera de Lima y con la intervención de un especialista fuera de Lima también. En sus narrativas, si bien esta parte del itinerario ocurre fuera de Lima, Francisco destaca la importancia de la cercanía con el maestro. Esta circunstancia influye profundamente, tanto que incluso puede cuantificar el nivel de avance, según sus palabras él siente que si estás lejos "...avanzas un sesenta por ciento". Francisco narró la experiencia de su proceso curativo y que tanto él como su maestro está dietando, ambos al mismo tiempo, Francisco por prescripción de su maestro para tratarse del daño y el maestro para ayudarlo y apoyarlo desde su propio lugar hasta que él pueda finalmente desplazarse para curarse. Como se ha señalado, según el marco teórico, las prescripciones dietéticas son comportamentales e implican restricciones relacionadas con el consumo de ciertos alimentos, pero además restricciones sexuales; y son la búsqueda de una dimensión de bienestar corporal y espiritual. La dieta que el maestro realiza en su comunidad es para ayudar a Francisco a sobrellevar los malestares del daño hasta que pueda viajar y aliviarse. Es en este segundo momento, cuando ya puede viajar al lugar donde se encuentra su terapeuta y estar cerca de él, cuando puede curarse finalmente del daño a través de la realización de una ceremonia o ritual definitivo.

El itinerario seguido por Francisco mientras está en Lima, incluye la realización de una dieta por un mes, pero no para aliviarse sino para paliar el malestar. No incluye plantas que puede acceder en la ciudad de Lima, sino que se encuentran en la comunidad donde se encuentra su maestro y que son preparados y ofrecidos por este en un contexto ritual. Por ello no tomó ninguna planta en Lima, sino con su maestro cuando viajó. Estas plantas no pueden ser conseguidas en Lima y tienen que ser preparadas y entregadas por el mismo maestro. Considerando el marco teórico que plantea la investigación, ninguna de las acciones de Francisco se realizó bajo la autoatención ya que desde el inicio de su ruta acudió a un especialista y estuvo bajo sus prescripciones. La intermedicalidad se presentó con los distintos marcos de referencia cultural y distintos referentes de tradiciones médicas del maestro, que es en palabras de

Francisco “una mezcla de todo”.

3.4.2.2 Itinerario de Alejandra

A continuación, se presenta el relato de Alejandra sobre su itinerario seguido en su búsqueda por aliviarse del daño que la aquejó en alguna ocasión durante su vida en Lima.

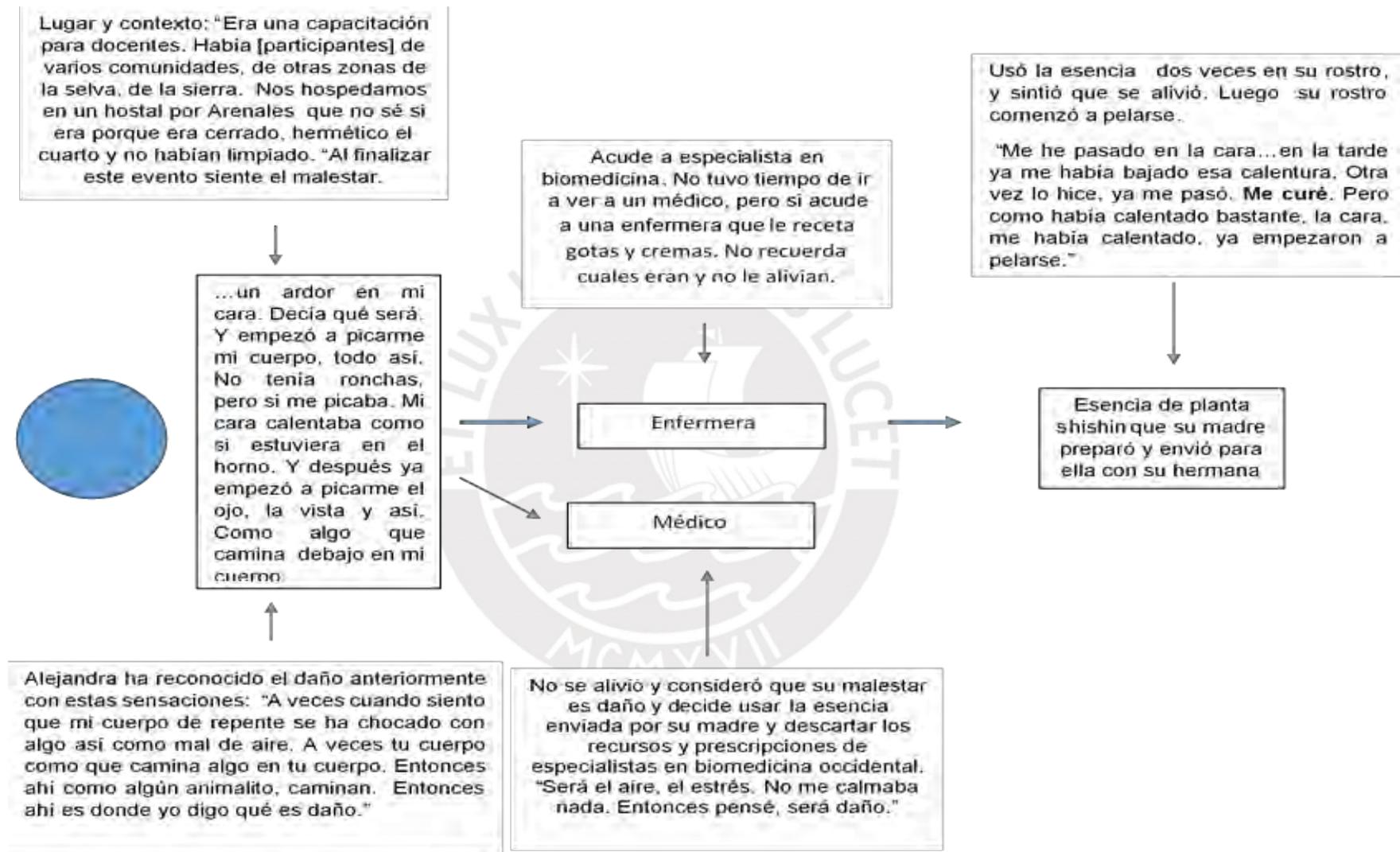
Mira, estuve haciendo un trabajo bien, así, estresante. Era una capacitación para docentes. Había [participantes] de varias comunidades, de otras zonas de la selva, de la sierra. Día y noche trabajé. Terminé, terminando, de ahí pasó, no sé, una calentura. No sabía si fue intoxicación, pero no tenía tiempo ni para ir al médico, porque tenía un trabajo que entregar. Nos hospedamos en un hostel por Arenales, que no sé si era, porque era cerrado, hermético el cuarto y no habían limpiado. Cosa que terminando ese evento, regresé a mi cuarto y tenía un ardor en mi cara. Estaba con un ardor. Decía qué será. Y empezó a picarme mi cuerpo, todo así. No tenía ronchas, pero si me picaba. Mi cara calentaba como si estuviera en el horno. Y después ya empezó a picarme el ojo, la vista y así. Como algo que camina debajo en mi cuerpo. Empezaba a picarme todo. O sea, ya, para mi vista me fui a una enfermera. Le digo, ¿qué es bueno para la vista?, porque empieza a picarme, le digo. Me recetó una gota. Me echaba, nada. La cara caliente. Oye, le digo, estoy así, qué será bueno. No sé qué cremas me recetó. Me pasaba. No sé si tengo frío, y así estaba. Y decía, ahora qué tendré, decía yo. La vista, con la gotera, no pasa nada. Y así, así, a la justa, terminé el trabajo. Terminé, llegué a mi cuarto, y cada vez mi vista estaba peor, peor. La picazón aumentaba, y la calentura. Tenía que estar con agua, con agua. Y con cremas. Cremas que me recetaron, pero nada. Bueno, no sé qué será, pero, será el aire, el estrés. No me calmaba nada. Entonces pensé, será daño. De pronto, tomé ese juguito, esa esencia de la plantita del *shishin*, que digo que me dio mi madre. Con esas plantitas cualquiera no lo pido tampoco, más confío en mi madre. Ella me manda con mi hermana la esencia de la planta que ella prepara. Tomé agua, a veces te refresca, ¿no? No sé cómo me acuerdo de esa plantita. De ese, digo, ya me voy a echar yo esto de acá. Me he pasado en la cara, me he quedado dormida. Y en la tarde ya me había bajado esa calentura. Otra vez lo hice, ya me pasó. Me curé. Pero como había calentado bastante, la cara, me había calentado, ya empezó a pelarse. Pero así fue. Me he quedado así, con eso, bueno, me había calmado. Por eso tengo siempre, no lo puedo dejar de lado.

Tengo que usar lo que tengo. (Alejandra)

Examinando las narrativas de Alejandra y en términos de la literatura revisada, su itinerario se desarrolló de la siguiente manera.



Gráfico 8. Itinerario de Alejandra



Según la leyenda propuesta, en el gráfico anterior el círculo representa a Alejandra al inicio de su itinerario. De acuerdo a su relato, ella inicialmente no consideró que tenía daño. Siguiendo su itinerario, una circunstancia que influyó en la experiencia de sentir su malestar es que ocurrió en Lima, pero en un contexto en el que ella encontraba con colegas de otras comunidades, cuando estaba en un evento de capacitación con otros docentes procedentes de poblaciones originarias. Al finalizar este evento, a un día siguiente según el relato ella siente el malestar. Otra circunstancia que influye es lo cerrado del espacio de su cuarto que impedía la circulación del aire.²¹ No obstante, inicialmente ella no identificó su malestar como daño, por lo que en su ruta consideró dos alternativas para su tratamiento, en este caso, acudir a especialistas en biomedicina tales como un médico y una enfermera. Pero decide acudir a la enfermera y en el gráfico aparece una flecha gruesa que indica dicha decisión. La circunstancia que influye en su cambio de especialista es que no se alivió con las cremas y gotas que la enfermera le prescribió. Este momento es clave ya que ella siente y acepta que su malestar es daño. La molestia en la piel, y el considerar factores como la circulación del aire y el estrés que siente, influyen en su diagnóstico. Entonces a continuación otra flecha gruesa indica que en una acción de autocuidado, ella decide usar la esencia *shishin*, que ha sido dada por su madre, una especialista en quien ella confía, quien cultivó y preparó lo que ella denomina “sus plantas” y que además ella misma se lo ha enviado con su hermana. Alejandra decide pasarse por la cara esta esencia, y es de esta manera que ella se alivió.

Siguiendo a Good (2003), los relatos de los informantes acerca del daño, incluyen experiencias asombrosas, así como sus contactos con sanadores – curanderos- y sus visiones sobre lo sobrenatural, como parte de su búsqueda personal de sentido de su propia aflicción. Es decir, dicho itinerario no es únicamente para mejorar su situación de salud, sino también para hallar sentido a su aflicción, a su malestar. Para Alejandra, el desplazamiento de un cuerpo

²¹ Para Alejandra el daño también se denomina “mal de aire”.

extraño y ajeno dentro del cuerpo, que fastidia o incomoda la piel, o el contacto violento con una corriente o fuente de aire son características asociadas a sus sensaciones y significados del daño.

...A veces cuando siento que mi cuerpo de repente se ha chocado con algo así como mal de aire. A veces tu cuerpo como que camina algo en tu cuerpo. Entonces ahí como algún animalito, caminan. Entonces ahí es donde yo digo qué es daño. Entonces, siento como si debajo de mi piel anda algo así ¿no? Y eso es algo fastidioso. De repente, algún aire me ha chocado, me habré topado, digo ¿no? (Alejandra)

Concordando con la perspectiva teórica propuesta, la intermedicalidad está presente en la experiencia relatada por Alejandra, en el empleo de distintos elementos terapéuticos relacionados con tradiciones terapéuticas también distintas. Alejandra al no aliviarse con recursos y especialistas biomédicos realizó acciones de autocuidado, ya que se aplicó la esencia de la planta según estimó conveniente. No obstante esta esencia es un recurso de salud que contiene una alta carga simbólica ya que ha sido preparado y enviado por su madre y entregado por su hermana especialmente para ella. Finalmente, Alejandra se trató y alivió en Lima, pero con una esencia de planta cultivada y preparado por su madre, que ella tenía en Lima.

Usar la plantita dependiendo, por ejemplo, ya yo del mal de aire porque confío. Porque eso ninguna medicina me va a pasar eso, me va a ayudar, ninguna pastilla. Yo así culturalmente yo siempre tengo que andar con algo de mi zona siempre. Conmigo, aunque sea con la esencia de alguna plantita de la zona. Es cuando a veces de pronto siento un mal de aire que dicen. Lo traigo de mi tierra. (...) esas plantas medicinales para daño que decimos. Sobre todo, esos son muy delicados.

