

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**



**PUCP**

**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 PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ANTROPOLOGÍA**

**AUTOR**

Corina Graciela Gervasi Díaz

**ASESOR**

Julio César Portocarrero Gutierrez

Agosto, 2019

## RESUMEN

La presente tesis parte de un enfoque cualitativo etnográfico con el objetivo analizar de qué manera se utilizan recursos y repertorios terapéuticos de diferentes modelos de atención en el cuidado de niños en la primera infancia en Palotoa Teparo, comunidad Matsigenka del Manu. Para lograr este objetivo se parte de cuatro ejes temáticos que son la descripción de la manera en que las madres interpretan los procesos de salud y enfermedad de niños en la primera infancia; la identificación de los diferentes modelos de atención de la salud de la comunidad orientados a niños en la primera infancia; la reconstrucción de los itinerarios terapéuticos que se siguen para la atención de niños en la primera infancia; y, la identificación de los recursos y repertorios terapéuticos utilizados en dichos itinerarios y el modelo de atención al que pertenecen. El desarrollo y análisis de la información está dividido en tres secciones: la primera busca contextualizar la experiencia del cuidado de niños; por ello, se aborda el contexto regional, el contexto comunal y el contexto familiar de los informantes, así como la oferta de servicios de salud a la que acceden a través del análisis de las experiencias en los centros de salud y las campañas médicas. La segunda sección desarrolla la cosmovisión Matsigenka, la concepción del cuidado y, continúa con el análisis de las experiencias en la toma de decisiones de las madres en la búsqueda y mantenimiento de la salud durante las etapas de crecimiento de los niños en la primera infancia: embarazo, parto y los 3 primeros años de vida. Finalmente, la tercera sección aborda el concepto de enfermedad que manejan las madres, se presenta una clasificación de las enfermedades de acuerdo con la prevalencia de estas y se realiza la reconstrucción de cinco casos de enfermedad para desarrollar los itinerarios terapéuticos que siguieron las familias en la búsqueda y mantenimiento de la salud, así como todos los recursos y repertorios terapéuticos utilizados en la ruta de atención.

Palabras claves: antropología, antropología médica, primera infancia, recursos y repertorios terapéuticos, salud intercultural, Matsigenka.

A mi mamá



## AGRADECIMIENTOS

Al concluir esta etapa académica miro en retrospectiva todo el camino recorrido para llegar a este día y el momento más importante del proceso probablemente es el llegar a campo, sólo se comprende lo enriquecedor de la experiencia una vez que ha terminado. Mi más profundo y mayor agradecimiento va dirigido a la comunidad de Palotoa Teparo que me abrió las puertas desde la primera carta que les escribí. Gracias a las mamás que trabajaron conmigo, por su tiempo, por dejarme visitarlas y visitarme, por enseñarme lo que ellas conocen y por no escatimar en compartir su vida. Gracias Augusta, Dora, Rubén, Enrique, Virginia, Fredy, Geremias, Sandy, Hilda, Wendy, Sergio, Dolores, Josué, Fátima y demás.

A Julio Portocarrero, mi asesor por el apoyo durante este tiempo, su acompañamiento ha sido la clave para todo. Sin él no habría conocido la antropología médica ni habría desarrollado mis conocimientos teóricos sobre el tema. Con sus recomendaciones de lecturas me abrió un mundo completamente desconocido y en el que me hallé como antropóloga. Gracias porque hizo de mi proyecto, su proyecto. Asimismo, agradezco a mis lectores Carlos Eduardo Aramburú y Oscar Espinosa por nunca haberme cortado las alas, por no haberme hecho sentir incapaz sino por corregirme de la manera más acertada posible y por sus atinados comentarios.

Finalmente, gracias a mi familia quienes personifican mi lugar de refugio, mi grupo social favorito. Gracias a mi mamá, Milagros Díaz, a quien dedico todas y cada una de las palabras aquí escritas, porque sin ella no habría podido lograrlo, gracias por haberse sentado unos años atrás frente a una computadora a buscar “qu es antropología” y por creer en mí. A Martín Arízaga por darme la oportunidad de estudiar sin criticar mis elecciones y, por alegrarse de mis triunfos académicos y compartirlos conmigo. A Domingo Yi, por su apoyo en todas las etapas de mi investigación y porque gracias a él que siempre aspiro a ser mejor pues para él la vida se basa en apoyar a los demás, ser honesto y trabajar duro.

## ÍNDICE

<b>AGRADECIMIENTOS .....</b>	<b>4</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>I</b>
<b>CAPÍTULO I. ESTADO DE LA CUESTIÓN.....</b>	<b>13</b>
1.1. Sobre los Matsigenka.....	13
1.2. Sobre los Matsigenka del Manu.....	19
1.3. Sobre el sistema médico Matsigenka.....	23
1.4. Sobre cuidado y salud infantil en la Amazonía.....	33
<b>CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>38</b>
2.1. Sistema médico.....	38
2.2. Modelos de atención.....	40
2.3. Recursos y repertorios terapéuticos.....	41
2.4. Itinerarios terapéuticos.....	43
2.5. Sistema explicativo sobre salud y enfermedad.....	45
2.6. Sistemas de cuidados particulares.....	48
2.7. Agentes de salud.....	50
2.8. Marcos y contextos institucionales de reconocimiento y acción.....	52
<b>CAPÍTULO III. METODOLOGÍA.....</b>	<b>54</b>
3.1. Preguntas de investigación.....	54
3.2. Lugar de trabajo.....	55
3.3. Enfoque metodológico.....	60
<b>CAPÍTULO IV. CONTEXTO DEL CUIDADO.....</b>	<b>67</b>
4.1. Contexto regional.....	67
4.2. Contexto comunal.....	72
4.3. Contexto familiar.....	104
4.3.1. Experiencia con las ofertas de servicios de salud.....	113
4.3.2. Experiencia con las campañas de salud integral.....	127
4.3.3. Experiencia con los programas sociales.....	132

<b>CAPÍTULO V. ETAPAS DEL CUIDADO .....</b>	<b>148</b>
5.1. Cosmovisión Matsigenka .....	149
5.1.1. Los mundos.....	150
5.1.2. Los espíritus .....	157
5.1.3. Noción de persona .....	158
5.2. Concepción de cuidado .....	159
5.3. Embarazo o ananeki .....	165
5.3.1. Cuidados en el embarazo .....	169
5.4. Parto o mechotagantsi.....	176
5.4.1. Parto institucional.....	177
5.4.2. Parto domiciliario .....	183
5.5. Antes de la caída del ombligo .....	191
5.6. Primera infancia.....	196
5.6.1. Cuidados en la primera infancia .....	198
5.6.2. Alimentación .....	202
<b>CAPÍTULO VI. LAS ENFERMEDADES .....</b>	<b>213</b>
6.1. Concepción de enfermedad .....	214
6.2. Clasificación de enfermedades.....	220
6.3. Reconstrucción de casos de enfermedad.....	254
<b>CAPÍTULO VII. CONCLUSIONES.....</b>	<b>276</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>284</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>292</b>
Anexo 1: Mapa del lugar de trabajo de campo .....	292

## LISTADO DE TABLAS

- Tabla 1: Resumen de información sobre Palotoa Teparo
- Tabla 2: Criterios de selección de la muestra
- Tabla 3: Perfil de las familias seleccionadas
- Tabla 4: Evolución de la población censada según año censal
- Tabla 5: Población censada por provincia y distrito
- Tabla 6: Datos generales sobre las campañas médicas en Palotoa Teparo
- Tabla 7: Número de atendidos por localidad por año de campaña
- Tabla 8: Cuadro de atenciones médicas del 2016 por especialidad
- Tabla 9: Acciones implementadas por especialidad
- Tabla 10: Cobertura de programas sociales en el distrito de Manu
- Tabla 11: Característica de los mundos Matsigenka
- Tabla 12: Cantidad de partos domiciliarios e institucionales de las informantes
- Tabla 13: Alimentos que pueden obtenerse en la comunidad

## LISTADO DE GRÁFICOS

- Gráfico 1: Mapa del lugar de trabajo de campo
- Gráfico 2: Mapa departamental de Madre de Dios
- Gráfico 3: Zonificación del territorio comunal
- Gráfico 4: Distribución de casas en la comunidad
- Gráfico 5: Organización para la gestión comunal
- Gráfico 6: Los mundos de la cosmología Matsigenka según Rosengren

## LISTADO DE FOTOGRAFÍAS

- Foto 1: El centro de la comunidad
- Foto 2: La cancha reúne a veces a la comunidad para hacer deporte
- Foto 3: Unidad doméstica
- Foto 4: Venta de plátanos en Santa Cruz
- Foto 5: Cocinando mono maquisapa
- Foto 6: Pescados obtenidos para el aniversario de la comunidad
- Foto 7: Arco y flecha para la caza

Foto 8: Albergue de Pusharo

Foto 9: Habitaciones del albergue

Foto 10: Habitaciones del albergue

Foto 11: Local de RedCampeón: La posta abajo y el internet arriba

Foto 12: El internet siendo utilizado por las madres

Foto 13: Pileta de agua para uso familiar

Foto 14: Válvula para controlar la salida del agua

Foto 15: Antiguo local de la posta de Palotoa Llactapampa

Foto 16: Local actual en el que funciona la posta de Palotoa Llactapampa

Foto 17: Comunera Matsigenka esperando para ser atendida

Foto 18: Atención médica

Foto 19: Sala donde se realizan los controles prenatales

Foto 20: Madre e hija yendo al control de crecimiento y desarrollo

Foto 21: Madres cargando a sus hijos mientras pasean

Foto 22: Madre e hijo yendo a la casa

Foto 23: Yuca antes y después de ser hervida para masato u owiroki

Foto 24: Grasa de raya utilizada para dar a luz más rápido

Foto 25: Collar de ivenkiki de culebra

Foto 26: Mamá arropando a sus hijas

Foto 27: Plátanos acompañados de patarashka

Foto 28: El plátano es la fruta más consumida en la comunidad

Foto 29: La cocona es utilizada para refrescos



## INTRODUCCIÓN

La primera infancia es una de las etapas más importantes del desarrollo de una persona pues según la Organización Mundial de la Salud (OMS) durante los tres primeros años de vida el cerebro de un infante es más sensible a las influencias del entorno exterior que afectan su desarrollo cerebral. Esto, a su vez, se verá reflejado en las capacidades cognitivas, sociales y emocionales del infante (OMS 2007: 15). Esta preocupación ha sido desarrollada tanto a nivel mundial como local desde hace más de 50 años dando lugar a diversas iniciativas en pos de la niñez. A nivel mundial, se aborda por primera vez en 1959 en la Declaración de los Derechos del Niño que busca que los países garanticen el desarrollo integral del infante a través de la constitución de diez principios.

Como mayor organización internacional, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) ha abordado el tema extensamente y, de todas sus iniciativas, resaltan las asumidas para disminuir los niveles de pobreza alrededor del mundo que se vieron traducidas en ocho Objetivos del Milenio (ODM)<sup>1</sup>. De estos, al menos la mitad estaban ligados a los derechos infantiles de salud, educación y protección para asegurarles un correcto desarrollo. Transcurridos los quince años, los resultados fueron favorables y dirigieron a la formulación de los

---

<sup>1</sup> Organización de las Naciones Unidas (2015) *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2015*.

Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)<sup>2</sup> donde tres de los objetivos también están relacionados a la primera infancia. Actualmente la ONU se encuentra incentivando e implementando planes para reducir el hambre, mejorar la salud prenatal e infantil y permitir una mejor educación.

La primera infancia es vista también por algunos como una inversión necesaria pues personifica la fuerza productiva futura; así, se busca implementar programas sociales enfocados en la salud, educación y erradicación de la pobreza que garanticen el éxito académico, profesional y personal del infante. Existen diversas investigaciones y estudios que respaldan estas ideas, como la realizada en Jamaica<sup>3</sup> con infantes entre 9 y 24 meses que recibieron estimulación psicosocial y suplementos nutricionales, logrando que 20 años después reciban sueldos 25% más altos que sus coetáneos no participantes. Como consecuencia, según el Banco Mundial, estas personas tendrían un mayor aporte a la economía de Jamaica y lo mismo sucedería si cada país tuviera programas sociales enfocados en el desarrollo integral de niños entre 0 y 3 años.