Si bien hay que considerar las limitaciones de contar con dos casos de experiencias de daño sentidas en la ciudad de Lima y evitar hacer generalizaciones, retomando lo planteado por Casado i Aijón (2016) en el marco teórico, y continuando con la respuesta a la interrogante sobre cuáles son los itinerarios para aliviar y tratar el daño, se puede tener las siguientes consideraciones.

- Sistemas o recursos médicos empleados

A la luz del marco teórico propuesto, en esta búsqueda de bienestar y de tratamiento, Alejandra y Francisco, a partir de su experiencia del daño, construyeron sus rutas o caminos a seguir. Según la perspectiva teórica, en los itinerarios se construyen rutas, y se negocia el diagnóstico, el tratamiento e incluso el nombre del malestar. Está en juego la identidad y la cultura de las personas. Entonces, según el trabajo de campo, en los itinerarios hay formas de llegar a un diagnóstico de daño: puede ser descartando la biomedicina ya que no alivió; o sintiendo síntomas que ya han identificado y atribuido al daño. Francisco desde un momento inicial sintió e interpretó la experiencia de su malestar como daño, pero Alejandra tuvo niveles de negociación sobre el diagnóstico del malestar y la terapéutica. Tanto en el caso de Alejandra como en el de Francisco, los itinerarios se construyeron con pocas decisiones diferenciadas a seguir; es decir, las cadenas de decisiones han sido pocas para llegar a sus resultados de alivio del malestar. En el caso de Francisco desde el inicio su autodiagnóstico de daño fue confirmado por su maestro. El optó por acudir a este especialista y seguir sus prescripciones de dieta. Se mantuvo en el ámbito del marco cultural y referentes médicos de su maestro mientras estaba en Lima y su decisión siguiente fue viajar para continuar con el tratamiento con el mismo especialista. En el caso de Alejandra, al no aliviarse con las prescripciones de la especialista en biomedicina, admitió su autodiagnóstico de daño e inició acciones de autocuidado con un recurso de salud que otra especialista; en este caso su propia madre con su tradición médica y referentes sanitarios; le envió. Tanto Alejandra como Francisco emplearon un tipo de recurso de salud por vez. No emplearon recursos biomédicos en paralelo. Neves (2013, p. 570) resalta la importancia de considerar en dónde se inicia el proceso terapéutico y la articulación de las prácticas de salud tradicionales como biomédicas, cómo interactúan y cómo se negocia sobre lo que se considera como malestar. Para aceptar que su malestar era daño, Alejandra utilizó previamente recursos y terapéuticas de biomedicina. Como no se alivió,

concluyó que su malestar era daño y utilizó recursos dados por su madre. Francisco aceptó que su malestar era daño desde el principio de su itinerario. Por ello buscó a su maestro. Con respecto al inicio del itinerario y la identificación del daño como malestar, ambas personas narraron que estuvieron rodeados de gente proveniente de sus propias comunidades. En el caso de Francisco, identifica un tiempo de aproximadamente una semana, que media entre el evento de daño y la sensación de malestar que siente quien es afectado. Pero ello tendría que ver, como el mismo señala, con cuán preparada y fuerte está la persona afectada por el daño. Por ello refiere que su malestar pudo ser causado en alguna comunidad en la que estuvo debido a sus viajes. En el caso de Alejandra, ella relató que estuvo en un evento con otros docentes que proceden de poblaciones originarias. No obstante, ella lo sintió en Lima y sin que transcurran días después del evento. El daño es un malestar que, de acuerdo a las narrativas de aflicción de quienes lo han padecido, y los itinerarios que han seguido, se ha producido y/o lo han sentido mientras estaban con sus paisanos o con personas provenientes de otros pueblos indígenas

Según el marco teórico ha habido procesos de intermedicalidad y autocuidado. Alejandra inició con recursos biomédicos y acude a especialistas en biomedicina. Al no aliviarse, en un proceso de autocuidado recurrió a una esencia dada por su madre y preparada por ella. Efectivamente es autocuidado, pero es con un recurso, de su comunidad, son “sus plantas” preparadas por su madre, quien es awajún. Con respecto a la intermedicalidad, Alejandra en su itinerario inició con tratamientos dentro de la biomedicina, de “lo occidental” como señala, antes de tratarse con la esencia de la planta, que responde a una tradición médica distinta. En el caso de Francisco, en su itinerario el inició y finalizó con un especialista, que según su relato, no es awajún, y su marco de referencia en salud es en sus palabras, “una mezcla de todo”, ya que tiene diversas tradiciones médicas y apela a distintos recursos ahaninkas, kukamas, yine, quechuas para sus terapéuticas.

El pluralismo médico de acuerdo al marco teórico planteado, implica la

existencia de distintas formas de curación disponibles simultáneamente en las mismas circunstancias. En este sentido, Lima es un contexto médico pluralista en el que coexisten distintas tradiciones médicas o formas de curación, disponibles simultáneamente. Pese a ello, los informantes en su búsqueda por aliviarse del daño, optaron por tratar el daño con especialistas en tradiciones médicas distintas a la biomédica y recursos de salud prescritos o brindados por ellos. En las narrativas de sus itinerarios los informantes identificaron únicamente elementos o recursos terapéuticos que procedían de la biomedicina o procedentes de su comunidad o que adquirieron en Lima; y no de otras tradiciones médicas que existen en Lima, tales como medicina oriental, homeopatía, etc. Tanto Francisco como Alejandra mientras se encontraban en Lima se trataron y aliviaron con recursos dados por los especialistas de poblaciones originarias. De esta manera, los recursos empleados con respecto a las tradiciones médicas fueron los siguientes:

- Francisco acudió a su maestro e inició una dieta que le prescribió. Ambos dietan, uno para tratarse del daño y el otro para apoyarlo en el proceso. Luego de un mes dietando viajó a la comunidad donde se encontraba el maestro y finalizó su tratamiento con él, allí. Inicia y concluye su itinerario con el especialista.
- Alejandra acudió a una enfermera quien le prescribió gotas y cremas. Al no aliviarse, luego en procedimientos de autoatención, usó la esencia de la planta *shishin*, que anteriormente preparó y envió su madre desde su comunidad por medio de su hermana.

- Especialistas terapéuticos

Tres especialistas médicos intervienen en los itinerarios. En la ruta de Alejandra, se identificó a la enfermera, y posteriormente a su madre quien es especialista awajún. En sus narrativas ella señaló que su madre también la ha tratado con anterioridad a ella y a sus hermanos de daño,

además de otros malestares. Con respecto a Francisco, el identificó en su relato a su maestro, un terapeuta con conocimientos especializados para tratar el daño. Los conocimientos y terapias de este maestro proceden de diversas tradiciones médicas y apelan a distintos recursos asháninkas, kukamas, yine, quechuas para sus terapéuticas. En el caso de Francisco, él no le llama *iwishin*, le llama maestro. Según Brown (1984), Guallart (1989) y Flores (2019), si se llega a un diagnóstico de brujería o *waweamu*, solo un terapeuta tradicional tiene la habilidad de aliviar la dolencia. En este sentido, los informantes optan por tratar la brujería o daño con su especialista de medicina tradicional o con recursos de medicina tradicionales. Francisco realizó su curación fuera de Lima, pero su tratamiento lo inicia en Lima con su maestro que lo trata a distancia y lo continúa en una ceremonia en la comunidad; especialista que, según su relato, no es awajún. Alejandra utilizó un preparado dado por su madre, quien es especialista awajún. En las dos situaciones que finalmente aliviaron a los informantes, estas fueron mediadas por la confianza o vínculo familiar que tenía con los especialistas. La importancia del parentesco se evidencia en el caso de Alejandra con su madre, en el caso de Francisco su maestro participaba en rituales con su padre, tenía vínculos con él y luego fue maestro. Tenía vínculos con su padre y luego con el mismo.

- Motivaciones a seguir o causas para decidir usar uno u otro recurso o cambiarlo

En sus itinerarios médicos para aliviarse del daño, la motivación principal de los informantes para decidir usar y continuar utilizando los recursos que fueron proporcionados por los especialistas en quienes confían ha sido su capacidad terapéutica para aliviarlos, es decir que sienten que lo que hacen o usan efectivamente funciona; pero, además que, al utilizar estos recursos, sintieron que valoraban y reeditaban los vínculos culturales y pertenencia hacia su

comunidad.

Para Guallart (1989, p.132) existen dos tipos de enfermedades. Si se detecta la causa de la enfermedad o aflicción, corresponde a un tipo de tratamiento, pero si no se detecta la causa de su malestar, entonces se considera que puede “suponer una causa invisible, mal intencionada, enemiga”. Tanto Brown (1984), Guallart (1989) y Flores (2019) coinciden en que los síntomas de las distintas dolencias pueden ser los mismos, pero lo que determina que sea clasificados como correspondientes a un malestar u otro y se inicie un tipo de tratamiento u otro itinerario de salud, es determinar la causa que los originó. Es decir, lo que establece el curso o itinerario a seguir en búsqueda de alivio al malestar no son sus síntomas sino la causa que los produjo. En correlato con lo anterior se construyó el itinerario que siguió Alejandra. Ella descarto recursos biomédicos en su itinerario y luego cuando consideró que sus síntomas no tenían resolución con los recursos biomédicos que había empleado, consideró que podía ser otra la causa. Y actuó como si fuera daño. Sumado a lo anterior, el trabajo de campo acorde con lo que señala Brown (1984, p.178) cuando no mejora o hay características poco usuales, se considera que puede ser brujería. En el contexto médico plural de Lima con recursos de distintas tradiciones médicas ambos informantes se decantaron por el empleo de terapias propias de las tradiciones médicas de los especialistas en quienes confiaban. Francisco también consideró que esta ayuda y terapia del maestro de seguir dietas y recibir su ayuda a distancia hasta que pueda viajar y encontrarse con él, es efectiva pese a la distancia geográfica. Según Viveiros de Castro (2013) y Brown (1984), la dieta y la alimentación son aspectos importantes no únicamente para la dimensión física sino asimismo para mantener cualidades subjetivas relacionadas con la corporalidad de la persona. El cambio de alimentación, modificaciones de la dieta y régimen alimenticio, está relacionado con el cambio en las características de la corporalidad física (*iyásh*), y espiritual (*wakán*), de la persona, subsecuentemente, con su identidad. Es decir, de acuerdo al marco teórico, las características del cuerpo se mantienen de acuerdo a lo que se ingiere. Por ello se prefiere ingerir cosas de la comunidad. La salud es conservar características

y capacidades de humano, como la participación social. En concordancia con el marco teórico, lo que se ingiere se relaciona con modificaciones del cuerpo y subsecuentemente, de la identidad. Esto es importante para los informantes awajún, que cuentan con educación formal, posicionamiento laboral, viven en Lima y además están en un entorno médico plural; y prefieren los recursos terapéuticos de sus comunidades. En el caso de Francisco, para mantener el equilibrio de su cuerpo y su condición de estar sano y sin daño. En el caso de Alejandra, para aliviarse, pero además para remarcar que por más profesional que sea “no puede dejar su cultura y sus creencias” así como sus plantas “que también curan”.

- Percepción y formas de representación de la enfermedad

Como se ha señalado con anterioridad, este malestar que los informantes han experimentado en Lima y que identifican en las narrativas como brujería o daño, en awajún es denominado “*waweamu*”. Hay que recordar que todos los informantes awajún cuentan con educación formal superior y vínculos laborales sólidos e incluso cargos en la ciudad de Lima, aun así, todos menos Mariana, consideran que el daño como malestar existe. De acuerdo a la perspectiva fenomenológica de la tesis, se percibe y accede al mundo, pero además se percibe y accede al cuerpo. Según el marco teórico, se remarca la importancia del marco cultural para las narrativas de aflicción. Para Good (2003) la experiencia es totalmente cultural. Las historias y significados asociados a la aflicción moldean el relato y la estructura narrativa de dichas experiencias. Además, los valores culturales modelan la experiencia corporal y sensorial, así como los significados y construcciones simbólicas acerca de la aflicción y el sufrimiento. Según esto, el daño es un malestar que tiene sentido en el marco cultural de quien lo padece y para ser aliviado requiere la intervención de un especialista que comparta el mismo marco cultural. De acuerdo con el marco teórico revisado, el daño requiere la agencia e intencionalidad de un ente o ser externo al ser humano; no es casual ni fortuito. Es producto de la influencia de

un ser con quien se ha quebrado relaciones que debieron observarse y mantenerse (Brown, 1984; Flores, 2019). En correlato con lo anterior, para ambos informantes, según sus narrativas e itinerarios ya descritos, subyace la idea de un desequilibrio en las relaciones con otros seres quienes pueden arrojar un dardo o virotes que enferman y ocasionan el daño según Francisco; así como un contacto violento con una corriente o fuente de aire que no circula, según Alejandra. Esta intencionalidad y agresión asociadas a sus sensaciones, se recupera en sus significados del daño, también denominado como “mal del aire” o “mal del hombre”. El daño que padecieron Francisco y Alejandra les ocasionó: dolores en la nuca, mareos; quemazón, ardor y picazón del cuerpo a modo de un animal que camina debajo de la piel, todo lo cual generó malestar muy profundo en los informantes además de causarles gran ansiedad al recordarlo incluso al momento de sus relatos. Estas sensaciones no se pueden aliviar con ampollitas como señaló Francisco, ni con gotas o cremas, ni pastillas, como señaló Alejandra. Prefieren los recursos y saberes propios de su marco cultural compartido con los especialistas en quienes confían.

Concordando con lo señalado por Anderson (2000) sobre las narrativas así como con el marco teórico acerca de los itinerarios, los informantes en cada una de sus narrativas de aflicción expusieron sus experiencias y sensaciones sobre lo que los afligió, por lo que trataron de encontrar caminos de salida a través de sus itinerarios. Así también, la autora reflexiona sobre lo que llama “el modelo de cuerpo-sociedad- cultura-mundo moral” que el narrador construye y reconstruye. Sobre ello, según los relatos y la perspectiva de los awajún con quienes se conversó, el ideal de persona humana sería quien no se enferma o se enferma poco o nunca. Esto para no tener problemas en el trabajo, mantener vínculos con su comunidad no únicamente con el idioma, sino con lo que se ingiere de la comunidad tanto lo que alimenta como lo que alivia malestares. Recordar que para la perspectiva awajún planteada en el marco teórico, mantener la condición humana, la vigilancia de lo que se ingiere es importante. Además de lo que se ha planteado con anterioridad, un aspecto muy importante acerca de cómo los informantes perciben el daño para dar inicio sus itinerarios, es el momento o

contexto en el que se produce y aceptan tenerlo. Examinando ambas narrativas de Francisco y Alejandra, el daño se produjo en contextos de que ambos informantes estaban con personas de otras comunidades nativas. En caso de Francisco, él suele viajar a otras zonas de comunidades nativas. En el caso de Alejandra, ella estaba realizando trabajos en Lima con personas de otras zonas de comunidades. Por consiguiente, los informantes experimentaron el daño en Lima, lo sintieron en Lima, pero refieren que se adquirió en circunstancias en las que se encontraban con personas de comunidades nativas, con las que comparten características de semejanza, por ejemplo, identificarse como procedentes de comunidades nativas o hablar idiomas originarios. Otro aspecto importante y relacionado con el anterior punto es el tiempo que dista entre cuando se produjo el daño y cuando lo experimentaron y sintieron. Alejandra lo siente luego de finalizar su evento en Lima. Luego de trabajar día y noche, al día siguiente de lo que pudo producirse según su relato. Francisco incide en que ello depende de la fortaleza de la corporalidad de la persona. A mayor fortaleza, pasa más tiempo para sentir el malestar. Para él según su itinerario, se produjo una semana antes cuando estaba en comunidades y luego lo sintió en Lima.

- Percepción del éxito o fracaso de la terapia seguida o recurso empleado

Según la perspectiva teórica, en los itinerarios se construyen rutas, y se negocia el diagnóstico, el tratamiento e incluso el nombre del malestar. Está en juego la identidad y la cultura de las personas. Entonces, según el trabajo de campo, en los itinerarios hay formas de llegar a un diagnóstico de daño: puede ser descartando la biomedicina ya que no alivió; o sintiendo síntomas que ya han identificado y atribuido al daño. Concordando con Brown (1984), la causalidad de la enfermedad para los awajún es lo que determina el tratamiento a seguir. Con respecto al daño, él propone tres acciones que se realizan consecutivamente.

- Con respecto al diagnóstico, Francisco identificó que el malestar que lo aquejaba era daño desde el inicio y acudió a su maestro de confianza, que había

sido cercano a su padre. Alejandra consideró que no era daño, por ello se trató con recursos de medicina biomédica, pero luego cuando no se aliviaba, identificó que era daño.

- Sobre la etiología o causa de la enfermedad, no identificaron una causa específica que lo que los causó. Francisco refiere que su malestar pudo ser causado en alguna comunidad en la que estuvo debido a sus viajes. En el caso de Alejandra, ella relató que estuvo en un evento con otros docentes que proceden de poblaciones originarias. No obstante, ella lo sintió en Lima y sin que transcurran días después del evento, aunque inicialmente consideró que era una intoxicación.

- Acerca de la evaluación, constantemente evaluaron que tratamiento tomar. Al sentirse afectados por el daño, Francisco recurre a su maestro y siguió sus prescripciones sin cuestionar. Alejandra inicialmente se trató con recursos de medicina biomédica y recurrió a una enfermera, pero luego cuando no se aliviaba, evaluó su situación, la biomedicina no tuvo éxito en su caso por lo que cambia de diagnóstico como de tratamiento. Así decidió usar la esencia de la planta *shishin* que su madre le hizo llegar con su hermana anteriormente, es decir utilizó un recurso de la medicina tradicional para tratar el daño.

Ambos informantes al finalizar sus itinerarios se aliviaron del daño con los recursos y terapéuticas que estimaron más pertinentes, pero dentro del esquema de salud tradicional de sus respectivos especialistas, el maestro y la madre. Para aliviarse han necesitado la intervención de recursos médicos y especialistas a quienes conocen y en quienes confían y con quienes tienen vínculos afectivos, familiares y de parentesco, que están o proceden fuera de Lima.

- Personas implicadas en el itinerario

En cuanto a la construcción de significados, para los awajún la familia es importante para los procesos de salud y enfermedad. De acuerdo al trabajo de

campo y concordando con el marco teórico (Brown 1984) las decisiones que los awajún con quienes se conversó toman sobre su salud no suelen ser asuntos únicamente personales, sino que se construyen con el diálogo y con niveles de intervención familiar e involucran a personas de la familia o del entorno de confianza. Tanto Good (2003), como Brown (1984) y Crandom–Malamud (1991) consideran clave la impronta de la familia y las personas cercanas a la persona en el desarrollo del proceso y lo que la salud y la enfermedad significan. Para Good (2003), la aflicción no solo la vive y experimenta el sujeto, sino que involucra a su familia y a su sociedad; para Brown, la intervención de la familia es importante para la identificación del diagnóstico y para la toma de decisiones sobre el tratamiento a seguir; para Crandom–Malamud (1991) el diagnóstico está mediado por percepciones individuales y consejo de las personas del ámbito familiar y cercano de quien padece.

A la luz de estas consideraciones teóricas de los relatos de los informantes, la influencia de la familia en dichos procesos de salud y enfermedad se mantiene vigente. En el itinerario de Francisco únicamente su maestro aparece implicado, pero es quien lo ha tratado con anterioridad, tienen vínculos de confianza y familiaridad de años e incluso ha conocido a su padre. Es con él con quien confirmó su diagnóstico de daño. En el itinerario de Alejandra, intervinieron la enfermera y su madre. Pero es con la esencia que le brindó su madre, quien ya la ha tratado con anterioridad a ella y a sus hermanos, que se alivió cuando identificó su malestar como daño.

- Acontecimientos con niveles de influencia en el itinerario

Por lo general, lo que influye para que los informantes continúen con sus rutas de salud es la búsqueda de alivio de su malestar con el recurso al que se accedió. No obstante, hay circunstancias que son significativas para cada uno. Por un lado, el contexto de cercanía con personas de comunidades nativas en el que se produce el daño. En el caso de Alejandra, ella estaba en un evento en Lima con

colegas de comunidades nativas. Para Francisco, el haber estado viajando fuera en comunidades de la Amazonía y según él, posiblemente exponerse al daño allí.

Por otro lado, los especialistas tienen vínculos afectivos y /o de parentesco con los informantes. En el caso de Francisco, el que su maestro, el especialista en quien confía, se encuentre fuera de Lima es un hecho que influye en su decisión de viajar para aliviarse del todo. En el caso de Alejandra, el no aliviarse con recursos biomédicos, influye profundamente en su itinerario por lo que descarta lo biomédico, asume un nuevo diagnóstico y decide cambiar de recursos de salud y en ello, de tradición médica.

3.4.3 Significados que emergen de los itinerarios para aliviar el daño y los recursos terapéuticos utilizados

Este acápite se desarrolla en respuesta a la interrogante sobre cuáles son los significados asociados a recurrir y/o utilizar alternativas en salud y los significados de haber seguido un itinerario terapéutico para el tratamiento y alivio del daño.

3.4.3.1 Significados de los recursos terapéuticos utilizados para aliviar el daño

En esta sección, se presentan los significados relacionados a los recursos terapéuticos utilizados para el tratamiento y alivio del daño por parte de Francisco y Alejandra mientras estaban en Lima. Dichos recursos son denominados por los informantes como “mis plantas”, y la dieta, que implica pautas en la alimentación, pero además indica proscripción de ciertas conductas, lugares y acciones. Otros tratamientos, como la ingesta de plantas en contextos rituales, se realizaron fuera de Lima. Considerando el marco teórico propuesto, a través de las narrativas es posible acercarse a la experiencia corporal y sensorial de la aflicción vivida por los informantes. Por ello, los significados de los recursos terapéuticos utilizados se reconstruyen a

través de las narrativas y se presentan a continuación

a) Sobre las plantas

En los relatos de Alejandra ella identificó la esencia de la planta *shishin* para curar el daño. Este jugo de la planta puede tomarse y también puede ser frotado sobre la piel. Esta planta *shishin* que usó Alejandra fue sembrada, cosechada, seleccionada y preparada por su madre que conoce el procedimiento. Por ello Alejandra confió en su utilidad y capacidad curativa. En sus relatos mencionó también el toé para tratar casos más graves de daño, variedades específicas de kion para aliviar el daño, así como una variedad de plantas *piripiri* para tratar el daño en bebés. Pero en su itinerario ella utilizó únicamente esta vez la esencia de *shishin* para aplicarla sobre su piel. Alejandra señaló que lo que cura es la planta, pero también enfatizó la importancia que su madre sea quien la cultivara y se la otorgara. Así también, Francisco mencionó el toé y la ayahuasca como plantas cuyos jugos o extractos él ha tomado en contextos de ceremonias rituales²² y preparados por su maestro. En su caso, él confía en su maestro porque participó con su padre en estas ceremonias, quien le aconsejó solo tratarse con él. No obstante, en este caso, en su itinerario, en Lima él realizó la dieta porque no podría acceder a las plantas brindadas por su maestro ya que él se encontraba fuera de Lima por lo que espera estar con él para tomarlas.

Sobre los significados de las plantas para tratar el daño, hay que considerar lo que señala Garra (2012, p. 9), que incide en la importancia de la relación de las personas humanas con otros seres que comparten atributos de humanidad. Para los awajún, las plantas tienen atributos de humanidad y una corporalidad espiritual o *wakán*. De acuerdo a ello, para ambos informantes los significados de la planta con respecto a su capacidad terapéutica de aliviar el

²² Francisco menciona rituales realizados con su maestro en la comunidad, no en Lima. En sus relatos, él menciona tomar ayahuasca y toé, únicamente consumidos en contextos rituales y bajo protocolos, tanto para el tratamiento como para la prevención del daño, pero también para fortalecer y limpiar el cuerpo ante otros malestares como la gripe. En estas narrativas, el significado de estos rituales es asociado con la limpieza, la recuperación del equilibrio y la prevención.

daño, trascienden la estructura de la planta en sí misma y tienen una dimensión y significado relacional. De esta manera, para Francisco y Alejandra, las plantas son importantes, pero no cualquier planta sino que en este caso su capacidad terapéutica se vincula a la confianza establecida en la relación parental y/o amical con el especialista. Ello involucra a la planta con respecto a su lugar de su procedencia: (dónde y quien la sembró, cosechó y seleccionó), quién la preparó, quien la ofreció, quien las prescribió: la madre o el maestro, e incluso para Francisco, dónde y con quién se consume (en un contexto ritual en la comunidad dónde está su maestro).

De repente, algún aire me ha chocado, me habré topado, digo ¿no? (...) Esa es mi cultura. He crecido en esa cuna de tratamientos, por lo tanto, lo mantengo, y respeto también a mis plantas. Y confío también, así como confío en todos los seres espirituales, tanto los occidentales, porque también nos han hecho creer y también creo, también, [en] los de mi pueblo, de mi cultura. (...) Usar la plantita dependiendo, por ejemplo, ya, del mal de aire, porque confío. Porque eso ninguna medicina me va a pasar eso, me va a ayudar, ninguna pastilla, ningún esto me va a pasar.