En el Perú hay alrededor de 2,5 millones de niños menores de 3 años, según estimaciones del último censo nacional del 2017<sup>4</sup>. En una mirada general, si bien se cree que las personas que viven en las diferentes comunidades amazónicas de nuestro país se encuentran en un estado de exclusión de la

---

<sup>2</sup> Organización de las Naciones Unidas (s.f.) Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. *Objetivos de Desarrollo Sostenibles*.

<sup>3</sup> Gertler, P., Heckman, J., Pinto, R., Zanolini, A., Vermeersch, C., Walker, S., Chang, S.M., y Grantham-McGregor, S. (2014) *The Jamaican Study: Early childhood education can compensate for developmental delays, boost earnings and reduce inequality*.

<sup>4</sup> Instituto Nacional de Estadística e Información (2018) *Perú: Crecimiento y distribución de la población 2017*.

agenda nacional debido a la extensión del territorio que habitan, el difícil acceso a estos y la variedad de lenguas que hablan, no se compara con la exclusión aun mayor que reciben los niños en la primera infancia<sup>5</sup>. Muchos esfuerzos del Estado se centran en objetivos que indirectamente afectan a los niños en la primera infancia en la Amazonía, pero que no necesariamente los abordan directamente y aquellos esfuerzos hechos a favor de la primera infancia suelen estar enfocados para el sector urbano y rural andino.

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2016<sup>6</sup>, los niveles de desnutrición crónica infantil de niños de 0 a 5 años habrían reducido su número al pasar de 18,1% en el 2012<sup>7</sup> a 13,1% en el 2016. A primera vista, los números revelaban que el Perú estaba avanzando y es que la desnutrición crónica en la primera infancia es un problema de salud pública que tiene gran relevancia a nivel nacional y a escalas internacionales. Inclusive UNICEF contempla dentro de sus objetivos el erradicar la pobreza extrema y el hambre, viendo como consecuencia una disminución de la tasa de desnutrición, anemia y otras enfermedades relacionadas. Sin embargo, las tasas como la de desnutrición crónica infantil han reducido sus números, pero no ha significado una mejoría en la realidad amazónica, la cual ha disminuido sólo 1.8 puntos porcentuales.

El reto de las políticas públicas para la niñez no está en el difícil acceso a los territorios amazónicos, como muchos sostienen, sino que se trata de políticas

---

<sup>5</sup> UNICEF Perú (2017) *Niñez amazónica, remando hacia la igualdad*.

<sup>6</sup> Instituto Nacional de Estadística e Información (2016) *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2016*.

<sup>7</sup> Instituto Nacional de Estadística e Información (2012) *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012*.

públicas implementadas sin un correcto entendimiento de los significados de niño y persona, de las prácticas de cuidado y de los sistemas explicativos sobre salud y enfermedad en los lugares donde se pretende trabajar. Se continúa pensando en zonas costeñas, andinas y amazónicas como provistas de las mismas concepciones y prácticas relacionadas al cuidado de niños. Sin embargo, la realidad es distinta pues las comunidades se encuentran inmersas en contextos de grandes transformaciones socioculturales y políticas que también deben ser abordadas y analizadas como factor importante en la línea de base de cualquier propuesta de intervención pública.

En muchos lugares de la Amazonía los proyectos sociales y políticas públicas sanitarias han fracasado o no están teniendo los resultados deseados pues muchos de estos, en su etapa de diseño, no consideran la diversidad; las barreras étnicas y de género; el nivel socioeconómico de las comunidades (Dargent, 2012); y, desconocen el sistema explicativo sobre salud y enfermedad de los grupos amazónicos. Lamentablemente, muchos de estos proyectos son importantes y necesarios pues pueden contribuir a contrarrestar situaciones difíciles como la falta de acceso a nutrientes necesarios para alimentar a los niños, la implementación de agua potable para mejorar la calidad de vida, entre muchos otros que fracasan en el proceso de implementación y se refleja en la etapa de evaluación.

La evaluación de Armando Medina (2017) sobre la aceptabilidad de micronutrientes en comunidades Awaj n y Wampis revela la desconfianza de los padres y cuidadores de infantes pues desconocen los significados de anemia y

desnutrición. Para las madres, la anemia es un estado anímico fácilmente confundido con *putsumat*, el estado de tristeza o decaimiento del bebé por motivos espirituales. Este ejemplo muestra que es necesario analizar el modo en que los padres y cuidadores combinan recursos y repertorios terapéuticos de diferentes modelos de atención y las concepciones que surgen de las prácticas. Es necesario abordar el bienestar como un concepto social y culturalmente construido que necesita ser examinado en pos de las comunidades.

La revisión bibliográfica sugiere que, la producción de investigaciones sobre niños en la primera infancia se centra en el análisis de enfermedades asociadas a la alimentación y a realidades donde la calidad de nutrientes en los alimentos es sumamente baja. Dichas publicaciones son de investigación aplicada y muchas veces basada en data cuantitativa, esto se ve también en las propuestas de mejora de la implementación de programas para erradicar la mortalidad infantil que se basan en datos estadísticos para crear proyecciones positivas. Resulta difícil encontrar trabajos antropológicos sobre recursos y repertorios terapéuticos utilizados para el cuidado de niños en la primera infancia debido a que la mayor parte de trabajos antropológicos sobre salud están orientados a analizar contextos que no son los infantiles.

La poca producción antropológica sobre salud de niños en la primera infancia y la preferencia a ver temas en contextos alto andino, ha dejado una gran extensión de lugares disponibles para futuras y necesarias investigaciones. Además, todos los estudios de antropología médica y de evaluación de proyectos sociales y políticas públicas, han tomado un punto de vista que deja

de lado el enfoque intercultural que debe adoptarse para la oferta sanitaria. Dicho esto, considero que mi propia investigación es un aporte importante a la antropología médica en cuanto simboliza un análisis de un grupo amazónico Matsigenka reducido y espero permita ser referente para cualquier proyecto sanitario que desee aplicarse en el lugar.

De esta forma, mi investigación tiene como objetivo general analizar de qué manera se utilizan recursos y repertorios terapéuticos de diferentes modelos de atención en el cuidado de niños en la primera infancia en una comunidad Matsigenka de Manu. Asimismo, se plantearon cuatro objetivos específicos: 1) Describir la manera en que las madres interpretan los procesos de salud y enfermedad de niños en la primera infancia; 2) Identificar los diferentes modelos de atención de la salud de la comunidad orientados a niños en la primera infancia; 3) Reconstruir los itinerarios terapéuticos que se siguen para la atención de niños en la primera infancia; y, 4) Identificar los recursos y repertorios terapéuticos utilizados en estos itinerarios y a qué modelo de atención pertenecen.

El lugar de campo fue la comunidad nativa Palotoa Teparo, ubicada en el departamento de Madre de Dios, distrito de Manu, provincia de Manu, pertenece al grupo étnico Matsigenka y familia etnolingüística arawak con una población estimada de 174 personas. La mayoría de los proyectos de desarrollo o investigaciones se han llevado a cabo en comunidades nativas vecinas con mayor población y de más fácil acceso pues Palotoa Teparo no cuenta con transporte fluvial público, sino que utilizan las pequeñas embarcaciones

familiares para transportarse. Un factor para la elección de la comunidad fue este difícil pero posible acceso pues contribuye a entender las prácticas comunitarias relacionadas con el cuidado de niños en la primera infancia en una comunidad con menor contacto con investigadores sociales.

Finalmente, esta investigación parte de la aproximación de la antropología de la praxis, considerando primero las prácticas de cuidados entorno al infante y las nociones de salud y enfermedad que emergen de estas prácticas. Considero que muchas de las cosas que se practican no tienen una teoría preestablecida ni concepciones fijas de las cosas. Por el contrario, nuestros conceptos de las cosas se crean, modifican y reinventan por las acciones que vamos haciendo a lo largo de nuestra vida. En la antropología se ha trabajado mucho a partir de una aproximación culturalista donde las prácticas de cualquier tipo están en función a las ideas; es decir, primero están los conceptos y de estos emergen las prácticas. Sin embargo, y para cerrar, prefiero utilizar un abordaje que priorice las prácticas sociales.

## CAPÍTULO I. ESTADO DE LA CUESTIÓN

En esta sección considerar la literatura antropológica más resaltante que se ha desarrollado sobre los Matsigenka, los Matsigenka del Manu, los sistemas médicos Matsigenka, y el cuidado y salud infantil en la Amazonía dado que estos influyen directamente en el contexto en que surge mi tema de investigación y sienta las bases para entender su evolución e importancia.

### 1.1. Sobre los Matsigenka

Entre los extensos trabajos etnográficos realizados en comunidades Matsigenka, podemos resaltar en esta sección los trabajos realizados en cuanto a organización social y parentesco, ethnohistoria y antropología ecológica. A continuación, abordar estos tres ejes con los autores que he considerado más relevantes.

En cuanto a organización social y parentesco, se resaltan los trabajos de Wayne Snell (1972), misionero del Instituto Lingüístico de Verano, quién durante 1950, solo o en compañía de su esposa, realizó diversos trabajos con Matsigenka sobre parentesco, religión y lingüística. Snell establece el sistema de parentesco Matsigenka bajo la terminología de primos iroqueses con descendencia bilateral (1972: 278). Según el autor, es importante conocer las



conductas de parentesco y las terminologías Matsigenka para comprender la estructura social porque las relaciones de parentesco funcionan como regulador de las relaciones sociales, económicas y el comportamiento de los individuos frente a otros; y ofrecen un marco para que los individuos que no son parte del grupo puedan integrarse y ser aceptados (1972).

Dan Rosengren (1987), ha realizado diversos trabajos con los Matsigenka del Alto Urubamba, en especial en temas de organización social, religión y cosmovisión. Para 1987, trabaja a partir de la concepción de la tierra de los Matsigenka y detalla sus patrones de asentamientos y economía de subsistencia. Como consecuencia, afirma que las prácticas de subsistencia tienen gran importancia en la organización social pues configuran en lo que una persona trabajará. Si bien se reconoce la división sexual del trabajo, hay una ausencia de especialización, de tal manera que casi todos son capaces de cubrir sus propias necesidades y las de sus familias (1987). Esto se debe a que la cultura Matsigenka, según el autor, está atravesada por un ideal igualitario donde las únicas distinciones formales son aquellas basadas en edad, sexo y relaciones de estatus (1987: 53).

Finalmente, la antropóloga Orna Johnson también ha desarrollado trabajos con los Matsigenka del Alto Urubamba, muchos de estos con el fin de establecer una generalización del sistema de parentesco, tal y como presentase Snell. Johnson (1978) analiza las relaciones de parentesco de la comunidad nativa Shimaa, ubicada en el Valle del Urubamba, y resalta su carácter adaptativo al contexto del sistema de alianzas. Pues, si bien afirman que la

sociedad Matsigenka tiene un sistema de parentesco dravidiano que limita la filiación con Matsigenkas que viven fuera del territorio de una familia extensa (Massa 2009: 5), la etnografía de ambos antropólogos podría demostrar que sí existen matrimonios no endogámicos con personas de otros grupos por interacciones que se han transformado en el tiempo.

De las etnografías abordadas a partir de la antropología ecológica tenemos a una mayor variedad de investigaciones como las de Allen Johnson (1975, 1983, 2002); Allen Johnson y Behrens (1982); Orna Johnson y Allen Johnson (1975); Glenn Shepard et al. (2007, 2011); y, Glenn Shepard y Vecita Chicch n (2001). Allen Johnson (1975, 1983) nos introduce en el análisis de la agricultura estacional y la asignación del tiempo a las actividades de horticultura entre los Matsigenka del Alto Amazonas. Como consecuencia de su trabajo se reconoce a los Matsigenka como una comunidad principalmente de horticultores que logra satisfacer sus necesidades de subsistencia sin comprometer el entorno directo, logrando un uso eficiente de su tierra considerando épocas de grandes y pocas cosechas (1983).

Considero particularmente resaltante el trabajo de Allen Johnson en "Families of the forest: the Matsigenka indians of the Peruvian Amazon" (2002) donde se hace una extensa descripción de los Matsigenka a nivel histórico, tecnológico, social y cosmológico. Para el autor, la sociedad Matsigenka debe considerarse como una sociedad de nivel familiar dado que constituyen una forma de adaptación a recursos bajos y dispersos (2002: 225). Esto lleva a que sean personas libres que se mueven espacialmente por familias conforme los

recursos van escaseando o agotándose y se resalta la capacidad de los Matsigenka de adaptarse a las circunstancias que van emergiendo y de sostener económicamente a sus familias usando sus habilidades y el trabajo de los miembros de sus familias (2002: 225).

Para Johnson es importante considerar el modo de crianza de niños Matsigenka, donde el foco está puesto en la preparación del niño a una vida independiente donde sea capaz de reconocer su papel en la división del trabajo por sexo y, muchas veces, solitario. Es primordial que los niños crezcan creando lazos profundos con sus familias para demostrarles lealtad, amor, generosidad; pero, inculcando el equilibrio en los deseos al dejar que el niño exprese sus gustos y necesidades pero que estos no sean satisfechos inmediatamente. Así, se espera que los niños sean capaces de aceptar que no siempre las cosas suceden cuando uno las desea y contribuye a que los niños acepten las frustraciones y puedan prescindir de ciertas necesidades, sobre todo cuando formen su familia y deban satisfacer las necesidades de sus miembros (2002).

Así mismo, Allen Johnson al lado de Orna Johnson publican "Male-female relations and the organization of work in a Machiguenga community" (1975) como parte de un acercamiento a las relaciones entre varones y mujeres para analizar el estatus de la mujer en sus comunidades y las condiciones que promueven el dominio masculino en la zona del Alto Urubamba. Como principales hallazgos se encuentran el reconocer que la división sexual del trabajo tiene gran impacto en las relaciones entre varones y mujeres (1975: 634) pues en actividades colectivas de producción donde solo participan hombres, aumenta la

segregación sexual que puede guiar a identificar ciertas actividades con un sexo y no con el otro. Por el contrario, en contextos donde se da el trabajo en conjunto, se aumenta la reciprocidad y el respeto mutuo (1975).

De esta forma, si bien la inversión de energía y tiempo del varón es proporcionalmente mayor al de la mujer en diversas actividades, las que son realizadas por estas son sumamente apreciadas por sus maridos y diferentes miembros de la comunidad (Massa 2009: 4). Esto también se debe a que hay una mayor frecuencia de actividades en conjunto que llevan a que las parejas vean el trabajo también como una oportunidad de esparcimiento y distracción para pasar un tiempo juntos lejos de los otros miembros de la familia, lo cual ayuda a mejorar la vida en pareja. La revisión bibliográfica de la pareja Johnson colabora a entender la relación que existe entre los Matsigenka, su medio ecológico y los modos en que estos moldean sus interacciones ya que las actividades de subsistencia son las que más se realizan.

Otro autor que ha desarrollado trabajos de antropología ecológica es Glenn Shepard, quien ha abordado el tema a partir del debate sobre la presencia indígenas en la Amazonía pues se considera necesario cuestionar si las personas en los parques son aliados de la conservación o si son amenazas directas a la biodiversidad (Shepard et al. 2007: 1174). Para abordar este debate presenta tres modelos de caza biodemográficos a fin de evaluar la sostenibilidad de la caza de un primate y buscar modos en que esta actividad no agote la fauna del bosque ni la diversidad de especies. Utilizando datos de dos sitios amazónicos muestra que los tres modelos propuestos por él predicen con

precisión la distribución espacial de agotamiento de los primates (Shepard et al. 2011: 1802).

A partir de este trabajo con la población Matsigenka del Manu logra identificar si el consumo y explotación de carne salvaje representa una amenaza para la biodiversidad del parque. Como resultado, no hubo evidencia de que alguna de las cinco especies observadas se agotara en el transcurso de un año. El motivo de esto es que los Matsigenka viven en aldeas y solo alrededor de estas zonas realizan la caza, dejando grandes áreas del parque sin cacería (2007). La información de Glenn Shepard se centra en la caza sostenible y trata de medir los efectos que tiene ésta en el medio ecológico en el que se encuentran insertas estas comunidades. Su trabajo será posteriormente utilizado como un referente en el "Reporte Manu"<sup>8</sup> donde se da un compendio de las publicaciones de aspectos biológicos y sociales del parque.

Resulta también resaltante el trabajo de Glenn Shepard y Avecita Chicch n en la cordillera del Vilcabamba a fin de proporcionar datos científicos para apoyar la creación de tres áreas protegidas en la zona (2001: 164). Los autores trabajan de la mano con un Matsigenka de la zona para analizar la etnoecología y el uso de recursos entre los pobladores Matsigenka. Es importante reconocer que los bosques, montañas y ríos de la cordillera de Vilcabamba han sido habitados, explorados y utilizados por los pueblos

---

<sup>8</sup> Parque Nacional del Manu (2013) *Reporte Manu*. Editorial San Diego Zoo Global, Cusco, Perú.

Matsigenka durante largo tiempo a través de los patrones de subsistencia tradicionales como la agricultura, recolección, caza y pesca. Además, en menor medida, forman parte de la economía de mercado al vender diversos productos explotados de la biodiversidad propia de sus bosques (2001: 164).

Finalmente, para los autores, la importancia de la región para la conservación de la biodiversidad está ligada a hechos históricos que impactan en la zona y los patrones de ocupación humana desarrollados. Por lo tanto, la creación de áreas protegidas es importante para contrarrestar los intentos de desarrollar actividades petroleras que afecten deliberadamente la región. Sin embargo, es necesario considerar a los Matsigenka como parte fundamental de las áreas protegidas pues estos son los más interesados en mantener la biodiversidad y procurar la conservación de la fauna y flora. Ambos autores terminan recomendando la inclusión de los Matsigenka en la gestión y control de su territorio para proteger la biodiversidad de la región (2001: 173).

## 1.2. Sobre los Matsigenka del Manu

El Parque Nacional del Manu es un espacio natural protegido que tiene como principal pueblo a los Matsigenka. La mayoría de las publicaciones hechas sobre el Manu se realizan a partir de investigaciones sobre la fauna y flora existente. Diversos autores resaltan la importancia del Parque el Manu en tanto su biodiversidad y las nuevas especies que han permitido enriquecer a las ciencias naturales. Sin embargo, existen muchas publicaciones que retratan al

Manu a nivel más integral abarcando su historia, biodiversidad y analizando las poblaciones que viven en el lugar, entre ellas resalta el trabajo de Kim MacQuarrie y Pérez de Cuéllar (1992) que con fotografías y textos detalladamente hechos plasman la realidad del Parque durante los 90s, incluyendo las descripciones de los pueblos que habitan en él, entre ellos los Matsigenka.

En cuanto a investigaciones sociales realizadas sobre los Matsigenka del Manu, encontramos un número reducido de publicaciones, en la siguiente sección desarrollo aquellas que he considerado más resaltantes. A este punto, Glenn Shepard vuelve a colación porque es uno de los pocos autores que ha trabajado largamente con los Matsigenka del Manu. De esta forma, en el 2003 publicaría junto con Carolina Izquierdo un trabajo bastante completo donde desarrollan brevemente el entorno ecológico del parque, la constante relación de las comunidades nativas con la ecología del lugar y las características culturales generales en cuanto a economía, medicina, parentesco que los diferencian de los Matsigenka del Valle del Urubamba; así como un estado del arte indicando investigaciones previas sobre los Matsigenka.

Los autores Shepard, Olh y Yu analizan diversos aspectos de los Matsigenka a partir de la antropología ecológica en comunidades Matsigenka (Shepard et al. 2005, 2011). Para el año 2010, realizan un trabajo que incluye también a Klaus Rummenhoeller en el que presentan una visión más general de las poblaciones del Manu y se traza no solo la historia sino las políticas alrededor del Parque el Manu al ser considerado un espacio natural protegido. La discusión

se abre a partir del consumo de carne animal que supone un riesgo para las especies; no obstante, como mencionan diversas investigaciones, las prácticas de caza Matsigenka no ponen en situación de vulnerabilidad a las especies pues se dan en pequeña escala y muchas especies no son cazadas por motivos culturales.

Para los autores, el conflicto entre las personas y los parques necesita una evaluación cultural para cubrir los sesgos (Shepard et al. 2010: 295); por ello, proponen que, para asegurar la conservación de la biodiversidad a largo plazo, las comunidades reciben beneficios explícitos a cambio de ayudar a defender el parque contra incursiones y administrar recursos vulnerables como animales de caza (2010: 295). Para el 2013, varios de estos autores trabajaron para cuantificar el volumen de la amenaza de tener poblaciones dentro del Manu y buscar soluciones realistas a la huella humana en el parque (2013). Como resultado, la caza de animales se reduciría con la inversión en agua potable y en mejores colegios pues obligarían a las personas a no moverse de localidad y reduciría la creación de nuevos asentamientos (2013).

John Andrew Bunce y Richard McElreath (2017) trabajan con los Matsigenka del Manu de la comunidad nativa Tayakome para examinar los cambios en sus normas culturales partiendo de la idea de que las normas de comportamiento de ciertos grupos están ligadas a sus circunstancias ecológicas y sociales, en este caso con sus interacciones con otros grupos dentro y fuera del parque. La idea central parte de que las personas adoptan rasgos de otros grupos culturales en ciertos espacios claves, uno de ellos es la escuela donde



los Matsigenka se rigen bajo normas típicas de los mestizos pues el cuerpo docente suele estar conformado por mestizos, llevando a que los Matsigenka que asisten a la escuela adopten normas culturales típicas de estos (2017).

Los autores identifican cinco mecanismos como potencialmente influyentes en la adopción individual de normas culturales fuera del grupo: la negociación, adopción de normas de frecuencia de interacción, surtido interétnico de normas, aprendizaje social interétnico sesgado por el éxito y socialización infantil (2017: 451). Los cinco mecanismos empiezan e influyen en los Matsigenka por la escuela; de esta manera, los niños Matsigenka que asisten a clases y que se basan en normas mestizas tienen una ventaja frente a los otros Matsigenka que es la facilidad de coordinación interétnica que luego serán valiosos en el comercio y el trabajo asalariado. Además, desarrollan una mejor capacidad de negociación pues se reconoce que los Matsigenka no son culturalmente negociadores (2017).

Finalmente, Julia Ohl (2005) aborda el ecoturismo a través del análisis del sistema económico tradicional de Tayakome y Yomibato y las nuevas formas de economía que están lentamente instaurándose entre los pobladores. Así, se establece que el turismo se introdujo en 1997 cuando se fundó “Empresa Multicomunal Matsigenka” y se inició posteriormente la construcción del albergue turístico “Casa Matsigenka” (2005: 19). Como resultado, por medio de su trabajo en la empresa, los Matsigenka obtuvieron ingresos salariales más altos: entre \$36 y \$56 dependiendo del cargo. Ohl afirma que, para estas comunidades, el turismo es la única posibilidad para crear ingresos; pero, como los ingresos son

bastante bajos, las donaciones son el modo en que los Matsigenka reciben la mayoría de sus bienes (2005: 29).

El trabajo de Julia Ohl busca dar respuesta a la interrogante del título de su trabajo sobre si el ecoturismo es realmente una oportunidad para el desarrollo sostenible de los Matsigenka y la respuesta es que es posible tal hecho, pero solo si se posibilita la participación de los pueblos indígenas en el negocio del turismo dentro de áreas naturales protegidas. El fin de esto es que los mismos pobladores evalúen y fomenten formas de participación compatibles con sus necesidades (2005: 82). Un punto muy similar al de Shepard et al. (2010) que propone garantizar la participación de los Matsigenka en las decisiones que se toman en todo aspecto de su cultura que incluye la ecología, actividades económicas, políticas públicas con influencia en sus regiones, entre otros.

### 1.3. Sobre el sistema médico Matsigenka

Para desarrollar la literatura antropológica resaltante sobre el sistema médico Matsigenka, he dividido el abordaje a partir de la presentación de trabajos sobre cosmología y chamanismo; y, etnomedicina. Además, considero importante también los informes técnicos de salud de los Matsigenka y las investigaciones realizadas a partir de proyectos de exploración petrolera que impactan en la salud de dicho grupo.