(Alejandra)

Complementando el punto anterior, hay que considerar la especificidad de las plantas para el alivio del daño en contraste con lo biomédico: ni ampollas, ni cremas, ni gotas. Este es un significado profundamente compartido por ambos informantes y no se pone en cuestión en ningún momento, sino que tienen una convicción de que, con estas plantas, estos recursos terapéuticos que corresponden a otra tradición médica y que no pueden ser intercambiadas o sustituidas por otras que se encuentren en Lima; se puede aliviar el daño.

Y eso se va a curar con un curandero. No se va a poner una ampolleta, nada de esas cosas. (Francisco).

Además, recuperando lo que señala Alejandra, la utilización de dichas plantas tiene significados asociados al respeto por la cultura de sus comunidades: Al confiar en los tratamientos con las plantas y los especialistas que las prescriben, se reedita también las relaciones con los seres espirituales

que son las propias plantas porque poseen *wakán*; y a su vez se confía, reedita y mantiene vigente las relaciones con su comunidad y con su grupo familiar.

He crecido en esa cuna de tratamientos, por lo tanto, lo mantengo y respeto también a mis plantas. Y confío también, así como confío en todo de seres espirituales tanto de occidental, porque también nos han hecho creer, y también lo creo también lo de mi pueblo, de mi cultura; entonces, pero considerando que soy. (Alejandra)

Para estar sano lo que se requiere es estar equilibrado con su entorno, con la familia, con la comunidad, con los bosques, con la alimentación, con la inocuidad en todo caso, eso se puede lograr con plantas medicinales... Un entorno equilibrado es la salud. Espiritualmente se denomina así cuando tú tienes una buena relación con todos los seres. Pueden ser seres vivos, pero todos tienen espíritu, hasta la piedra". (Francisco)

b) Sobre las dietas

Se ha señalado antes que, de acuerdo a la perspectiva fenomenológica propuesta, se percibe y accede al mundo, pero, también se percibe y accede al cuerpo. En coherencia con esta propuesta, la conexión con el lugar y sus elementos es vital para la comprensión del daño y para su tratamiento y prevención. Por ello, en sus relatos, Alejandra y Francisco aluden a prohibiciones que implican no consumir o comer ciertos alimentos, no estar en ciertos lugares, no realizar ciertas acciones, o no estar presentes en determinados sitios. Es decir, la dieta se asocia a significados *positivos* que suponen evitar una serie de situaciones y trascienden largamente la alimentación porque además promueven acciones, forman hábitos y construyen conductas. Para Brown (1984), Viveiros de Castro (2004) y Greene (2009), la dieta en el contexto amazónico awajún implica seguir cuidadosamente prescripciones dietéticas y comportamentales relacionadas con el consumo de ciertos alimentos e incluso restricciones sexuales. Dietas tienen significados positivos porque tiene que ver con la preservación de las características y capacidades humanas, por lo que involucra la identidad, la salud, la vida en sociedad.

Ya, te haces un tratamiento. Dietando, dietando, te hacen una

prohibición de tantas cositas. Tienes que cumplirlo. Ya la persona que te da la planta te dice hazte dieta. En ese caso, ya, mi madre. Ella me dio la plantita. Cuando era pequeña, nos decía, no comas. Te tratan, esto, y no comas esto, esto, y no salgas o no estés, de repente, afuera donde estén cocinando cosas así, queman algo. No tienes que oler nada de eso. Si estás medicado con esa plantita, no tienes que estar donde queman árboles o donde queman algún cabello o donde queman la grasa. Porque, al final, ¿qué hace?, repercute nuevamente la enfermedad que has tenido siempre, te dicen, tienes que hacer...” (Alejandra)

Entonces yo empecé a hacer eso a los 16 años. Y ahí pude ver y descifrar mi fortuna. También toé, también ayahuasca, también dietar. (Francisco)

Es de esta manera que la dieta puede restablecer, mantener o cambiar la composición interna del cuerpo, así como la relación con los semejantes, los paisanos, es decir, con el prójimo. La dieta conforma el cuerpo a niveles individuales y sociales. Por un lado, desde una dimensión individual según las narrativas de los informantes y en concordancia con el marco teórico, la dieta significa la construcción de un cuerpo que pueda sobreponerse y resistir al daño. La ejecución de estas medidas es tanto para el tratamiento de un daño, que se experimenta en el presente, tanto como para la protección, prevención y fortalecimiento ante daños y malestares futuros. Según Francisco, “para eso [el daño] se dieta, se limpia, se toma ayahuasca, toe, se usan extractos de plantas.” Para él, la ingesta de toé o ayahuasca y las dietas son partes de un paquete de medidas y prescripciones que se deben sustentar entre sí para que surtan efecto. En el caso de Francisco, la dieta fue fundamental para su alivio y mantenimiento a distancia y la prescribió su maestro quien lo acompañó en el proceso de curación. Mientras estuvo en Lima el tratamiento fue a distancia, él maestro dietaba en la comunidad donde estaba y Francisco en Lima. Él señala que el proceso de curación es más intenso cuando está más cerca de su maestro y es así que finalmente pudo aliviarse. En su itinerario su dieta ha sido de un mes y fue específica para su malestar de daño. Para el alivio de Francisco, fue clave que la agencia del maestro, sea percibida en un contexto de gran lejanía geográfica mientras él aún se encontraba en Lima. En el caso de Alejandra,

aunque en este itinerario ella no ha dietado, con anterioridad si las ha realizado por prescripción de su madre, quien los guía usualmente a ella y a los hermanos de Alejandra en un proceso familiar de mantenimiento y recuperación de la salud y bienestar. Es algo que Alejandra en sus relatos señaló que conserva a lo largo de su vida. En su caso su madre, como especialista que la ha tratado, le ha prescrito dietas desde que era niña “Porque ella es la que trata, y ella ya adquirió de otros, de sus ancestros, de su madre, así ¿no? O de una persona adulta que le enseñó alguna vez. Entonces ella también transmite ese mismo conocimiento hacia nosotros también”. Por consiguiente, para los informantes dietar significa la construcción del cuerpo, así como limpieza y restablecimiento del equilibrio de la corporalidad en el *iyásh* y *wakán*. Limpieza implica restituir al cuerpo sus características de humanidad y bienestar, eliminar el daño y los virotes que lo ocasionan. Pero dietar también significa un aprendizaje del que dieta e implica una dimensión relacional y social.

Uno puede hacer la dieta una semana, quince días, un mes, tres meses. Un año y medio. Depende de que aprendizaje quieras lograr. O hasta que te cures. (Francisco)

Mi madre me dijo hazte dieta y ella me dio la planta porque ella es la que trata, y ella ya adquirió de otros, de sus ancestros, de su madre, así ¿no? O de una persona adulta que le enseñó alguna vez. Entonces ella también transmite ese mismo conocimiento hacia nosotros también. Mi madre, para sus hijos. O sea, como le digo, cada persona, cada mujer, cada persona awajún, tiene sus tratamientos en la forma de usar y tratar a sus hijos si hay algún mal. En vista de que ya no pueden, de repente es exagero, ya pasan de sus manos, ya pues, puede pedir apoyo a otra persona. Si el tratamiento y la mujer están en sus manos con sus plantitas y su medicina que tienen ahí queda, ¿no? Pero si pasa fuera de eso, entonces ya va más allá. (...) Entonces mi madre le preparaba y nos daba. La planta se encarga de curarnos. Igual mi madre, la persona adulta ya conoce ya las formas. Forma de preparar sus plantas, de dar las dietas, las indicaciones, la dosis que te va a dar. (Alejandra)

De acuerdo a los relatos de Francisco y Alejandra, las dietas se prescriben en función a un propósito. Puede ser para aliviar lo que causa el daño, pero también significa obtener un aprendizaje. Es el o la especialista quien, según los informantes, señala el tiempo que se va a realizar de acuerdo a su tratamiento y

sus objetivos. Para Francisco, la dieta permite un aprendizaje, es poder saber para prescribir y poder aliviar a otros. Su experiencia ha sido dietar en simultáneo con su maestro, aunque estuvieran separados para aliviarse del daño. Es un aprendizaje que viene de sus ancestros. Según Alejandra, el o la especialista, conoce las formas las características y el tipo de dieta que es necesario para la persona y en cada caso. Por consiguiente, esta dimensión relacional significa una relación con el entorno en el que se encuentra la persona, como se relaciona con sus semejantes, con las plantas y animales que se puede ingerir, con lugares y con las personas con quienes convive, pero también la relación con quien prescribe la dieta.

En la siguiente tabla se recopilan los significados asociados a los recursos terapéuticos empleados para tratar el daño que se han identificado en los relatos de los informantes.

Cuadro 14. Significados asociados a los recursos terapéuticos para tratar el daño

Recurso terapéutico empleado	Significado asociado para los informantes
Esencia de planta <i>shishin</i> dada por la madre	<p>Significados positivos relacionados con una dimensión relacional: su capacidad terapéutica de aliviar el daño trasciende la estructura de la planta en sí misma y se vincula a la confianza establecida en la relación parental / amical con quien es especialista.</p> <p>La capacidad terapéutica de la planta se vincula a la especialista quien la sembró, seleccionó, clasificó según sus capacidades curativas, y preparó. La planta tiene atributos de humanidad y una corporalidad espiritual.</p> <p>La especificidad de las plantas. No puede ser intercambiada o sustituida por otra que se encuentren en Lima.</p>

	Reedita y mantiene vigente relaciones y vínculos con su comunidad, familia y cultura.
Dieta prescrita por el maestro y realizada en simultáneo por él y Francisco.	<p>Significados positivos relacionados con una dimensión individual: construcción del cuerpo y reconstrucción de un cuerpo que pueda sobreponerse y resistir al daño (<i>wakán e iyásh</i>). Limpieza del cuerpo (<i>wakán e iyásh</i>) y restablecimiento del equilibrio (mental, corporal, social). Prevención y protección ante el daño y otros malestares.</p> <p>Significados positivos asociados con una dimensión relacional y social: relación con el entorno en el que se encuentra la persona, con sus semejantes, con las plantas y animales que puede ingerir, con lugares y con las personas con quienes convive, relación con quien prescribe la dieta. Simultaneidad y ayuda espiritual del maestro. Tratamiento a distancia. Complementa la realización del ritual, así como el consumo de plantas.</p>

Fuente: Elaboración propia

3.4.3.2 Significados que emergen de los itinerarios para tratar y aliviar el daño

En esta sección de la investigación se profundizan los significados que para Francisco y Alejandra ha tenido la experiencia de haber utilizado los recursos terapéuticos para tratar el daño y haber seguido una determinada ruta o itinerario médico.

A continuación, se desarrollan los significados que emergen de las rutas seguidas para aliviar el daño, que están relacionados con la identidad cultural.

c) Significados de los itinerarios en relación a la identidad cultural

Acerca de los significados asociados a la identificación con un colectivo con el que se comparte un marco cultural. El daño es un malestar que está vigente en los significados y experiencias de los informantes. Es un malestar cuya existencia se acepta entre quienes comparten un marco cultural semejante. Francisco y Alejandra se reconocen profesionales, pero también identifican el daño como un malestar que los afecta, que ha afectado a sus familiares y puede afectar a personas de sus comunidades. Al respecto, Good (2003) considera la dimensión cultural presente en las narrativas. Este autor se refiere a que las narrativas de aflicción están organizadas en términos culturales, los que dan forma o reflejan modos específicos de experiencia vivida. Las personas reflexionan en torno a su propia aflicción y la cultura le da lógica a esa racionalidad. Ya se ha señalado que los informantes en sus itinerarios para tratar y aliviarse del daño, mencionan que se “limpian” para protegerse, prevenir y evitar el daño. Si ya han sido afectados, el procedimiento de limpieza es un tratamiento para equilibrarse y de esta manera aliviarse del daño que los afecta. De esta manera los informantes construyen el cuerpo mediante la toma y utilización de plantas, la realización de dietas y los rituales. Dicha constitución de corporalidad permite que se relacionen socialmente con sus semejantes. Al respecto, Anderson (2000, p.9), también plantea que, quien realiza las narrativas sobre situaciones de salud y enfermedad, a través de estas, enfatiza su agencia. Por ello, quien narra, expone su teoría personal acerca del malestar que lo aqueja, y presenta caminos de solución y opciones de salida. Así también, Anderson acota que a través de las narrativas se delinea “de manera tentativa y parcial, el modelo de cuerpo-sociedad-cultura-mundo moral” que el narrador, la persona construye y reconstruye cuando atraviesa por problemas y aflicciones de salud.” Para los informantes, aceptar que tienen daño o que pueden ser afectados por este, conlleva significados asociados a formar parte de un colectivo familiar y comunal con el que se identifican y sienten que pertenecen ya que comparten un marco cultural de referencia similar. Considerando lo que señalan Good (2003) y Anderson (2000) también es importante tomar en cuenta que como ya se ha señalado anteriormente en la tesis, según las narrativas de

Francisco y Alejandra el daño se produjo en contextos de cercanía con personas de comunidades nativas.

Es de esta manera que los informantes –funcionarios awajún con educación formal superior y con posiciones de toma de decisiones en el Estado– comprenden el daño y el uso de terapias para tratarlo, continúan respetándolo e incluso atribuyendo capacidad terapéutica al empleo de plantas y dietas para curarlo, porque como han señalado, valoran el conocimiento que les permite comprender normas de convivencia en el espacio de comunidades y poblaciones en las que se desplazan. En un entorno como la ciudad de Lima percibido como indiferente y agresivo como ya se ha planteado anteriormente, aceptar y comprender el daño aporta para ellos un marco de interpretación significativo y válido que los relaciona con su comunidad y familia. Reconocer el daño en ellos o sus familiares y paisanos significa también una forma de considerarse como awajún. Por todo lo dicho, retomando la referencia a Merleau Ponty al inicio de esta investigación, a través de la fenomenología lo que se subraya es la descripción de la experiencia vivida como forma de abordar la comprensión de la existencia del mundo, pero también la comprensión de la existencia del cuerpo. En coherencia con ello, el daño o brujería es una forma de percibir al mundo, de acceder a él, y ofrece un marco de interpretación, una forma de comprender el cuerpo y las relaciones entre cuerpos. La experiencia vivida del daño permite acceder al mundo awajún, a comprenderse como miembros de su comunidad. Esta forma de comprensión del mundo y del cuerpo es vigente en la comunidad y es válida y eficaz para desenvolverse no solamente en su comunidad, sino también en otros espacios. Por eso los informantes la siguen compartiendo, porque es una experiencia de verdad que permite su acceso y existencia al mundo awajún, del cual se sienten parte.

Sumado a lo anterior, de los itinerarios emergen significados sobre la utilización de los recursos terapéuticos como una forma de reivindicar la importancia y vigencia de su cultura y de la comunidad en sus vidas. El

diagnóstico de daño inició un derrotero de elecciones de recursos terapéuticos. Tanto el diagnóstico como la confianza en la capacidad terapéutica en los recursos de salud que lo alivian tienen sentido en el marco cultural de la persona como de los especialistas. Es pertinente tener en cuenta lo señalado por Crandon-Malamud (1991, p. 208) con respecto al diagnóstico en contextos de pluralismo médico y de coexistencia de distintas tradiciones médicas como en el caso de la ciudad de Lima en la que Francisco y Alejandra se encuentran:

La elección del recurso depende del diagnóstico. Es en el dominio del diagnóstico que todas las cosas son raramente similares y la noción de eficacia médica llega a ser problemática, subjetiva y de acuerdo al contexto cultural. Nosotros asumimos que la eficacia médica es la base de las decisiones médicas que las personas consideran para escoger los recursos más apropiados para tratar una enfermedad o padecimiento. El proceso de diagnóstico, sin embargo, no es únicamente altamente subjetivo sino subordinado a definiciones culturales y sociales también.” (La traducción es mía).

A la luz de lo propuesto, el diagnóstico de daño puede cambiar, y de hecho cambió en el tiempo del itinerario en el caso de Alejandra. Pero de acuerdo a las narrativas de los informantes, cuando decidieron que el malestar que los aquejaba era daño, únicamente utilizaron recursos prescritos o entregados por los especialistas. El diagnóstico desencadenó la ruta de búsqueda de alivio del daño por el derrotero de los recursos médicos que el maestro de Francisco y la madre de Alejandra pudieron proporcionar. Y sus decisiones y elecciones sobre los especialistas a quienes acudir y que recursos terapéuticos utilizar, partieron de la aceptación del daño como diagnóstico y lo que ello significó para los informantes. A continuación, se recupera un fragmento de las narrativas de Alejandra, que grafica la importancia que culturalmente para ella significa el emplear las plantas, en este caso la planta *shishin* en el alivio de su malestar de daño. Este fragmento grafica los significados sobre la identificación con un colectivo con el que se comparte un marco cultural, los significados sobre la importancia del parentesco y la familia, así como los significados sobre la utilización de los recursos terapéuticos como una forma de reivindicar la importancia y vigencia de su comunidad.

Mi madre exprime ese jugo, del fruto de la planta *shishin* y me manda en un frasco. Porque culturalmente esa plantita *shishin* está identificado para el mal del aire, o sea, mal del humano. Es el mal del hombre, así de la persona. O sea, yo digo mal de aire porque todo lo que es así mal aire ¿no?, que de repente te ha enviado, de repente cuando estamos en el monte pues hay de todo: del aire, del bosque, pero esa plantita sí está identificada contra el mal de la persona que te hace, ¿no? Para mí, yo le digo daño, es más conocido, ¿no? Todo eso es daño, también le digo mal de aire, más bonito. Entonces a veces ya cuando es así ese daño eso ya yo siento algo anormal, algo extraño en mi cuerpo así, entonces me paso esa plantita. A veces cuando siento que mi cuerpo de repente se ha chocado con algo así como mal de aire. A veces tu cuerpo como que camina algo en tu cuerpo. Entonces ahí como algún animalito, caminan. Entonces ahí es donde yo digo qué es daño. Entonces, siento como si debajo de mi piel anda algo así ¿no? Y eso es algo fastidioso. De repente, algún aire me ha chocado, me habré topado, digo ¿no? Entonces donde esté así, ahí sí me paso con eso. Donde me está fastidiando, ahí lo paso y luego desaparece. Entonces como cultura, por más que yo sí digo, por más profesional que seas, pero no lo puedo dejar mi cultura, mis creencias. No puedo dejar de llevar por lo de occidental, decirme no, no existe y soy profesional y dejar esto ¿no? Esa es mi cultura. He crecido en esa cuna de tratamientos, por lo tanto, lo mantengo y respeto también a mis plantas. Y confío también, así como confío en todo de seres espirituales tanto de occidental, porque también nos han hecho creer, y también lo creo también lo de mi pueblo, de mi cultura; entonces, pero considerando que soy. Todo eso hay un más superior de todo el universo. Pero sé que a través de mis culturas también funcionan, se dan efectos positivos, curativas y usando lo de occidental, que la medicina también te cura, mi planta también te cura. (Alejandra)

En el caso de Alejandra, en un contexto de pluralismo médico en la ciudad de Lima, ella señaló la necesidad de tener recursos terapéuticos de su zona: “Tengo que usar lo que tengo siempre”. Ella acudió a una enfermera; es decir, tuvo acceso a proveedores de salud y utilización de terapéuticas que ella considera como medicina occidental. Inicialmente su itinerario se desencadenó a partir de un diagnóstico que no era de daño. Posteriormente se decepcionó de la capacidad curativa de las terapéuticas a las que pudo acceder, y ante la persistencia del malestar, el dolor y no aliviarse admitió un diagnóstico de daño. E inició otra ruta. Allí señaló con usar lo que tiene, sus plantas dadas por su madre. Subsecuentemente, para los informantes mencionados, la aceptación del

diagnóstico de daño desencadena itinerarios que tienen que ver con la validación y utilización de sus terapias tradicionales, al considerarse parte de su comunidad y apelar a su cultura y costumbres. En el caso de Francisco, él consideró desde un inicio que su autodiagnóstico era daño. Su maestro confirmó este diagnóstico y prescribió dietas para tratarlo mientras estaba en Lima. El diagnóstico del daño se mantuvo a lo largo de todo el itinerario hasta el final, cuando él halla su alivio gracias a terapéuticas y recursos de su propio marco cultural y que validan ampliamente su identidad. En suma, aceptar un diagnóstico de daño e iniciar itinerarios para su alivio, es una forma de validar su identidad con su comunidad y en sus experiencias vividas, generar significados que tengan sentido en el marco cultural compartido con la comunidad. En Lima, los informantes pese a tener acceso a recursos y especialistas médicos de distintas tradiciones médicas, aún confían y aceptan diagnósticos de daño y ante la inoperancia de los recursos de salud utilizados o desde el inicio de su itinerario, si asumen que su diagnóstico es un daño, para su evaluación, y tratamiento deciden tratarse con especialistas y recursos médicos de su marco cultural para aliviar este malestar.

Otro significado de los itinerarios relacionado con el marco cultural, tiene que ver con que la fortaleza de la corporalidad *iyásh/ wakán* de la persona que es afectada por el daño, influye en la rapidez con que afecta a dicha persona. Francisco lo sintió a la semana “Si estás fuerte, no sientes al momento”. Alejandra, lo sintió al día siguiente. Alejandra descartó otros malestares para llegar a este diagnóstico. Francisco ya había aceptado el diagnóstico porque sintió y reconoció considerando que ya había tenido otras experiencias de ser afectado. Para los informantes, sentir que se tiene algún tipo de control sobre la situación de padecimiento y encontrar una causa, dar un nombre ante el fracaso o la inoperancia del tratamiento occidental –como el consumo de pastillas, por ejemplo– que se pudo conseguir. Dar el nombre o nombrar una situación de padecimiento ayuda a construir el relato y los significados de la propia historia y lidiar con el malestar y su padecimiento. En este sentido, expresar “tengo daño”, produce alivio cognoscitivo y emocional ante la dolencia

y la ansiedad de no saber y sufrir la ineficacia de la terapéutica, por acciones tardías, tratamiento o prescripción equivocada, o lenta reacción del tratamiento.

- d) Significados de los itinerarios en relación la capacidad terapéutica de los recursos utilizados para aliviar el daño

Recapitulando lo desarrollado en la tesis hasta este punto, un significado importante que emerge de los itinerarios en relación la capacidad terapéutica de los recursos utilizados para aliviar el daño, es la relevancia del parentesco y la relación con los especialistas para lograr el alivio del malestar. Luego de la aceptación del diagnóstico, los informantes iniciaron sus rutas para aliviarse e involucraron a su familia y personas cercanas. El parentesco tiene significados altamente positivos en ambos itinerarios. En el caso de Alejandra es la relación con su madre, en el caso de Francisco, él ha desarrollado vínculos sólidos con su maestro porque también este los tenía previamente con el padre de Francisco. Según la perspectiva teórica, la familia es importante con respecto a los procesos de salud y enfermedad y lo que ello significa. Tanto Good (2003), como Brown (1984), y Crandon–Malamud (1991) consideran clave la impronta de la familia y las personas cercanas a la persona en el desarrollo del proceso de salud y enfermedad. Para Good (2003), la aflicción no solo la vive y experimenta el sujeto sino que involucra a su familia y a su sociedad; para Brown, la intervención de la familia es importante para la identificación del diagnóstico y para la toma de decisiones sobre el tratamiento a seguir; para Crandon–Malamud (1991), el diagnóstico esta mediado por percepciones individuales y consejo de las personas del ámbito familiar y cercano de quien padece. En el caso de Alejandra su madre es la especialista, y su hermana es quien trae las plantas seleccionadas y preparadas que su madre envía. En el caso de Francisco, el especialista al cual el acudió es una persona con quien su padre también ha dietado y participado en ceremonias rituales, y que tiene cercanía y por lo tanto confianza. Continuando con la aproximación de Crandon-Malamud (1991, p. 203):

“...el grado de confianza en el profesional disponible, por ejemplo, juega

un rol principal en la interpretación de posibles diagnósticos, tanto como las relaciones entre todos los participantes en el diálogo. El diagnóstico es moldeado por las percepciones individuales y el consejo.” (La traducción es mía).

Ya se ha incidido en la importancia de la confianza en quien brinda el tratamiento y las prescripciones para que dicha terapéutica pueda tener capacidad de curar y aliviar el malestar. El proceso de diagnóstico, es decir, de identificación y denominación del malestar, está mediado por la percepción individual, y asimismo por el consejo de las personas del ámbito cercano de quien padece el malestar. Según los relatos de los informantes, el diagnóstico de daño se negocia. En un momento la persona puede considerar en su autodiagnóstico, su confirmación o tratamiento, la intervención de personas cercanas como en el caso de Francisco con su maestro, o familiares como en el caso de Alejandra con su mamá.