A nivel de cosmología y chamanismo, los tres autores más resaltantes en la realización de investigaciones sociales son Gerhard Baer (1994), Dan

Rosengren (1998, 2002) y Glenn Shepard (1999a, 1999b, 2003). Baer, antropólogo suizo, se especializa en estudios de religión Matsigenka tras realizar trabajos de campo en un lapso de 10 años entre 1968 y 1978. Considero importante una aclaración que realiza Baer de la ausencia de trabajos sobre cosmología, chamanismo o religión Matsigenka antes de 1950 considerando la presencia de las misiones católicas y protestantes a través de sus órdenes o, en su defecto, del Instituto Lingüístico de Verano. Esto se debe a que el objetivo de dichos misioneros era erradicar las supersticiones Matsigenka buscando la liberación de las personas, mas no entenderlas (Baer, 1994).

La orientación teórica que guía los trabajos de Baer es ver a la religión y los valores religiosos como mecanismos de legitimación del grupo humano y de la cultura. El tema se aborda a partir de la economía, la sociedad y la orientación espacial y temporal. Ya que se considera que los objetos tienen un significado pluridimensional que necesita ser entendido y abordado a partir de aspectos económicos, sociales y religiosos (1994: 9). Baer introduce concepciones que existen alrededor de la enfermedad y que se encuentran unidas con las normas y los valores de la cultura; de este modo, quien las trasgreda, tiene muchas probabilidades de enfermar (1994). Al respecto del chamanismo, se le concibe como un complejo religioso y un componente importante e integrativo del sistema religioso Matsigenka (1994: 245).

Dan Rosengren, de quien escribíamos en secciones anteriores sobre sus trabajos de organización social y parentesco, aborda la cosmología sobre todo a partir de dos publicaciones realizadas que considero primordiales. En

dichos artículos se exploran las nociones de moralidad entre los Matsigenka a través del análisis de mitos pues se considera que estos son un medio para interpretar la vida cotidiana y la convivencia; y, el análisis del chamán como intermediario entre los Matsigenka y los espíritus (Rosengren 1998, 2002). Entre las conclusiones a las que llega el autor sobre la cosmología Matsigenka se encuentran el de organizar conceptualmente las nociones del mundo a partir de dualidades, un punto que para Rosengren es muy similar a los modos occidentales de conceptualización (Rosengren 1998).

La mayor dicotomía está entre ser humano y sobrehumano, donde el primero necesita a la comunidad para sobrevivir mientras que el segundo puede hacerlo por sí mismo. De esta manera, los mitos muestran el carácter asocial de los sobrehumanos que, sin esta interacción con la comunidad, se ven desprovistos de directrices para su comportamiento moral (1998, 2002). Dicho comportamiento moral se determina a partir de lo social, del respeto de la comunidad y el bien común, más allá de lo cósmico. Finalmente, Baer considera que viendo a la moralidad como estrechamente ligada a la vida comunitaria, no puede haber una noción universal de moralidad entre los Matsigenka, las consideraciones morales dependen del contexto y de las concepciones sobre bienestar común establecidas por grupo comunitario (1998).

Por otro lado, sobresale el trabajo de Glenn Shepard que desarrolla el rol del chamán en comunidades Matsigenka. Según Shepard, el chamán es una figura protectora contra las fuerzas del mal debido al consumo de diversas sustancias psicoactivas como la ayahuasca, floripondio, chirisanango o tabacos

especiales que los dejan pasar del mundo mundano al sobrenatural (Shepard 1999a: 93). El autor continúa la idea de Rosengren sobre el poder transformativo de los chamanes a partir de su relación con los “invisibles” o “puros” de la selva por su poder intermediario entre el ser humano y el sobrehumano (1999a). Además, agrega la idea de que los chamanes tienen la potestad de recibir nuevas variedades de productos agrícolas y negociar con los dueños de los animales para mejorar la oferta de caza (Shepard 2003: 245).

El abordaje a la cosmología Matsigenka por parte del autor se da a través de las traducciones e interpretaciones de cuentos mitológicos que ayudan a discutir la moral. Nuevamente, al igual que lo expuesto por Rosengren, la moral está relacionada con las concepciones de bien y mal que están inmersas en la relación social entre los individuos (2003). Una última aclaración por parte del autor deja ver el modo en que la actividad misionera ha confundido la concepción del chamán versus los Matsigenka en general, poniéndolos a ambos a un mismo nivel y considerándolos iguales (1999a). Sin embargo, el chamán tiene poder, tanto para curar enfermedades como para enfermar a la gente; esto dependerá de las motivaciones y la perspectiva que tiene el chamán sobre uno mismo (2003: 256).

Por otro lado, Jonathan Strongin (1982), antropólogo médico, trabajó temas de salud en la comunidad Matsigenka de Camisea en el Valle del Urubamba. Strongin estudió los conceptos de enfermedad entre los Matsigenka y lo importante de su estudio radica en ser el primer abordaje a un diagnóstico sobre la situación de salud y enfermedad Matsigenka que quince años después

es retomado por Carolina Izquierdo en la misma comunidad. El objetivo del trabajo de Carolina Izquierdo (2005) es comparar las evaluaciones actuales sobre la salud Matsigenka con las similares evaluaciones realizadas por Strongin en 1975 y 1977 (Izquierdo 2005: 770). Para esto, se guía de datos empíricos recogidos durante el trabajo de campo de Strongin para confirmar o negar las predicciones realizadas por el autor.

Tras su trabajo en Camisea, Izquierdo publicaría junto con Allen Johnson un trabajo sobre cómo las narrativas de las enfermedades Matsigenka y las historias populares comparten un esquema emocional subyacente, en el cual la muerte y el sufrimiento son el resultado de conflictos entre individuos de voluntad fuerte que provocan enojo y agresión (Izquierdo y Johnson 2007: 419). El aporte de Johnson es importante pues la data recopilada en Shimaa contribuye a entender cómo la brujería es la principal causa de enfermedad y muerte en Camisea, pero no en Shimaa ni en alguna otra comunidad Matsigenka. Esto se debe a que Camisea es una comunidad que ha sufrido cambios en su ecología, organización, política y religión que han llevado a un aumento en los sentimientos de envidia y frustración (2007).

De esta manera, la enfermedad ha dejado de ser causada por encuentros con espíritus peligrosos y ahora se considera que la hechicería es la causa más recurrente para explicar estos episodios. Un factor muy importante han sido los asentamientos que han iniciado una cadena de interacción con personas fuera del círculo familiar y comunal al incluir a misioneros, funcionarios del gobierno, compañías petroleras y curanderos que ya estaban trabajando con un modelo

explicativo basado en brujería (2007: 441). De esta manera, los autores tratan de abordar este tema a partir del análisis de tres casos: Ana, Sebastián y Antonio, para entender las nuevas dinámicas y los nuevos contextos de desigualdad que han llevado al aumento de la envidia y la tensión social que se han visto eventualmente reflejados en episodios de enfermedad.

Los demás hallazgos realizados por Izquierdo serán retomados en las posteriores líneas cuando abordemos el caso del proyecto Camisea y su impacto en la salud Matsigenka. No obstante, para cerrar los estudios en etnomedicina, encontramos nuevamente a Glenn Shepard (1998, 1999b, 2002) quien cuenta con una vasta cantidad de artículos publicados sobre la etnomedicina Matsigenka. Resalto tres abordajes realizados por el autor: El primero es el análisis de las costumbres y creencias funerarias entre los Matsigenka. Según Shepard, las prácticas de duelo entre los Matsigenka tienen claramente delimitado un tiempo, lugar y límite emocional, de allí que sean tres días de luto para que las personas puedan expresar y resolver su dolor para luego continuar y volver a sus roles cotidianos (2002: 221).

El segundo es el análisis de las plantas que él denomina psicoactivas y que considera tienen un papel central en el sistema médico Matsigenka. Distingue entre alucinógenos poderosos que son los que otorgan a los chamanes la capacidad de crear un vínculo directo con los espíritus; y, las plantas psicoactivas leves para controlar las emociones disruptivas, restablecer relaciones sociales armoniosas y optimizar el rendimiento de los hombres y mujeres en sus roles sociales (1999b: 330). Finalmente, el tercer abordaje se da

a través del estudio comparado entre los Matsigenka y Yora para evaluar el poder curativo de las plantas y la experiencia sensorial de ambos grupos, resaltando el olor como significativo en la construcción cultural de la enfermedad y la terapia (1998: 3).

Pasando a los análisis de salud Matsigenka, tenemos el trabajo de la Dirección General de Epidemiología que está a cargo de realizar el Análisis de la Situación de Salud (ASIS) del país, la región y lugares especializados. Esbozar la situación de salud en una comunidad o del país en general proporciona, a los diferentes niveles del sector salud, la información necesaria para tomar decisiones sobre políticas públicas y formular estrategias de intervención. Así mismo, colabora a examinar los efectos de políticas sanitarias ya implementadas en nuestro país con el objetivo de monitorearlas y evaluarlas constantemente (MINSA, 2010). El ASIS del Perú, se basa en el examen de los diferentes niveles de salud que son resultantes de las condiciones y calidad de vida desiguales del país.

Es interesante mencionar que el ASIS reconoce las fallas del sistema de salud estatal, sobre todo al utilizar prácticas médicas que no toman en cuenta el contexto social ni la identidad cultural de las poblaciones y trata de minimizar sus efectos en la realidad (MINSA, 2010). De la misma manera, se reconoce que los puntos de atención local están mayormente lejanos a las comunidades, se encuentran en centros poblados a los que la población no visita con frecuencia por los costos que esto acarrea o un punto de atención local tiene una gran extensión de territorio como su zona de atención. Finalmente, se evidencia la



necesidad de crear modelos de intervención basados en un nuevo enfoque: intercultural, donde los modelos profesionales dialoguen con las expectativas de los pobladores y sus experiencias sanitarias.

El ASIS de los Matsigenka fue elaborado en el 2006 y arrojó diversos datos a nivel de salud y enfermedad: “la noción de bienestar está estrechamente ligada a la ausencia de enfermedad y a la conservación de la armonía social; aunque las nociones de salud y enfermedad están ancladas en elementos de la cosmovisión tradicional, los Matsigenka adaptan estos elementos de su cultura a la cambiante realidad; y, el diagnóstico de las enfermedades es realizado primero por los familiares más cercanos y está asociado a un síntoma o signo o una combinación de ellos” (MINSA 2006: 147). Todas las concepciones Matsigenka alrededor de la enfermedad, dice el ASIS, son desconocidos para el personal de salud, excluyendo a cualquier diagnóstico que tenga relación con síntomas de tipo “daño”, “pérdida del alma”, etc.

En cuanto al diagnóstico, no se cuenta con el equipamiento necesario o falta profesionales médicos; y, muchos casos de enfermedad llegan en un estado grave pues han sido tratados primero en casa pues no contaban con el dinero para costear otros tratamientos. Esto hace que el diagnóstico sea solo a partir de una patología agravada más se reduce la capacidad de reconocer el origen de la enfermedad (2006). Además, el registro es bastante dificultoso y la cobertura de atención suele ser bastante limitada. Actualmente se trata de reducir estos problemas con la presencia de un promotor de salud en la mayoría de las comunidades Matsigenka; sin embargo, el tipo y nivel de capacitación de

este personal es heterogéneo en función de su antigüedad, nivel educativo escolar y formación recibida (2006: 153).

Finalmente, en cuanto a las publicaciones de evaluación de la salud Matsigenka relacionados a proyectos exploratorios petroleros implementados en zonas donde hay presencia de dicho grupo, encontramos los trabajos realizados para analizar el impacto del proyecto Camisea en las comunidades de Urubamba. Paola Torres-Slimming (2010) nos introduce a las consecuencias de un contexto caracterizado por la globalización, donde el mercado y las políticas tienen ahora impacto en todo el mundo. Ante la entrada del proyecto Camisea en el Lote 88, se despertó un interés por el impacto que tendría éste en las comunidades alrededor del proyecto, especialmente en el aspecto sanitario donde la precariedad de las comunidades y el poco ingreso económico llevaron a poner en riesgo la salud de los pobladores (2010).