...para nosotros cuando ya pasan ya con otro tipo de medicina, remedio, ya no es ni gripe ni cualquier otra enfermedad que el doctor lo pueda curar sino una cosa un poquito más fuerte. Un choque de aire, como decir ¿no? Choque de aire o también culturalmente decimos el mal del hombre ¿no? El daño que decimos, la hechicería o el daño, la brujería quise decir. (...). Si con esas medicinas, o sea, paracetamol, aspirina, no te curas, no te pasa, entonces pasas a otra etapa, a otro nivel de tratamiento, culturalmente también. Ya, este, pensando ya que de repente es otra enfermedad cultural, ¿no? por ejemplo, el daño que te pudieron hacer o de haberte frotado algún mal de repente ¿no? Ese daño, que decimos, daño, el mal del hombre, el daño, la brujería que decimos ¿no?, culturalmente, decimos. Entonces, cuando es así ya usan lo que es una planta especial para ese tipo de enfermedades, ¿no? (Alejandra)

Sumado a lo anterior, en los itinerarios los informantes dan a las plantas y las dietas para aliviar y tratar el daño su valor terapéutico considerando no solo quien las prescribe sino quien las entrega. Francisco señala recibir las plantas preparadas “de su mano” de su maestro. La terapéutica, la capacidad curativa de las plantas que se usan para aliviar el daño, está relacionada con el o la especialista que la entrega. Para Francisco, es también clave en su curación, el que su maestro le prescriba la dieta y diete simultáneamente con él. Alejandra señala la planta *shishin* que su madre preparó como esencia. Alejandra refiere que su madre misma las cultiva. Así también se enfatiza en

las narrativas el parentesco y el vínculo emocional con el especialista. Para ella, la persona que entrega las plantas prescribe la dieta. Alejandra señaló: “La persona que te da la planta te dice hazte dieta. En este caso, ya mi madre”. Para los informantes no es tan importante conocer el proceso de preparación de las plantas que se van a tomar o utilizar. Francisco tampoco detalla este procedimiento. Lo que valioso para ellos es que confían en quien las preparó, prescribió y preparó. La persona que entrega las plantas y prescribe las dietas tiene vínculos muy fuertes con la persona que está en tratamiento. Francisco “El maestro que conoces o has vivido con él, convivido” En el caso de Alejandra es su madre. “Mi madre para sus hijos”. No únicamente es la planta sino quien da la planta. Esta consideración de la importancia de quien entrega y prepara la planta tienen improntas considerables en el itinerario de Francisco ya que influye en que tenga que viajar fuera de Lima como parte de su tuta y se desplace fuera para poder estar directamente con su maestro y aliviarse del todo.

Otro significado con respecto a la capacidad terapéutica de los recursos para aliviar el daño, que emerge de los itinerarios seguidos, es el relacionado con la especificidad de la capacidad terapéutica de los recursos empleados para aliviar el daño. Concordando con lo que dice Crandom–Malamud (1991, p.202) “el proceso de diagnóstico no es solo altamente subjetivo sino subordinado a definiciones culturales y sociales también.” (La traducción es mía). De esta manera, admitir el diagnóstico de daño e iniciar un itinerario para tratarlo, implica negociar con distintas tradiciones médicas de diagnóstico, tratamientos, y terapéuticas, para obtener el beneficio del bienestar emocional y de alguna manera aliviar su aflicción a distintos niveles, entre ellos el emocional. Por consiguiente, con respecto a los significados que emergen de la capacidad terapéutica de los recursos empleados, según los informantes, otras plantas o terapias no pueden sustituir lo que el especialista prepara y/ o entrega. Cuando se ha descartado la biomedicina y se acepta el diagnóstico de daño, se sigue la ruta con plantas, dietas o ceremonias (fuera de Lima). Para el daño no funcionan los recursos terapéuticos de la biomedicina. Las plantas no

se adquieren en Lima y como ya se ha explicado, la fuerza de su capacidad terapéutica depende de las cualidades y propiedades intrínsecas de la planta, pero también de la o el especialista que la entrega, en las narrativas se pone énfasis en quien la entrega, quien la ha preparado, quien la ofrece. Nada puede sustituir la capacidad terapéutica de las plantas de la zona, dadas y proporcionadas por los especialistas, con quienes hay vínculos parentales y amicales. La especificidad de los recursos implica que sean insustituibles. Las plantas de la comunidad son insustituibles. Las plantas para aliviar el daño no se pueden encontrar en Lima. Su procedencia debe ser de las comunidades y preparada y dada por el o la especialista. Al finalizar los itinerarios, el alivio final se lleva a cabo con recursos que no se encuentran en Lima y especialistas que no se encuentran en Lima. A diferencia del tratamiento de la gripe, que sí admite plantas conseguidas en Lima, los informantes en sus relatos señalan que únicamente pueden utilizar con confianza, en sus capacidades curativas, las plantas que han sido sembradas, cosechadas y preparadas en la comunidad, no las que se pueden obtener o preparar en Lima. Frente a ello es importante resaltar que el tratamiento del daño está mediado también con el acceso de la persona a las terapéuticas para tratarlo. Si este ocurre en Lima o se siente en Lima, hay que acceder a recursos especiales y específicos, o desplazarse a dónde pueda ser tratado, que es fuera de Lima.

Para finalizar la tesis, y recapitulando lo expuesto en la tesis hasta el momento, en concordancia con Crandon-Malamud (1991, 202) se puede afirmar que el diagnóstico del daño es complejo, y que depende de factores sociales tanto como de la sintomatología. Según esta autora, “el proceso de diagnóstico, sin embargo, no es únicamente altamente subjetivo, sino subordinado a definiciones culturales y sociales también” (La traducción es mía). Los awajún, que han narrado sus experiencias referidas al daño y la gripe mantienen su identidad cultural con sus comunidades. En sus itinerarios médicos pueden tener preferencias individuales relacionadas al acceso, así como a la eficiencia percibida de las terapéuticas, los especialistas de salud y lo que esto significa en su propia experiencia, pero ello no llega a incidir en su

identidad cultural.

Tanto en los itinerarios de la gripe como en los del daño, los informantes comienzan con prácticas de autoatención. Únicamente Francisco inicia su itinerario para aliviar el daño con la consulta a un especialista. Paralelamente, los relatos tanto de la gripe como del daño inciden en la práctica awajún de que las decisiones de autoatención sobre la salud no suelen ser asuntos únicamente personales, sino que se construyen con el diálogo y la negociación familiar y que involucran a personas del entorno de confianza al discurrir el itinerario médico.

Los informantes atribuyen su alivio cuando el especialista de biomedicina que trató la gripe o el especialista quien que trató el daño, tienen vínculos de amistad o parentesco con ellos y ellas. Confían en el médico y la enfermera amigos. En el padre que sabe biomedicina, en la madre que trata el daño a sus hijos, en el maestro que conoció al padre y con quien se ha tratado con anterioridad. La capacidad terapéutica de los recursos médicos empleados se relaciona con el vínculo que tienen con el especialista que los prescribe o proporciona. Además, en este contexto médico plural en el que los informantes se desplazan, hay profundas y complejas relaciones de intermedicalidad, así como la exuberancia de significados que suscitan. Tanto en los itinerarios para aliviar la gripe como para aliviar el daño. Lo que se denomina “medicina tradicional” corresponde a una realidad muy vasta y dinámica, que se va modificando e incorporando nuevos elementos a lo largo del tiempo, e incluye a su vez distintas tradiciones de los pueblos originarios amazónicos, e incluso andinos. Esto se puede apreciar en la narrativa de Francisco, quien, por ejemplo, señala cómo su maestro recupera elementos de distintos pueblos, como el yine, kukama, asháninka y quechua, y que “es una mezcla de todo”. Lo que se denomina o considera “medicina occidental” o “biomedicina” es también una categoría muy amplia. Incluye tanto la esfera estatal y pública como la privada. Supone la atención en salud en hospitales, clínicas, farmacias, pero también botiquines comunales, médicos y enfermeros, y eventualmente también promotores de salud comunales. También abarca la aplicación de la

medicina a nivel formal, pero también prácticas a nivel informal, como cuando se adquiere medicamentos sin receta o procedimientos médicos realizados por personal sin conocimiento, o en condiciones no idóneas. Existen tensiones y relaciones de poder entre “lo occidental”, con su tradición médica, y el conocimiento y saberes originarios que incluye lo que nombra como “medicina tradicional”. Frente a esto, para los informantes, quienes son personas con educación formal de nivel superior –incluso funcionarios públicos–, pero que revaloran su pertenencia a su comunidad awajún, los saberes originarios y la utilización de sus repertorios curativos aparece en sus narrativas como modos de resistencia ante el avance de lo que llaman “lo occidental”.



Conclusiones

Estar sano para los informantes significa estar fuerte para tener apariencia y forma humana, así como para actuar y socializar como se espera con otras personas humanas awajún. Esa fortaleza implica también no necesitar o “requerir medicamentos” para mantener dichas cualidades humanas para discurrir en la ciudad. De allí que los informantes subrayen el no tener o sentir “nada de dolor” así como tener el equilibrio suficiente para mantener interacciones con los demás seres, en los que se incluye a la familia, comunidad y también a los seres que se reconoce como portadores de espíritu o *wakan*, como son ciertas plantas o animales. En este sentido es importante que se aluda a un estado de equilibrio que incluye también un componente económico y material, que se tiene cuando existe un balance, que no siempre puede lograrse en la ciudad y está relacionado con que el reconocimiento de estar enfermo supone una vulnerabilidad social y subsecuentemente laboral.

Estar enfermo para los informantes se asocia a los siguientes términos y sus significados: “dolor”, “desequilibrio”, “sufrimiento” y “malestar”. Manifiestan que están enfermos cuando “sienten malestar”, cuando “se rompe el equilibrio mental, físico, espiritual”, cuando “están mal en general”, “cuando tienen dolor” “cuando no tienen ganas de hacer nada”. Se sufre en la corporalidad física pero este sufrimiento está también en el “pensamiento y el corazón”. Se trata de una condición que afecta negativamente y aflige al cuerpo tanto en su dimensión física como en su dimensión espiritual. Es importante resaltar que en ocasiones los informantes clasifican como enfermedad a la gripe y excluyen al “daño”. En otras ocasiones, los informantes pueden clasificar e incluir como enfermedad a la gripe, pero también al daño.

De acuerdo a la información cualitativa obtenida, los informantes pueden sentir malestar y tener incluso la experiencia del dolor, pero evitarían considerarse enfermos ya que el admitir “estar enfermo” afecta el desempeño laboral y se relaciona con la capacidad de no poder valerse autónomamente y perjudicar su trabajo. Por consiguiente, admitir que están enfermos, no solo es

una condición de reconocimiento de una situación desfavorable para el cuerpo sino de una situación de vulnerabilidad social que se relaciona con sentir que viven solos en Lima y que no cuentan con familiares o amigos cercanos como en sus comunidades, que actúen de soporte ante una situación de salud crítica o una emergencia. Admitir estar enfermos también implica dificultad para mantener cualidades subjetivas relacionadas con la corporalidad de la persona y en cómo actúan y socializan con otras personas, subsecuentemente tiene implicancias con su identidad.

Estar enfermo para los informantes awajún es un proceso que involucra no solo la esfera física sino también la esfera social; es decir, la familia y el trabajo. Durante su permanencia en Lima el malestar tiene que ver también con lo laboral y la capacidad para ejecutar tareas. Los informantes en sus narraciones se reconocen como awajún y como funcionarios públicos y profesionales. En dicho contexto el malestar ligado al desequilibrio, también aparece ligado al entorno laboral, a la irresponsabilidad y al incumplimiento de las tareas que se espera que realicen.

La gripe fue reconocida por todas las personas con quienes se conversó sin excepción, como el malestar que los ha afligido más frecuentemente desde que están en Lima. El daño es el peor malestar que ha afectado a dos de los informantes también durante dicha estadía.

Los itinerarios para tratar y aliviar la gripe han sido de la siguiente manera: todos los informantes menos uno ha utilizado recursos biomédicos. Dos informantes han utilizado únicamente recursos biomédicos. Los demás iniciaron sus rutas de atención con recursos de salud de sus comunidades y recursos que adquirieron en los mercados. Todos los informantes al final de sus respectivos itinerarios, consiguieron aliviarse de la gripe. Los awajún en Lima tuvieron muchas dificultades de acceso a las terapias que prefieren y en las que confían. Cuando pudieron, recurrieron a familiares y amistades para proveerse de las plantas de su comunidad, pero solo una informante tiene mayor contacto y posibilidad de que la visiten y le traigan dichas plantas para acceder a ellas.

Todos los informantes varones y mujeres iniciaron sus itinerarios desde las prácticas de autoatención, en donde cada uno decidió que tomar, usar, como

y cuando hacerlo. La mayoría en todo el itinerario no acudió a especialistas. De acuerdo a las narrativas, esto se debería no únicamente a la desconfianza en los profesionales de la biomedicina, sino también por su costo económico y porque consideraron que conocían que pastillas tomar o que terapias seguir. Si bien dos informantes acudieron a especialistas hacia el final de sus itinerarios, y dos informantes consideraron la intervención de familiares cercanos, los itinerarios sobre la gripe han discurrido en por lo general en la autoatención.