El proyecto Camisea ha logrado incrementar el interés del Estado en cuanto a los efectos que tendría el mismo y su contribución al desarrollo de la comunidad. Sin embargo, Camisea es solo reflejo de un problema nacional más amplio, la existencia de zonas y comunidades en total abandono por el Estado con riesgos sanitarios altos, que necesitan de la implementación de un proyecto exploratorio con mayor envergadura a nivel nacional para recibir la atención estatal hacia sus problemáticas y la realidad que atraviesan sus pobladores (2010). Esta publicación analiza a la población del Bajo Urubamba pues desarrolla el escenario político, las amenazas y oportunidades del proyecto

Camisea y; especialmente, se centra en la salud, un ámbito que enriquece al conocimiento de la salud Matsigenka.

También en el 2010, Eveline Bruijn y Gail Whiteman publican “That Which Doesn’t Break Us: Identity Work by Local Indigenous ‘Stakeholders’” un artículo sobre los efectos del proyecto Camisea en las poblaciones Matsigenka del bajo Urubamba. Aquí, al igual que en el texto de Torres-Slimming, se esboza la preocupación de diversos grupos políticos por los impactos del proyecto en cuanto al medio ambiente, la salud y la cultura. Si bien esta publicación está ligada al aspecto cultural y político del proyecto y la acción de los pobladores como actores claves en el transcurso del proyecto, no aborda el tema de salud directamente. No obstante, contribuye a entender los impactos y las tensiones bajo las que se desenvuelve la cultura Matsigenka en Cusco.

Los autores hablan sobre los impactos principales que ha tenido el proyecto en cuanto al estilo de vida de los pobladores, quienes poco a poco han ido introduciendo nuevos conocimientos y procedimientos publicitados por la compañía Shell. Un ejemplo son las nuevas concepciones sobre higiene ante el acceso a jabón o medicinas que buscan contribuir a reducir los riesgos sanitarios pero que tienen un impacto directo en el modo de vida de los pobladores y eventualmente, un impacto en los modos culturales y las concepciones alrededor de la salud (2010). Los autores definen estos procesos como “westernized lifestyle”: cuando los pobladores han preferido los modos de ver y practicar ciertos aspectos de la vida a partir de la mirada occidental implantada por el proyecto (2010).

#### 1.4. Sobre cuidado y salud infantil en la Amazonía

Los estudios sobre cuidado y salud infantil en la Amazonía suelen estar relacionados con una gran rama de estudios sobre reproducción femenina y las etapas de embarazo como el parto y puerperio; y, enfermedades directamente relacionadas a la alimentación de los infantes. A continuación, presento los estudios que he considerado más resaltantes sobre cuidado y salud infantil en diversos grupos amazónicos. Para iniciar, Armando Medina et al. (2017) tienen una reciente publicación sobre las representaciones sociales de las comunidades Awajún y Wampis del Amazonas en torno a síntomas y tratamientos de la anemia en niños menores de 03 años. El análisis busca también evaluar la aceptabilidad del multimicronutriente en dichas comunidades.

Los autores afirman que, para los Awajún, el cuidado y estado de salud están relacionados con una esfera más ritual y la anemia puede ser fácilmente confundida con un estado de ánimo decaído (2017). El tratamiento más común dado por las madres en el contexto doméstico es el uso de plantas medicinales y dietas que ellas conocen. Empero, las madres suelen dejar a sus hijos comiendo solos sin supervisión y no corroboran si estos comieron o no (2017). Además, con el cambio climático y cambio en las prácticas de subsistencia, se tiene menos carne y menos verduras y frutas. Finalmente, en cuanto a la percepción de los multimicronutrientes, la población necesita tener espacios de sensibilización para conocer sus usos y efectos para poder aceptarlos; de lo contrario, se crea una desconfianza en torno a estos (2017).

Tratando el tema nutricional nuevamente, encontramos el estudio de Lucio Huamán Espino y Carmen Valladares (2006) sobre el estado nutricional y frecuencia del consumo alimentario de niños menores de tres años y mujeres en edad fértil de la población Aguaruna del departamento de Amazonas. El análisis es característico de la antropología aplicada y busca primero, conocer los motivos que han guiado a que la desnutrición sea parte de la realidad Aguaruna; y, segundo, medir los porcentajes de anemia y desnutrición. Los autores señalan que las condiciones precarias en las que viven los Aguaruna han llevado a que alrededor del 30% de niños de 0 a 3 años se encuentren en riesgo elevado de desnutrición y si continúan creciendo sin un cambio en el contexto, podría darse una desnutrición crónica (2006).

Aquí, al igual que el estudio de Medina, se trata el escaso acceso a alimentos pues resulta cada vez más difícil para ellos conseguir carne, llevando a que las madres alimenten a sus hijos con yuca, plátanos, arroz y un poco de huevo y verduras, una dieta con gran carga de carbohidratos, pero no de proteínas (2006). La desnutrición no es el único problema, se tienen altos niveles de anemia y frecuentes casos de diarreas, parásitos, entre otros. De esta forma, se dan tres procesos paralelos: una escasa disponibilidad de alimentos, un limitado acceso a ellos, y una precaria estabilidad originada en la estacionalidad de muchos alimentos, incrementando paulatinamente los índices de desnutrición y anemia, y con ello otros problemas de salud (2006: 20).

En cuanto a investigaciones de corte antropológico, tenemos aquellas financiadas por UNICEF como el de Jeanine Anderson et. al (2016) sobre las

experiencias de los niños y niñas en la Amazonía a partir de su contexto comunitario, sus grupos parentales y la variedad de cuidadores que llegan a tener en su proceso de desarrollo. La etnografía se realiza en 4 comunidades que son: Awajún, Shipibo, Asháninka y Wampis, donde se trata de entender la niñez de hasta 3 años desde la experiencia del infante pues la autora aclara que esta experiencia es distinta a la de un adulto. La importancia del niño, según Anderson, está en la carga simbólica que lleva al representar la posibilidad de una mejoría, un miembro más para la búsqueda del éxito es en tanto esto, un proyecto y debe ser cuidado lo más posible (2016).

No obstante, hay muchos niños en la Amazonía viviendo sin los cuidados y supervisión constantes que requieren. Por el contrario, los infantes viven en una realidad llena de interacciones y socializaciones con múltiples personas como sus padres, abuelos, hermanos y otros. En cuanto a conductas, se detalla que uno de los principales peligros en los niños es la ingesta de alimentos que resultan peligrosos como las espinas de los pescados (2016). Estas ideas colaboran a entender y desenvolver el nivel de cuidados alrededor de los niños y las circunstancias a las que están expuestos en sus comunidades. Es un trabajo bastante complejo e integral el que realiza la autora pues ve el estudio de infantes desde diversas aristas que contribuye a crear una idea más amplia sobre lo que es ser infante en la Amazonía.

Siguiendo con las investigaciones financiadas por UNICEF está el estudio cualitativo revisado por Carmen Yon et. al (2010) sobre concepciones, conocimientos y prácticas relacionadas a la salud y el cuidado de niños en la

primera infancia en dos localidades, una rural y una amazónica. Para mi investigación, considero necesario la revisión de los hallazgos de la comunidad amazónica Awaj n. Dentro de los principales hallazgos que rescato es la reafirmación de que la salud está ligada al bienestar y que esta se logra con una relación armoniosa con los miembros de la comunidad, la naturaleza y el mundo cosmológico. En cuanto a los cuidados que requiere un recién nacido, se reconoce que este requiere ser alimentado de manera especial, por esto, reciben lactancia materna, pero se tiene un particular recelo al calostro (2010: 21-23).

Dos prácticas desfavorables para los niños en la primera infancia que se resaltan es no vacunar a los infantes si a estos se les ha aplicado enemas y el reducir el contacto físico y cercanía con el padre por temor al cutipado (2010: 23). En cuanto a las enfermedades, se resaltan diversos aspectos como el reconocimiento de signos de enfermedad para la búsqueda oportuna de ayuda; la red de apoyo tanto familiar como comunitaria; prevención de enfermedades mediante prácticas cotidianas de salud. Finalmente, a nivel de tratamiento, es desfavorable que el uso de servicios de salud se dé tan tarde pues se prefiere utilizar tratamientos de la medicina tradicional; y, es limitada la posibilidad de la madre de salir de casa en caso se necesite que visite un establecimiento de salud para controles médicos (2010).

La revisión de diversos trabajos muestra que las investigaciones sobre Matsigenkas se centra en su organización social, economía de subsistencia y cosmovisión. No obstante, éstas están centradas en los Matsigenka del Valle del Urubamba, dejando fuera de muchos análisis a los Matsigenka del Manu. Los

motivos de este hecho son desconocidos, una suposición podría ser la introducción de proyectos de exploración petrolera en Urubamba que han tenido un impacto multinivel en las comunidades. Esto ha despertado el interés de organizaciones de apoyo, cooperaciones y del propio Estado para evaluar dichos impactos. Si bien existen publicaciones sobre el Manu, la mayoría suelen centrarse en la relación de la población Matsigenka con el parque para asegurar la biodiversidad de especies y minimizar la huella humana.

Por otro lado, en cuanto a estudios sobre cuidados y salud infantil en la Amazonía, suelen abordarse a partir de la maternidad, salud reproductiva y las etapas del embarazo, resaltando el papel de la madre sin analizar la experiencia del infante. Los pocos trabajos centrados en la experiencia infantil hasta los 3 años se abordan a partir del análisis aplicado de enfermedades que afectan a los niños en la Amazonía como la anemia; desnutrición; y, diarreas y parásitos. Finalmente, esta escasez de investigaciones de los Matsigenka del Manu y de los sistemas de cuidados de niños en la primera infancia es también una invitación a todos los investigadores sociales a interesarse por fenómenos sociales no tan comunes en la producción académica y que requieren del punto de vista antropológico.



## CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

En sociedades plurales como la nuestra existen múltiples modelos de atención que se aproximan de manera diferente a los procesos de salud y enfermedad. Para profundizar en estas características es que se trabaja a partir del análisis de los itinerarios terapéuticos que corresponden a lo que hacen las personas para atender un problema de salud y los recursos y repertorios terapéuticos de diferentes modelos de atención que utilizan. De esta manera, en la siguiente sección se desarrollarán estas definiciones en mayor profundidad para delimitar el enfoque teórico que guiar la investigación.

### 2.1. Sistema médico

El concepto de sistema médico evoca a los modelos conceptuales desarrollados por investigadores sociales para entender cómo las personas manejan la salud y la enfermedad en los contextos culturales particulares en los que se encuentran insertos (Pool y Geissler 2005). Es decir, involucra el conjunto de tecnologías y agentes de la salud; pero, además, estos aspectos se encuentran en constante relación con las creencias y patrones de comportamiento que tienen los pobladores de una sociedad entorno a la salud y la enfermedad (Kleinman 1978; Quevedo 2010-2011). De esta manera, para entender el sistema médico de una comunidad en particular, es necesario el

análisis del sustrato ideológico que forma parte del repertorio cultural de la sociedad (Pedersen 1989).

Por otro lado, los sistemas médicos deben ser tratados desde una perspectiva amplia e inclusiva que permita entenderlos como estructuras pluralistas, cuya existencia involucra diferentes tradiciones (Pool y Geissler 2005) y prácticas médicas que mantienen una relación competitiva o complementaria en el manejo de la enfermedad y en el proceso de búsqueda de la salud (Pedersen 1989). Asimismo, los sistemas médicos tienen seis componentes que son los recursos y repertorios terapéuticos en búsqueda de la salud; los itinerarios terapéuticos; el sistema explicativo sobre la salud y enfermedad; el sistema de cuidado particular para garantizar el bienestar; los agentes de salud propios; y, los marcos y contextos institucionales de reconocimiento y acción (Portocarrero 2015).

Finalmente, cuando hablamos de sistema reconocemos que el conjunto de las seis dimensiones se encuentra en relación de interdependencia, teniendo el poder de influenciarse entre ellas. Esta condición de interdependencia e interrelación de las dimensiones es relevante en el estudio y profundización de cualquier sistema médico al revelar que no es posible su existencia de tener ausente alguno de dichos elementos. De la misma manera, aunque cada elemento abarque aspectos diversos, la variación en cualquier escala de uno de estos aspectos, conllevará a la variación del sistema médico en general (2015). En este capítulo de la investigación trataré de definir cada una de estas

dimensiones pues están en constante relación con los recursos y repertorios terapéuticos.

## 2.2. Modelos de atención

Los modelos de atención, según Pedersen (1989) son los modos particulares en que se atiende un padecimiento, se busca prevenirlos, darles tratamiento, controlarlos, aliviarlos y curarlos. Dicho esto, existen diversas formas de atención que tomaremos como importantes:

1. Modelo biomédico: caracterizado por su constante e intermitente modificación y cambio, avanza en tecnología pero no en su modelo de atención.
2. Modelo tradicional o popular: conformado por agentes tradicionales de atención que son validados por las propias comunidades.
3. Modelo alternativo: atención de padecimientos a partir de propuestas novedosas y alternativas a los dos primeros modelos.
4. Modelo devenido de otras tradiciones médicas: son consecuencia de otras tradiciones como la acupuntura.
5. Modelo de autoayuda: organizadas por personas que padecen algún tipo de problema.

Dichos modelos de atención están en contraste comunicación con otros y se influyen en diversos niveles. Los modelos existen en la medida en que son utilizados por las personas y serán estas mismas quienes decidan qu modelo deseen consultar y eventualmente utilizar. Es posible la combinación de uno o más modelos de atención que da como resultado un sistema médico plural. Para el autor y para fines de esta investigación, las formas de relación entre modelos de atención reflejan, reproducen y negocian estructuras de relación social.

### 2.3. Recursos y repertorios terapéuticos

Los itinerarios terapéuticos usan recursos y repertorios terapéuticos de diferentes modelos de atención. De esta manera, cada sistema médico cuenta con repertorios y recursos terapéuticos particulares que son definidos como el conjunto de medios utilizadas para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades; así como también los procedimientos e insumos utilizados para dicho fin (Portocarrero 2015). Desde la antropología, Julio Portocarrero (2015) los caracteriza como eclécticos y permeables dependiendo del sistema médico al que pertenecen. Esto debido a que, por un lado, pueden presentar variaciones con facilidad y ser distintos de un sistema a otro; y, por otro lado, pueden hacer préstamos de otros repertorios terapéuticos que adoptan como suyos y los acomodan a su propio sistema.

Podemos decir que existen dos aspectos importantes a tomar en cuenta en esta sección: el diagnóstico y el tratamiento. Desde la investigación social, se

ha criticado el diagnóstico de enfermedades a partir del modelo biomédico por considerar que tienen una visión reduccionista, puesto que conserva modelos interpretativos de estilo bioquímico, inmunológico, entre otros, donde los síntomas se codifican e interpretan de acuerdo con estos. Así, se ha dado lugar a que aquellos síntomas que no encajen en este repertorio sean interpretados como psicosomáticos o se descartan por ser inexistentes (Menéndez 2003). Good y Delvecchio (1981) proponen un modelo interpretativo que busque entender a las enfermedades desde dos puntos de vista: la biomedicina y el paciente (Menéndez 2003).

No se trata de descalificar a un sector del sistema, más de afirmar que es necesario tomarle atención al modo en que los pacientes configuran sus conocimientos y prácticas terapéuticas. Hasta la fecha, son varios los estudios de síntomas y síndromes culturales que para fines de mi investigación serán llamados enfermedades no biomédicas y definidos como padecimientos no atribuibles a una causa orgánica identificada por la biomedicina, cuya presencia se circunscribe a cierto espacio o grupo sociocultural (Portocarrero 2015). La gran cantidad de investigaciones que parten desde esta perspectiva de análisis, se dan a partir del estudio de sociedades rurales del Perú, no son muchos los estudios realizados en la Amazonía.

En dichas investigaciones se reconocen padecimientos tales como el daño, susto, cutipado, entre otros. De la misma manera, se reconoce la necesidad de entender que los datos históricos, sociales y culturales juegan un papel importante en la aparición de cualquier enfermedad; como consecuencia

también afectar al diagnóstico de estas y el uso de recursos terapéuticos para tratar una enfermedad (Pedersen 1989). El tratamiento de enfermedades tiene características muy particulares que varían entre los sistemas médicos, esto se debe principalmente a la apropiación de elementos de otros sistemas y al eclecticismo al que están expuestos y en algunas localidades la unidad doméstica o la comunidad suele ser parte de las terapias, mostrando el carácter colectivo del tratamiento (Portocarrero 2015).

#### 2.4. Itinerarios terapéuticos

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 (Garro 1998; Portocarrero 2015). Linda Garro (1998) establece puntos importantes en el análisis de la toma de decisiones acerca de los posibles tratamientos a aplicar por parte de los pacientes; entre ellos, podemos resaltar que la existencia de un modelo tradicional de creencias médicas no influencia en el uso de medicina profesional; así como el acceso de la población a la medicina moderna tampoco implica que haya renunciado a sus criterios culturales tradicionales (Vela Quico 2001).

De esta manera, los tratamientos no necesariamente serán de un modelo de salud determinado, sino que diversos recursos y repertorios terapéuticos tomarán lugar paralela o complementariamente (Portocarrero 2015). Para

entender la toma de decisiones y la ruta de los pacientes es clave continuar la línea de análisis donde las unidades domésticas y pacientes funcionan como agentes de salud a partir del concepto de la autoatención. La autoatención según Eduardo Menéndez (2003) constituye el primer nivel real de los itinerarios terapéuticos que el microgrupo realiza por diversos factores como económico y de transporte (Garro y Young 1983) pues el costo de elegir y aplicar un tratamiento en la unidad doméstica es mínimo y de la misma manera se evita el uso de transporte para asistir a una posta u hospital.

Entonces, los pacientes serán los encargados de determinar si la atención doméstica será suficiente para tratar un padecimiento o si será necesario consultar a un profesional o agente fuera del sistema doméstico ampliando la ruta terapéutica. Como hemos mencionado anteriormente, la autoatención es una práctica utilizada y expandida que implica decidir la prescripción y el uso de un tratamiento de forma autónoma o relativamente autónoma (Pedersen 1989). La práctica de la autoatención es un elemento importante para comprender los planes de tratamiento considerando que se refiere a los recursos y repertorios que utilizan los pacientes tomando elementos que tienen a su alcance; así, integran recursos terapéuticos de diferentes modelos de atención de la manera en que mejor consideren.

Actualmente existen situaciones donde las medicinas recetadas por un agente sanitario son consumidas de la mano de plantas medicinales para asegurar el efecto del tratamiento (1989). Sin embargo, es necesario reconocer que, en el caso de niños en la primera infancia, no es posible hablar de

autoatención, pero sí hay un proceso de toma de decisión por parte de las cuidadoras quienes serán los encargados de evaluar los modelos de atención y combinar sus recursos y repertorios terapéuticos. Finalmente, Byron Good (2003) considera que una persona pasa por un itinerario terapéutico individual que la hace interpretar una sola cosa de una determinada forma y que la guiar a armar una ruta que seguirá probablemente en el futuro cuando el infante se enferme.

#### 2.5. Sistema explicativo sobre salud y enfermedad

Según Duncan Pedersen (1989) la percepción de la salud y enfermedad se encuentra determinada por la posición social relativa de los individuos en una sociedad y se encuentra, de la misma manera, ligado por la experiencia individual y el sistema cultural al que pertenecen. Desde esta aproximación, podemos afirmar, gracias a los trabajos de Arthur Kleinman (1973), que los sistemas médicos son sistemas culturales con contextos culturales particulares y forman parte de una realidad simbólica que reproduce y construye formas propias de interpretación. Así, definiré al sistema explicativo como las percepciones e interpretaciones particulares de los individuos sobre la salud y la enfermedad; así como también las causas y procesos terapéuticos del diagnóstico y tratamiento de un padecimiento (Sobo 2004; Portocarrero 2015).

Es importante tomar en cuenta que el sistema explicativo tiene un carácter colectivo, pero también individual dado que se inicia desde la perspectiva de los



individuos. Por lo tanto, las personas modifican y alteran sus interpretaciones a partir de su experiencia directa con enfermedades y el encuentro con los sistemas de atención del que son partes (Young 1982; Kleinman 1973; Pedersen 1989). En conclusión, configuran con el tiempo nuevas experiencias y nuevas formas de ver e interpretar la salud y la enfermedad que, si bien se encuentra a nivel local, afectan al modelo popular que terminará a su vez influenciando a largo plazo el nivel colectivo de una comunidad. De aquí que considere mi trabajo desde una aproximación de la antropología de la praxis, dándole prioridad a la práctica terapéutica.

Es esencial comprender que cuando los pacientes acceden a servicios de salud, llevan a cabo un proceso interno comparativo entre las explicaciones y recomendaciones que reciben y sus valores culturales. A menudo, si no coinciden ambos aspectos, obviarán la recomendación profesional o la interpretarán a su conveniencia y uso (Vela Quico 2001). La identidad cultural es sumamente importante en la comprensión del modelo explicativo indígena de la salud y la enfermedad, un ejemplo lo vemos en las frustraciones del modelo profesional por educar a la población en temas sanitarios pues continúan obviando que las conductas, sentimientos y pensamientos de las personas tienen una matriz muy profunda en la identidad cultural (2001).

Sobre la enfermedad, los antropólogos Foster y Anderson (1978) diferencian entre teorías de la enfermedad personalista y naturalista. En la teoría personalista la enfermedad emerge de un agente sensitivo tal como un espíritu malévolo. En la teoría naturalista se propone la idea del desequilibrio entre varias

fuerzas sistémicas impersonales; así, para curar una enfermedad se debe buscar recobrar el equilibrio. Según los autores, las dos teorías no son mutuamente excluyente, pero consideran que la teoría personalista predomina en sociedades alrededor del mundo, también en comunidades del Perú (Baer 2013). Para esta investigación, utilizaremos las categorías del origen de la enfermedad elaborada por Peter Morley (1978) que divide a las causas en: sobrenaturales, no sobrenaturales, inmediatas y últimas.

1. Causas sobrenaturales: atribuye la enfermedad a fuerzas sobrehumanas y metafísicas como espíritus malignos, hechiceros, espíritus malignos, etc. Desde este punto de vista las personas pueden culpar de una enfermedad a un espíritu maligno o un hechizo llevado a cabo por una persona poderosa.
2. Causas no sobrenaturales: se basa en aceptar las relaciones de causa y efecto sobre una enfermedad. Aún si esta relación no esté resguardada por un razonamiento científico observable.
3. Causas inmediatas: se derivan de fuentes no sobrenaturales y explican la enfermedad en términos de agentes patógenos percibidos.
4. Causas últimas: describe los determinantes de una enfermedad, las fuentes subyacentes de la desgracia que afecta a un individuo específico. Un ejemplo es saber que fumar puede resultar en cáncer de pulmón.

Finalmente, al hablar de interpretaciones sobre la salud y enfermedad resulta necesario vincular estas ideas con las formas de ver y entender el mundo

por parte de los pacientes. Esta característica hace único a cada sistema médico pues las interpretaciones que pueden existir son incomparables y se van configurando por las tantas formas de concebir la realidad (Portocarrero 2015). De aquí la necesidad de trabajar con estudios de casos procurando armar un esbozo general de las experiencias de salud y enfermedad, pero sin olvidar que son experiencias particulares, sobre todo son experiencias familiares que se van construyendo con el tiempo y van moldeando la toma de decisiones. Se puede buscar y rescatar las similitudes en las experiencias comunitarias, pero resaltando las particularidades.

#### 2.6. Sistemas de cuidados particulares

Los sistemas de cuidados son las interpretaciones locales sobre cómo mantener la salud y el equilibrio; así como las normas y sanciones vinculadas al descuido en el cuidado de la salud. Cada sociedad promueve prácticas y negocia la interpretación de la experiencia de bienestar y malestar (Portocarrero 2015). La experiencia de bienestar y malestar suele estar de la mano con la idea de equilibrio y desequilibrio, esto es porque el desequilibrio refleja una situación que produce la enfermedad y cuyas causas estarán basadas en la ruptura o mal funcionamiento de alguna relación clave con el mundo (naturaleza, el propio espíritu u otras personas) (García Hierro 1995). Existen tres sub dimensiones presentes en los sistemas de cuidado: dimensión económica, social y política. Dichas dimensiones tienen un carácter dinámico.