La intermedicalidad se manifestó en los itinerarios de los informantes varones y mujeres que recurrieron tanto a recursos de biomedicina como las pastillas e inyecciones, como al consumo de sus plantas. Esta interacción ha sido tanto sucesiva, cuando han empleado plantas y luego continuaron su ruta alternando medicamentos; y también ha sido paralela cuando ciertos recursos terapéuticos, como la clorfenamina, el paracetamol, el limón y el ajo los han tomado juntos sin consecuencias que consideren negativas.

El kion procedente de sus comunidades es la más apreciada de todas las plantas que utilizan para tratarse y según las narrativas de todos los informantes, no la han tomado combinada con pastillas o recursos terapéuticos biomédicos. El proceso de intermedicalidad se manifestó cuando los informantes utilizaron los recursos que proceden de las comunidades, los que proceden de los mercados de Lima, los recursos biomédicos y recurrieron a especialistas de biomedicina, y consideraron la intervención de familiares.

Los informantes no recurren a otras tradiciones médicas que existen en Lima (medicina china, acupuntura, curanderos norteños), para aliviarse de la gripe porque consideran que no las conocen y no confían en ellas. Tampoco para aliviarse del daño, porque consideran que este malestar solo puede tratarse con especialistas que ellos conocen y confían que pueden tratarlo.

Acerca de los significados de los recursos y alternativas en salud para tratar la gripe. Los informantes diferencian tres tipos de recursos para aliviar la gripe: de la comunidad, de los mercados, de la biomedicina.

Para los informantes, los recursos terapéuticos (plantas) de la comunidad tienen significados positivos relacionados con la procedencia de las mismas, con el mecanismo que posibilita su acceso (quien las siembra, las hace

llegar y quien las usa), y con la singularidad de las plantas de la comunidad (cuyas capacidades terapéuticas no pueden ser replicadas con otras plantas adquiridas en Lima). Por ello, los informantes valoran profundamente su procedencia y el mecanismo que hace posible este acceso: familiares o amistades quienes las llevan y entregan, o la propia persona quien directamente las toma. Los informantes experimentan mayor confianza en la capacidad curativa de las plantas por lo que tener y poder utilizarlas, significa acceder simbólicamente a un aspecto de la comunidad y de su familia. Además, las plantas procedentes de la comunidad tienen significados positivos porque los informantes consideran que pueden clasificarse y son específicas para un tipo de malestar, porque son adecuadas para curar los malestares de los awajún y porque con su uso reeditan la vigencia de los conocimientos de la madre, del padre, de la comunidad.

Para los informantes, los recursos terapéuticos para aliviar la gripe que pueden encontrarse en los mercados de Lima tienen significados y valoraciones negativas relacionados con la dificultad de clasificar las plantas por no conocer su procedencia ni propiedades, y relacionados con apreciarlas sensorialmente de forma no grata ya que las consideran desagradables estéticamente. Los informantes awajún desconfían de la capacidad curativa de dichas plantas, aunque las usen porque pueden acceder a ellas.

Para los informantes, los recursos terapéuticos para aliviar la gripe que proceden de la biomedicina (medicamentos: inyecciones, pastillas, vacunas), tienen significados y valoraciones positivas relacionadas con un amplio reconocimiento de sus capacidades terapéuticas, a diferencia de lo que significan las capacidades de los recursos obtenidos en los mercados en Lima. No obstante, este reconocimiento que los informantes awajún otorgan a las “medicinas” está mediado por ciertas consideraciones de cautela en su uso. Se valora que exista un vínculo de amicalidad o parentesco entre quien tiene gripe y quien administra o receta las medicinas para que estas sean adecuadas y alivien finalmente el malestar de la persona. Además, si en la comunidad ya se han utilizado y hay experiencias positivas previas de uso, son confiables también en Lima e incluso pueden utilizarse en conjunto con algunos recursos de la

comunidad o de los mercados. Sin embargo, a diferencia de lo que se percibe sobre los otros recursos de salud, las narrativas transmiten que el uso de estos recursos terapéuticos biomédicos debe ser restringido ya que pueden aliviar más rápido que los otros recursos, pero son tan potentes y podrían afectar la corporalidad física que son percibidos como la última opción.

Sobre los significados que emergen de los itinerarios terapéuticos para el tratamiento y alivio de la gripe. En la presente investigación, todos los informantes desearon utilizar primero las plantas de sus comunidades e incluso algunos únicamente quisieron tratarse con estas plantas porque confiaban en su capacidad de aliviar la gripe. Pero no todos pudieron acceder a ellas, algunos accedieron y no se aliviaron luego de utilizarlas, por lo que finalmente todos decidieron utilizar recursos biomédicos al final de sus itinerarios.

Los recursos terapéuticos procedentes de la biomedicina tienen significados ambivalentes. Los informantes confían en su potencial terapéutico porque sienten que alivia la gripe más rápido que las plantas, pero por otro lado los consideran “remedios fuertes”, que tienen la posibilidad de dañar partes u órganos del cuerpo, por lo que su elección es siempre última cuando no pueden acceder a las plantas de su comunidad.

Fue clave para los informantes awajún tener un vínculo amical o familiar con el especialista en salud para que confíen en su diagnóstico y en las prescripciones que les brindaron y de este modo sientan que las medicinas son idóneas para ellos y pueda aliviarlos.

Con respecto a los procesos de autoatención e intermedicalidad. En los itinerarios sobre la gripe, la intermedicalidad para los informantes ha discurrido en el empleo tanto sucesivo como paralelo de los tres tipos de recursos en los itinerarios que se han señalado. En sus prácticas de autoatención, los informantes manifestaron que confían en los conocimientos sobre salud que tienen como awajún, pero también incorporan aspectos del conocimiento de las terapéuticas biomédicas.

Los informantes en sus itinerarios para aliviar la gripe comparativamente confiaron más en la capacidad curativa de las plantas de su comunidad, así como en los recursos biomédicos (pastillas, inyecciones, vacunas), y menos en

las plantas que pudieron adquirir comprando en mercados o en alguna tienda en Lima.

Acerca de los itinerarios sobre el daño. Todos los informantes awajún cuentan con educación formal superior y vínculos laborales sólidos e incluso cargos en la ciudad de Lima, aun así, todos menos una, consideran que el daño como malestar existe.

Los informantes en un contexto médico pluralista como la ciudad de Lima en el que coexisten distintas tradiciones médicas o formas de curación y pese a tener acceso a recursos y especialistas médicos de distintas tradiciones médicas, aún confían y aceptan diagnósticos de daño. Ante la inoperancia de los recursos de salud utilizados o desde el inicio de su itinerario, cuando asumen que su diagnóstico es daño, para su evaluación y tratamiento deciden tratarse con especialistas y recursos médicos de su marco cultural para aliviar este malestar.

Según las narrativas, el daño es un malestar que tiene sentido en el marco cultural de quien lo padece y para ser aliviado requiere la intervención de un especialista que comparta el mismo marco cultural.

El daño requiere la agencia e intencionalidad de un ente o ser externo al ser humano; no es casual ni fortuito. Esta intencionalidad y agresión están asociadas a sus sensaciones sobre el daño. Para ambos informantes subyace la idea de un desequilibrio en las relaciones con otros seres quienes pueden arrojar un dardo que enferma y ocasiona el daño; así como un contacto violento con una corriente o fuente de aire que no circula.

Los itinerarios para tratar y aliviar el daño han sido de la siguiente manera. Dos informantes manifestaron haber sentido y tenido daño en Lima. Una informante, al no aliviarse con las prescripciones de una especialista en biomedicina, admitió su autodiagnóstico de daño e inició acciones de autocuidado con un recurso de salud que otra especialista; en este caso su propia madre con su tradición médica y referentes sanitarios; le envió. En el caso de otro informante desde un momento inicial sintió e interpretó la experiencia de su malestar como daño y lo confirmó con un especialista. Se mantuvo en el ámbito del marco cultural y referentes médicos de su maestro mientras estaba

en Lima y su decisión siguiente fue viajar para continuar con el tratamiento con el mismo especialista

Con respecto al inicio del itinerario y la identificación del daño como malestar, ambas personas narraron que estuvieron rodeados de gente proveniente de sus propias comunidades. El daño es un malestar que, de acuerdo a las narrativas de aflicción de quienes lo han padecido y los itinerarios que han seguido, se ha producido y/o lo han sentido mientras estaban con sus paisanos o con personas provenientes de otros pueblos indígenas.

Sobre los procesos de intermedicalidad y autocuidado. Una informante inició su itinerario utilizando con recursos biomédicos y acudió a una especialista en biomedicina. Al no aliviarse, en un proceso de autocuidado utilizó una esencia dada por una especialista awajún, quien era su madre, y preparada por ella con una planta de su comunidad. Con respecto a la intermedicalidad, la informante en su itinerario inició con tratamientos dentro de la biomedicina, de “lo occidental” como señala, antes de tratarse con la esencia de la planta, que responde a una tradición médica distinta. En el caso de otro informante, en su itinerario el inició y finalizó con un especialista que, según su relato, no es awajún, y su marco de referencia en salud es en sus palabras, “una mezcla de todo”, ya que tiene diversas tradiciones médicas y apela a distintos recursos: asháninkas, kukamas, yines, quechuas, para sus terapéuticas.

En las narrativas de sus itinerarios los informantes identificaron únicamente elementos o recursos terapéuticos que procedían de la biomedicina o procedentes de su comunidad o que adquirieron en Lima; y no de otras tradiciones médicas que existen en Lima, tales como medicina oriental, homeopatía, etc. Ambos informantes mientras se encontraban en Lima se trataron y aliviaron con recursos dados por los especialistas de poblaciones originarias.

Según los relatos y la perspectiva de los awajún con quienes se conversó, el ideal de persona humana sería quien no se enferma o se enferma poco o nunca. Esto para no tener problemas en el trabajo, mantener vínculos con su comunidad no únicamente con el idioma, sino con lo que se ingiere de

la comunidad tanto lo que alimenta como lo que alivia malestares.

Un aspecto importante es el tiempo que dista entre el momento en el que se produjo el daño y cuando los informantes lo experimentaron y sintieron. A mayor fortaleza, transcurre más tiempo para sentir el malestar.

Para los informantes, la influencia de la familia en dichos procesos de salud y enfermedad pese a la lejanía de la comunidad con la ciudad no ha desaparecido y se mantiene vigente.

Acerca de los significados de los recursos y alternativas en salud para tratar el daño. Los informantes en sus itinerarios en Lima utilizaron y diferenciaron dos tipos de recursos terapéuticos: las plantas y las dietas.

En el caso de las plantas, en los itinerarios se menciona la planta *shishin* que tiene significados positivos relacionados con una dimensión relacional, ya que su capacidad terapéutica de aliviar el daño trasciende la estructura de la planta en sí misma y se vincula a la confianza establecida en la relación parental / amical con quien es especialista. La capacidad terapéutica de la planta se vincula a la especialista quien la sembró, seleccionó, clasificó según sus capacidades curativas, y preparó. Su utilización reedita y mantiene vigente relaciones y vínculos con su comunidad, familia y cultura. Otro significado importante es la especificidad de esta planta para aliviar el daño. No puede ser intercambiada o sustituida por otra que se encuentre en Lima.

Para los informantes, la dieta prescrita por el maestro y realizada en simultáneo con el informante, tiene significados positivos relacionados con una dimensión individual: construcción del cuerpo y reconstrucción de un cuerpo que pueda sobreponerse y resistir al daño (*wakán e iyásh*). Además de limpieza del cuerpo (*wakán e iyásh*) y restablecimiento del equilibrio (mental, corporal, social). De esta manera se obtiene prevención y protección ante el daño y otros malestares.

Dietar también tiene significados positivos asociados con una dimensión relacional y social: relación con el entorno en el que se encuentra la persona, con sus semejantes, con las plantas y animales que puede ingerir, con lugares y con las personas con quienes convive, relación con quien prescribe la dieta. Además, significa simultaneidad y ayuda espiritual del maestro en un periodo

de tratamiento a distancia.

Acerca de los significados asociados a la identificación con un colectivo con el que se comparte un marco cultural. El daño es un malestar que está vigente en los significados y experiencias de los informantes cuya existencia se acepta entre quienes comparten un marco cultural semejante. Ambos informantes se reconocen profesionales, pero también identifican el daño como un malestar que los afecta, que ha afectado a sus familiares y puede afectar a personas de sus comunidades. Para los informantes, aceptar que tienen daño o que pueden ser afectados por este, conlleva significados asociados a formar parte de un colectivo familiar y comunal con el que se identifican y sienten que pertenecen ya que comparten un marco cultural de referencia similar.