La dimensión económica se centra en los costos directos, indirectos y de oportunidad (Anderson 2006) que generan los cuidados de salud. Dichos costos crean limitaciones en el acceso a atenciones médicas, primero porque consultar a un agente de salud profesional involucra pagos de atención, medicinas, transporte, etc. que dificultan el acceso mientras que hay modos de cuidar la salud que serán más accesibles económicamente hablando (Garro y Young 1983). Segundo, porque involucra un costo de oportunidad al dejar el trabajo o el tiempo dedicado a la familia para ir a los tratamientos o consultas en el centro de salud (Portocarrero, 2015). Estos costos contribuyen de manera importante a reformular la forma en que las personas interpretan la cultural del cuidado de la salud.

La dimensión social por su parte establece los modos colectivos de entender la salud y la organización dentro del sistema de cuidado sobre los roles y las relaciones de los agentes de salud que forman parte del sistema médico. Como desarrolla Sorem Hvalkof (2003), muchos pueblos indígenas entienden “salud” como la armonía de los elementos que constituyen el equilibrio. Es decir: “tener su propio entendimiento y control de su vida, y la convivencia armoniosa del ser humano con la naturaleza, consigo mismo y con los demás, encaminada al bienestar integral, a la plenitud y tranquilidad espiritual, individual y social” (2003). Es también importante resaltar la relación que se da entre las cuidadoras y cuidados que varía según el modelo médico al que se accede (Portocarrero 2015).

La dimensión política del sistema de cuidado se basa en las existentes pugnas por el poder sobre la autoridad de sanar las enfermedades, la legitimación de los agentes, entre otros (2015). El mismo sistema de validación lo vemos en el uso de ciertos fármacos que evidencian el reconocimiento de su eficacia por parte del grupo (Menéndez 2003) sin necesidad de asistir a un profesional. De esta manera, la dimensión política subrayará los mecanismos de distribución del poder en el sistema médico (Portocarrero 2015) y los modos en que se legitiman las prácticas vistas como aceptables dentro del grupo. Finalmente, las relaciones de poder expresan las desigualdades históricas y estructurales presentes en una sociedad que se verán reflejadas en relaciones de poder o conflicto de sus miembros (Baer 1982).

## 2.7. Agentes de salud

De la misma forma en que existen diferentes tipos de sistemas médicos, estos configuran la presencia de sus agentes de acuerdo con sus necesidades y el contexto sociocultural en el que se encuentran (Sobo 2004; Portocarrero 2015). Es necesario identificar a los agentes que están presentes en un sistema para proceder a examinar los distintos mecanismos y herramientas de legitimación de su formación y conocimientos. La preparación de los agentes es diversa, existen sistemas médicos que otorgan mayor prestigio y legitiman la labor de los agentes que han recibido una formación institucionalizada; mientras que otros sistemas cuentan con practicantes del modelo tradicional que basan

su conocimiento en la experiencia personal, la preparación individual o el legado de sus antecesores (2004, 2015).

Los sistemas médicos que privilegian la formación institucionalizada cuentan en su mayoría con representantes que forman parte del modelo biomédico. Duncan Pedersen (1989), afirma que los representantes del modelo biomédico reconocen la existencia de otras prácticas médicas que interactúan con las suyas en un mismo contexto cultural, pero con frecuencia las tratan peyorativamente al considerarlas charlatanería, superstición o como vestigio histórico en vías de desaparición. En otras palabras, desacreditan cualquier otro tipo de práctica médica que forme parte del sistema por considerarla inferior. Del mismo modo, perciben que los procesos sociales no afectan al modelo biomédico pues este se mantiene inmutable ante dichos fenómenos.

Por otro lado, los agentes del modelo tradicional tienen una visión distinta del tratamiento de enfermedades pues basan sus prácticas según diversos modelos interpretativos tales como el naturalista, espiritualista, mágico o especializado (1989). Una característica importante de estos agentes es la conciencia que toman sobre las expectativas del paciente y el conocimiento que tienen sobre sus patrones de conducta porque estos los ayuda a actuar en correspondencia con lo que los pacientes esperan conseguir con los tratamientos (Kleinman et al. 1978). Si bien consideran a sus métodos como infalibles o a veces los sobrevaloran, reconocen que el modelo biomédico puede ser superior para tratar ciertas enfermedades (Pedersen 1989).

Existe un agente híbrido en los sistemas médicos actuales que son los promotores de salud y un número determinado de parteras, que vienen de un grupo cultural particular pero que han podido recibir entrenamiento y formación del modelo biomédico para complementar conocimientos que ya tenían (Vela Quico 2001). Muchas veces estos agentes son extensiones comunitarias del trabajo de los establecimientos de salud y son promovidos por el Estado en esfuerzos por ampliar el alcance del modelo biomédico. Para fines de esta investigación, se define a los agentes de salud como los encargados de mantener la situación de salud en una comunidad, familia o individuo, y de recuperar el estado de equilibrio y bienestar en caso se presente una enfermedad (Portocarrero 2015).

## 2.8. Marcos y contextos institucionales de reconocimiento y acción

Cada sistema médico presenta particulares marcos y contextos institucionales de reconocimiento y acción; así como un modo especial de formalización y estructuración del conocimiento con características de legitimación particulares (Portocarrero 2015). De esta manera, definiremos este concepto como los elementos por los que una comunidad o sociedad legitima a sus agentes, recursos y repertorios terapéuticos. Dichas formas de reconocimiento se encuentran presentes para reconocer la autoridad del agente de salud y el diagnóstico/tratamiento que este utiliza ante un episodio de enfermedad. La agencia de las personas y la unidad doméstica cobra mucho valor porque son ellos los que acceden a la atención médica de su preferencia.

Como establece Julio Portocarrero (2015), el modelo profesional es altamente estructurado y su conocimiento se basa en estudios clínicos. Es decir, está legitimado a nivel global por la medicina occidental y validada por instituciones que cuentan con el respaldo estatal (Kleinman 1978). No obstante, los pacientes no necesariamente identifican a los agentes de salud del modelo profesional como portadores de conocimiento sobre temas médicos, dicho problema imposibilita la atención médica. Esto se debe, como hemos mencionado anteriormente, a que muchas veces el modelo profesional deja de lado los procesos históricos y las condiciones sociales, económicas y culturales en la explicación de la causalidad y desarrollo de las enfermedades (Laza 2009).

Por su parte, el modelo tradicional se basa en la experiencia, reputación de los agentes y reconocimiento de la población e instituciones; así, su proceso de validación y reconocimiento se da de forma tácita (Kleinman 1978; Portocarrero 2015). Algunas culturas con modelos tradicionales utilizan como fuentes de legitimación las apariciones de espíritus o antepasados, los signos de la naturaleza o los sueños del chamán; los recursos son variados en cada sistema médico. Si bien ambos modelos buscan las causas, alternativa y consecuencias de una enfermedad, difieren en el uso de premisas culturales y pruebas de validación. Resultando así que las observaciones y percepciones del mismo fenómeno den diversas y hasta antagónicas explicaciones para una misma enfermedad (Alarcón et al. 2003).



### CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

Hasta el momento se ha desarrollado la producción antropológica y la base conceptual que guiará mi investigación y que es el fundamento para el planteamiento de este capítulo metodológico. De esta manera, en esta sección presentaré las preguntas de investigación; el lugar del trabajo de campo mediante una breve presentación de la comunidad y sus características más resaltantes que serán retomadas y profundizadas en el capítulo siguiente; y, las consideraciones metodológicas como la muestra, los criterios de selección, las fuentes de información y las técnicas de recolección de información.

#### 3.1. Preguntas de investigación

##### **Pregunta general:**

¿De qué manera se utilizan recursos y repertorios terapéuticos de diferentes modelos de atención en el cuidado de niños en la primera infancia en una comunidad Matsigenka del Manu?

##### **Preguntas específicas:**

1. ¿De qué manera las madres interpretan los procesos de salud y enfermedad de niños en la primera infancia?

2. ¿Cuáles son los diferentes modelos de atención de la salud de la comunidad orientados a niños en la primera infancia?
3. ¿Cuáles son los itinerarios terapéuticos que se siguen para la atención de niños en la primera infancia?
4. ¿Cuáles son los recursos y repertorios terapéuticos utilizados en estos itinerarios y a qué modelo de atención pertenecen?

### 3.2. Lugar de trabajo

El lugar de trabajo fue la comunidad nativa Palotoa Teparo que está ubicada en la cuenca del río Palotoa que es afluente del río Madre de Dios, en el departamento de Madre de Dios, distrito de Manu, provincia de Manu y que pertenece al grupo étnico Matsigenka. Durante el trabajo de campo, que duró 8 semanas entre marzo y abril del 2018, visité también el centro poblado Salvación donde se encuentra la MicroRed de Salud - Salvación que tiene a su cargo a las diversas comunidades nativas de la zona Manu y la comunidad campesina de Palotoa Llactapampa pues alberga al establecimiento de salud inmediato al que acceden los pobladores de Palotoa Teparo. En el Anexo 1 se encuentra el mapa ampliado con la ubicación geográfica de la comunidad nativa y de los otros dos lugares que se visitó durante el tiempo en campo.



mediante Resolución Directoral N°015-87-AG-RA-XXIV-MD y Título de Propiedad N°002-90 del 16 de mayo de 1990.

Sobre la población, la comunidad cuenta con un aproximado de 174 personas según información obtenido al momento que se realizó el trabajo de campo. Dichas personas viven en un total de 17 casas distribuidas en el centro y 15 casas distribuidas en el resto del territorio comunal. En cuanto al idioma, un gran porcentaje de las personas que viven en el centro hablan Matsigenka y castellano; es decir, son bilingües y manejan ambos idiomas pues les facilita la interacción cotidiana con colonos, sobre todo con los plataneros. Por su parte, las personas de la periferia hablan mayoritariamente Matsigenka pues son ancianos que deciden pasar su última etapa de vida retirados o familias de contacto inicial que han pedido pertenecer a la comunidad y compartir de las responsabilidades comunales.

Sobre la ruta de ingreso a la comunidad desde Lima, esta tiene una duración de dos días: el primer día involucra un viaje en avión de 1 hora de Lima a Cusco y un bus de 8 horas de Cusco al centro poblado Salvación; el segundo día un bus de 2 horas del centro poblado Salvación al puerto de Santa Cruz y un peque peque de 40 minutos del puerto a la comunidad. El tiempo puede variar por diferentes factores como es el transporte que se utilice de Lima a Cusco o desde Salvación hasta Santa Cruz. La ruta que presento es una de las más rápidas pues fue tomada durante la estación de lluvias, lo cual facilita el transporte fluvial por la crecida del río. Durante la estación de seca el río baja

considerablemente haciendo que el peque peque solo pueda transitar por ciertos lugares y necesite ser empujado en otros.

Se eligió trabajar en esta comunidad porque es una de las pocas comunidades Matsigenka pequeñas en la zona del Manu que no requieren de largas horas en transporte fluvial para llegar a ellas, como es el caso de Yomibato o Takayome. Esta estratégicamente ubicada de tal manera que tiene una posta pequeña a 40 minutos en peque peque que es la asignada para Palotoa Teparo y una posta más grande a 3 horas de distancia a la que derivan pacientes con problemas más serios. La ubicación de las postas no es la principal problemática pues los comuneros están acostumbrados a recorrer el tramo en río varias veces a la semana, pero la dimensión económica juega un gran papel que hace que las visitas a la posta no sean tan frecuentes y que exista una valoración particular del servicio de salud público.