Para los informantes seguir itinerarios de alivio para el daño es una forma de reivindicar la importancia y vigencia de su cultura y de la comunidad en sus vidas. El diagnóstico de daño inició un derrotero de elecciones de recursos terapéuticos. Tanto el diagnóstico como la confianza en la capacidad terapéutica en los recursos de salud que lo alivian tienen sentido en el marco cultural de la persona como de los especialistas.

Otro significado de los itinerarios relacionado con el marco cultural, tiene que ver con que la fortaleza de la corporalidad *iyásh/ wakán* de la persona que es afectada por el daño, influye en la rapidez con que afecta a dicha persona.

De los itinerarios en relación la capacidad terapéutica de los recursos utilizados para aliviar el daño, emerge el significado de la relevancia del parentesco y la relación con los especialistas para lograr el alivio del malestar. Luego de la aceptación del diagnóstico, los informantes iniciaron sus rutas para aliviarse e involucraron a su familia y personas cercanas.

Para los informantes el parentesco y la familia tienen significados muy positivos. La influencia de la familia en dichos procesos de salud y enfermedad pese a la lejanía de la comunidad con la ciudad no ha desaparecido, se mantiene fuerte y vigente. En los itinerarios para aliviar el daño, los informantes otorgan a las plantas y las dietas para aliviar y tratar el daño su valor terapéutico, considerando no solo quien las prescribe sino quien las entrega. La terapéutica, la capacidad curativa de las plantas que se usan para aliviar el daño, está

relacionada con el o la especialista quien la entrega.

Otro significado que emerge de los itinerarios seguidos para aliviar el daño está relacionado con la especificidad de la capacidad terapéutica de los recursos empleados para aliviar el daño. A diferencia del tratamiento de la gripe, que sí admite plantas conseguidas en Lima, los informantes en sus relatos señalan que únicamente pueden utilizar con confianza en sus capacidades curativas, las plantas que han sido sembradas, cosechadas y preparadas en la comunidad, no las que se pueden obtener o preparar en Lima.

Tanto para tratar el daño como para tratar la gripe, se prefiere ingerir cosas de la comunidad. La salud es conservar características y capacidades de humano, como la participación social.

Desde la fenomenología, el daño o brujería es una forma de percibir al mundo, de acceder a él y que ofrece un marco de interpretación, una forma de comprender el cuerpo y las relaciones entre cuerpos. La experiencia de daño vivida permite acceder al mundo awajún y comprenderse como awajún. Esta forma de comprensión del mundo y del cuerpo es vigente en la comunidad y es válida y eficaz para desenvolverse en su comunidad, pero además en sus desplazamientos en diversas comunidades. Por eso los informantes lo siguen compartiendo, porque es una experiencia de verdad que permite su acceso y existencia al mundo awajún, del cual se sienten parte.

Es en este sentido que el daño o la brujería, puede ser comprendido, como una experiencia de verdad en las narrativas de los informantes. Dicha experiencia ha estado contextualizada en un espacio, en un tiempo y en un mundo vivido que suscitó en quien lo experimentó, una ruta, un itinerario terapéutico para aliviarse de dicha situación que lo afligía.

Tanto en los itinerarios para aliviar la gripe o el daño, los informantes awajún, que cuentan con educación formal, posicionamiento laboral, viven en Lima y además están en un entorno médico plural; prefieren los recursos terapéuticos de sus comunidades. Los recursos y terapias biomédicas son por lo general los últimos recursos que quisieran utilizar, aunque finalmente los usan porque pueden acceder a ellos con mayor facilidad.

Ninguno de los informantes manifestó sentir que el uso de recursos

biomédicos afectaba o dejaba improntas sobre su identidad cultural. Los usaron porque tenían acceso a ellos, porque ya los conocían previamente ya que los habían utilizado en sus comunidades, o porque un especialista de salud en quien confiaron se los administró.



Bibliografía

- Anderson, J. (2000). Narrativas de aflicción de mujeres andinas. *Allpanchis*, 31 (56), 75-106.
- Anderson, J. (2001). *Tendiendo puentes: Calidad de atención desde la perspectiva de las mujeres rurales y de los proveedores de servicios de salud*. Movimiento Manuela Ramos.
- Anderson, J. (1999). *Mujeres de negro. La muerte materna en zonas rurales del Perú*. Ministerio de Salud del Perú.
- Berrospid, Y. (2018). *Recursos terapéuticos para el control de la reproducción utilizados por mujeres asháninka en un contexto de Pluralismo médico*. [Tesis de Licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú].
- Briggs C. y Mantini-Briggs, C. (2011). Narrativas patológicas y epidemias de discriminación hacia la población warao: la epidemia de cólera y los indígenas como ciudadanos de segunda en Venezuela. En G. Freire (Ed.), *Perspectivas en Salud Indígena. Cosmovisión, enfermedad y políticas públicas* (pp. 385-416). Ediciones Abya-Yala.
- Briggs C. y Mantini-Briggs, C. (2000). Bad Mothers and the treat to civil society: Race, Cultural reasoning, and the institutionalization of social inequality in a Venezuelan infanticide trial. *Law & Social Inquiry*, 25 (2), 299-354.
- Canales, A., Muñoz, W., Pérez D., y Tejada, C. (2018). Planeamiento estratégico para la provincia de Bagua [Tesis de maestría, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Repositorio Digital de Tesis y Trabajos de Investigación Pontificia Universidad Católica del Perú. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/12142>
- Casado I Aijón, I. (2016). Itinerarios terapéuticos. Propuesta para la aplicabilidad en la etnografía. *Grafo Working Papers*, 5, 1-30. <https://revistes.uab.cat/grafowp/article/view/v5-casado/22-pdf-es>
- Chrisman, N. (1977). The health seeking process: an approach to the natural history of illness. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1, 351-377.
- Descola, P. (2005). *Las lanzas del crepúsculo: Relatos jíbaros, alta Amazonia*. Fondo de Cultura Económica.
- Descola, P. (1996). *La selva culta: Simbolismo y praxis en la ecología de los Achuar*. Ediciones Abya-Yala.
- Dirección Regional de Salud Lima (2017) Análisis de situación de salud 2017 región Lima (ASIS Lima). Gobierno Regional de Lima. Lima, Perú.

- Espinosa, O. (2009). Ciudad e identidad cultural. ¿Cómo se relacionan con lo urbano los indígenas amazónicos peruanos en el siglo XXI? *Bulletin de l'Institut français d'études andines*, 38 (1), 47-59. <http://journals.openedition.org/bifea/2799>
- Flores, X. (2019). Entre játa y waweamu: VIH/SIDA en las comunidades awajún de la Amazonía Peruana. *Mana*, 25 (3), 777-808. <https://dx.doi.org/10.1590/1678-49442019v25n3p777>
- Fuller, N. (2009). *Relaciones de Género en la Sociedad Awajún*. Cooperative for Assistance and Relief Everywhere.
- Gabe, J., Bury, M., Elston, M. (2004). *Key Concepts in Medical Sociology*. SAGE Publications Ltd.
- Garra, S. (2012). El despertar de Kumpanam: historia y mito en el marco de un conflicto socioambiental en la Amazonia. *Anthropologica*, 30 (30), 5-28.
- Garro, L. (1998). On the rationality if decision- making studies: Part 1: Decision models of treatment choice. *Medical Anthropology Quarterly*, 12 (3), 319- 340.
- Gervasi, C. (2018). *Recursos y repertorios terapéuticos de diferentes modelos de atención utilizados para el cuidado de niños en la primera infancia en una comunidad Matsigenka del Manu* [Tesis de Licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú].
- Gobierno Regional Amazonas. (2014). Estudio de diagnóstico y zonificación para el tratamiento de la demarcación territorial de la provincia Condorcanqui. (Documento técnico). <http://sdot.pcm.gob.pe/wp-content/uploads/2016/06/EDZ-CONDORCANQUI.pdf>
- Gobierno Regional de Amazonas e Instituto de Investigaciones de la Amazonía Peruana. (2010). Zonificación ecológica y económica del departamento de Amazonas. (Documento técnico). <http://iiap.org.pe/Archivos/publicaciones/PUBL520.pdf>
- Good, B. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Ediciones Bellaterra.
- Good, B. (1994). *Medicine, rationality and experience. An anthropological perspective*. Cambridge University Press.
- Greene, S. (2009). *Caminos y carretera: Acostumbrando la indigenidad en la selva peruana*. Instituto de Estudios Peruanos.
- Greene, S. (1998). The Shaman's Needle: Development, Shamanic Agency, and Intermedicality in Aguaruna Lands, Peru. *American Ethnologist*, 25 (4), 634-658.

Guallart, J. (1989). *El mundo mágico de los aguarunas*. Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica.

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2018a). Perú: Perfil sociodemográfico. Informe Nacional. Censos Nacionales 2017: XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas. https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1539/index.html

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2018b). Resultados definitivos de los Censos Nacionales 2017: Amazonas. https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1567/

Kazianka, B. (2012). ¿El pluralismo médico como concepto adecuado en el contexto de la biomedicina “global” y la medicina indígena “local”? Un ensayo sobre la realidad médica de los mayas itzáes en San José, Guatemala. *Scripta Ethnologica*, 34, 39-68.

Menéndez, E. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Lugar Editorial.

Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, 4 (7), 71-83.

Merleau-Ponty, M. (1975). *Fenomenología de la Percepción*. Ediciones Península.

Ministerio de la Producción (2015). Estudio de diagnóstico de crecimiento región Amazonas. (Documento técnico). http://demi.produce.gob.pe/Content/files/EstRegionales/InformeFinal_Amazonas_PxP.pdf

Ministerio de Cultura (s.f). Base de Datos de Pueblos Indígenas u Originarios del Ministerio de Cultura del Perú. Awajún. <https://bdpi.cultura.gob.pe/pueblos/awajun>

Ministerio de Cultura (2018). *Lenguas originarias del Perú*. Ministerio de Educación del Perú. <https://repositorio.minedu.gob.pe/handle/20.500.12799/6261>

Mosquera, M. (2002). *La articulación de saberes populares y biomédicos entre las comadronas de Rabial* [Tesis de doctorado, Universitat Rovira i Virgili].

Pedersen, D. (1989) Curanderos, divinidades, santos y doctores: elementos para el análisis de los sistemas médicos. En C. Roersch, L. Van Der Hoogte, L. y J.

M. Tavares de Andrade, *La Medicina Tradicional en Sistemas Formales de Salud*. Centro de Medicina Andina.

Perdiguero, E. (2006). Una reflexión sobre el pluralismo médico. En G. Fernández-Juárez (Ed.), *Salud e interculturalidad en América Latina* (pp. 33-49). Ediciones Abya-Yala.

Portocarrero, J. (2015). *Hacia una epidemiología de los padecimientos invisibles: variaciones en la interpretación y respuesta frente a los síndromes culturales en dos comunidades quechua de la provincia de Churcampa, región Huancavelica* [Tesis de maestría, Pontificia Universidad Católica del Perú].

Pool, R. & Geissler, W. (2005). *Medical Anthropology*. Open University Press.

Ramírez, S. (2010). *Donde el viento llega cansado. Sistemas y prácticas de salud en la ciudad de Potosí*. Editorial Gente Común.

Tibaduiza, Y., Sánchez, G., Eroza, E. (2011). ¿Y a mí quién me cura? Terapeutas de la salud en la zona norte de San Cristóbal de las casas, Chiapas, México. *Boletín de Antropología*, 25 (42), 84-101.

Theydon, K. (2009). *Entre prójimos: el conflicto armado interno y la política de la reconciliación en el Perú*. Instituto de Estudios Peruanos.

Tournon, J., Caúper, S., Urquía, R. (1998). Los "piri piri", plantas paradójicas de la Amazonia. *Anthropologica*, 16 (16), 215-240.

Velarde, G. (2007). "Las parteras sí saben, son importantes, solo que están olvidadas". *Situación actual de las parteras en los Andes del sur del Perú (Ayacucho)*. [Tesis de maestría, Pontificia Universidad Católica del Perú].

Vieira, H., Oliveira, J., Neves, R. (2013). A relação de intermedialidade nos Índios Truká, em Cabrobó – Pernambuco. *Saúde e Sociedade*, 22 (2), 566-574.

Viveiros de Castro, E. (2013). *La mirada del Jaguar: introducción al perspectivismo amerindio*. Tinta Limón.

Viveiros de Castro, E. (2004). Perspectivismo y multiculturalismo en la América Indígena. En A. Surrallés y Pedro García (Eds.), *Tierra adentro: Territorio indígena y percepción del entorno* (pp. 37-80). Grupo Internacional de Trabajo sobre Asuntos Indígenas.

Yon, C. (2000). *Preferencias Reproductivas y Anticoncepción*. Movimiento Manuela Ramos. Lima, Perú.