A continuación, haré un breve resumen de todos los datos básicos e importantes sobre la comunidad que se han podido recolectar gracias a la ayuda del personal del establecimiento de salud, miembros de la junta directiva comunal y documentación de diversas iniciativas y programas del Estado:

*Tabla 1: Resumen de información sobre Palotoa Teparo*

Comunidad Nativa Palotoa Teparo		
Categoría	Criterio	Información
Ubicación	Departamento	Madre de Dios
	Distrito	Manu
	Provincia	Manu
Territorio	Reconocimiento como CN	25 de marzo de 1987
	Titulación de tierras	16 de mayo de 1990
	Superficie	6,182.80 hectáreas
Población	Población total	174
	Niños menos de 3 años	14
	Niños de 3 a 12 años	33
	Familias	32
Idioma	Lengua materna	Matsigenka
	Segunda lengua	Castellano
Religión	Iglesia católica	1
	Otras iglesias	0
Educación	Nivel	Inicial y primaria
	Docentes	3, unidocente
Salud	Agentes comunitarios de salud	1
	Establecimiento de salud en la comunidad	1, no activo
	Establecimiento de salud asignado	Palotoa Llactapampa
Economía de subsistencia	Agricultura	Sí
	Caza/Mitayo	Sí
	Pesca	Sí
	Recolección de frutos y semillas	Sí
	Madera	Sí
	Turismo	- Pirámides de Pantiacolla - Petroglifos de Pusharo
	Trabajos remunerados a corto plazo	Sí, poco frecuente
Electrificación	Paneles solares	Sí
Comunicaciones	Radio	Sí
	Señal televisiva	No
	Señal telefónica	No
	Internet	Sí

Fuente: Elaboración propia

### 3.3. Enfoque metodológico

Durante las ocho semanas en campo se realizaron entrevistas a profundidad a las mamás de la comunidad que formaban parte de la muestra y se aplicó la observación participante en los espacios cotidianos domésticos y fuera del doméstico como paseos, controles médicos, fiestas, entre otros. Así mismo, se realizaron entrevistas a las personas de la comunidad encargadas de algún programa social implementado allí que influían en el cuidado de niños en la primera infancia. Dentro de los principales acontecimientos que se pudo compartir con la comunidad resaltan la adjudicación de los nuevos profesores e inicio del año escolar, el aniversario de la comunidad y los preparativos, el cobro del incentivo de Juntos, la organización para la construcción de la escuela inicial y la posible remodelación de la posta.

La muestra estuvo conformada por la reconstrucción de casos de 5 unidades domésticas, el técnico sanitario de la posta, la partera como agente comunitario de salud, representantes de programas sociales en la comunidad y un médico encargado de implementar la campaña médica desde la iniciativa de una empresa privada. Inicialmente se contempló trabajar con padres o cuidadores de niños, enfatizando esta diferencia pues en algunos contextos el rol de cuidadores no sólo recae en los padres biológicos sino en otros miembros de la familia. Sin embargo, tras un primer momento en campo, se comprobó que en esta comunidad en particular el rol de cuidador de un niño en la primera infancia es adjudicado exclusivamente a la madre o a una mujer cercana a la familia que cumple el papel de madre del niño si esta está ausente.

El principal criterio para la elección de las 5 unidades domésticas fue por cuota generacional para trabajar con madres jóvenes y mayores, y abordar primero su experiencia de cuidado con su primer hijo -es decir, cuando eran madres primerizas- y luego con sus siguientes hijos. De esta manera, reconstruí el proceso de adquisición de conocimientos y de prácticas del cuidado conforme iban teniendo más hijos y ganando experiencia o aparecían nuevos factores en la experiencia de cuidado como la incorporación de nuevos programas sociales. Los demás criterios de selección fueron la etapa de vida de la familia, aquí el número de hijos y las conversaciones informales jugaron un papel importante para saber si era una familia joven o no; y, el sexo del niño. Entonces, mi muestra fue la siguiente:

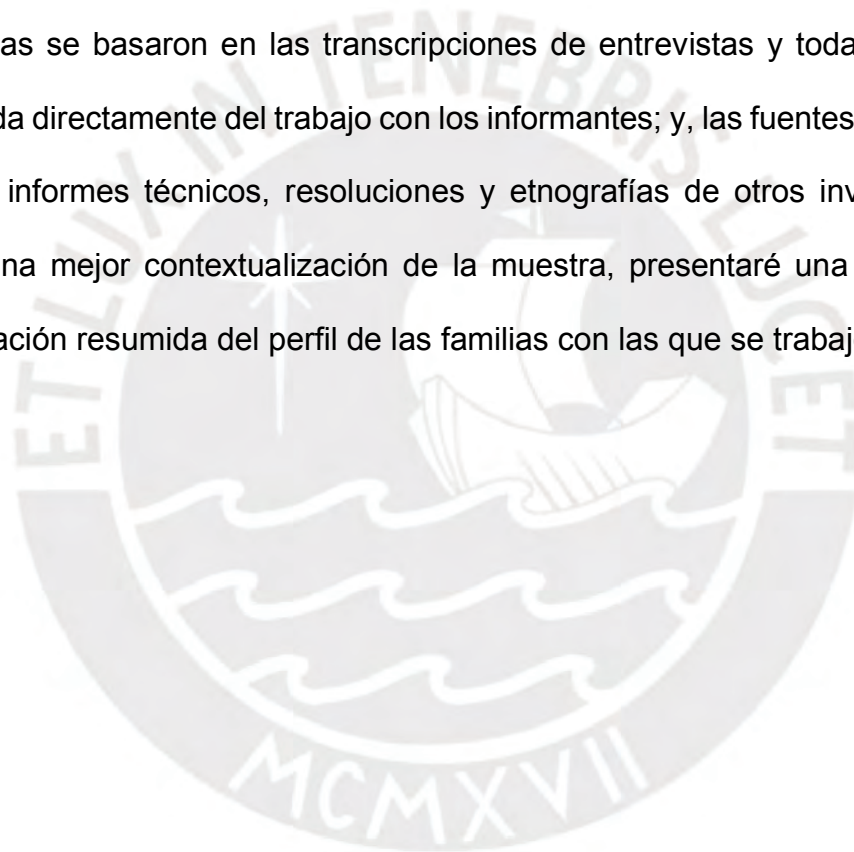
*Tabla 2: Criterios de selección de la muestra*

Nº de informantes	Criterios
1	Madre gestante entre 30-40 años
1	Madre entre 20-30 años con hijo en la primera infancia
1	Madre entre 20-30 años con hija en la primera infancia
1	Madre entre 30-40 años con hijo en la primera infancia
1	Madre entre 40-50 años
2	Personal de salud
1	Agentes comunitarios de salud
1	Encargado del programa Juntos
1	Facilitadora de Cuna Más
1	Médico encargado de campañas médicas privadas

Fuente: Elaboración personal



El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia considerando la accesibilidad a los actores y el cumplimiento de los criterios descritos. Adicionalmente, se trabajó con muestreo por bola de nieve donde un informante me llevó a otro y pude ampliar un poco más la información y que sirvió también para la triangulación durante la etapa de análisis de la información. Las fuentes de información que se usaron fueron primarias y secundarias: las fuentes primarias se basaron en las transcripciones de entrevistas y toda información recogida directamente del trabajo con los informantes; y, las fuentes secundarias fueron informes técnicos, resoluciones y etnografías de otros investigadores. Para una mejor contextualización de la muestra, presentaré una tabla con la información resumida del perfil de las familias con las que se trabajó:



*Tabla 3: Perfil de las familias seleccionadas*

Familia	Miembros	Nº	Descripción
1	Mamá	1	Padres de entre 25-30 años con 2 hijos: 1 en primera infancia y 1 en primaria. El padre es de la comunidad Matsigenka Yomibato. Ambos han trabajado para el proyecto de RedCampeón, el padre es enfermero y la madre es secretaria de la comunidad y facilitadora de Cuna Más.
	Papá	1	
	Hijos	2	
2	Mamá	1	Padres de entre 35-40 años con 9 hijos: 5 viven en la comunidad pues están en etapa escolar y 4 están trabajando fuera o siguiendo estudios superiores. El padre es proveniente de una comunidad Matsigenka de Cusco y el actual jefe de la comunidad, la madre ha tenido el mismo puesto antes. Ambos participan mucho en actividades de representación comunal. La madre tiene conocimientos sobre partos y plantas medicinales.
	Papá	1	
	Hijos	9	
3	Mamá	1	Padres de entre 35-40 años con 9 hijos: 1 está en camino pues la madre está embarazada y 3 viven en la comunidad con la familia, 1 vive también en la comunidad con su mujer que es de Puerto Luz y 4 están o estudiando la secundaria o trabajando fuera. Construirán una nueva casa ahora que tendrán un bebé nuevo. Son padres activos y participativos en las actividades comunales.
	Papá	1	
	Hijos	9	
4	Mamá	1	Madre entre 40-45 años con 2 hijos que no viven en la comunidad pues están trabajando o estudiando la secundaria fuera de la comunidad. La mamá ha sido maestra de primaria y ha sido bastante activa en actividades comunales. Actualmente colabora cuidando y viviendo con 2 niños de primaria para que sus padres puedan trabajar sus chacras pues son padres solteros. Sufre de artritis.
	Hijos	2	
5	Mamá	1	Padres de entre 20-25 años con 3 hijas: 2 gemelas, 1 hija en inicial y 1 sobrino de parte de la madre que está en primaria y viven con ellos. Viven todos juntos en la casa que les dejó la madre de la mamá. El papá es voluntario del puesto de vigilancia del SERNAP en Santa Cruz.
	Papá	1	
	Hijos	3	
	Sobrinos	1	

Fuente: Elaboración personal

En cuanto a la recolección de información, se trabajó con audios, memos y notas de campo. Registrar la información a través de audios estuvo pensado para los momentos de entrevistas considerando la cantidad de información que se maneja en los 45 minutos a 1 hora que duraron estas; además, se evitó en la mayor parte el tiempo escribir durante las entrevistas a menos que fueran cosas muy específicas pues esto permitía que las madres se desenvuelvan más cómodamente en la conversación. Las anotaciones en el cuaderno de campo ayudaron a escribir ideas que no pudieron ser registradas por el audio o momentos que resultaron claves durante las entrevistas o las observaciones participante. Los audios fueron descargados y guardados en un lugar bajo llave y con sumo cuidado para que no sea utilizado por nadie más y tratando de disminuir el riesgo de pérdida.

Como hemos mencionado, esta investigación es de corte cualitativo por lo que se buscó analizar la forma en que se utilizan recursos y repertorios terapéuticos de diferentes modelos de atención en el cuidado de niños en la primera infancia en Palotoa Teparo. Las técnicas que implementé buscaron reconstruir los itinerarios terapéuticos que siguen las madres y el contexto en que estos itinerarios surgen, estas fueron:

- Entrevista a profundidad y semiestructuradas: se consideró necesario implementar esta técnica pues contribuye a conocer, mediante las preguntas, el parecer y experiencia de la gente sobre la salud de sus hijos o infantes a su cargo. A comparación con la

observación participante, esta técnica brinda una visión de las cosas pasadas y las expectativas de las personas.

- Observación participante: esta técnica recrea las prácticas sociales, creencias, conocimiento y pautas de comportamiento, con especial preocupación por el contexto cultural. Para lograr un adecuado entendimiento de la realidad acompañé esta técnica con conversaciones informales.
- Mapeo de actores: Un actor social es todo aquel individuo o colectivo con el cual interactuamos en un escenario concreto. Esta técnica me ayudó al reconocimiento de los agentes de salud comunitarios y todo actor que interviene en las prácticas de cuidado de niños y a identificar los programas de salud e intervenciones sociales y sus representantes.
- Reconstrucción de itinerarios terapéuticos: al ser una técnica basada en el relato que un individuo hace de su vida o de aspectos específicos de ella, de su relación con su realidad social, de los modos como interpreta los contextos y define las situaciones en las que ha participado y las reconstruye, contribuyó a ahondar en las situaciones pasadas de enfermedad, las decisiones tomadas para enfrentar dicho momento y la percepción sobre la salud y la enfermedad. Es una de las técnicas más importantes que se complementó con las entrevistas y las conversaciones informales.

- Conversaciones informales: colaboró para obtener información inicial de la comunidad durante los primeros momentos en campo, también para crear lazos con los informantes y obtener información en un contexto más cómodo del que otorga una entrevista. Estas conversaciones se utilizaron con las familias y con agentes de salud para abrir el diálogo y buscar posteriormente una entrevista más formal.



## CAPÍTULO IV. CONTEXTO DEL CUIDADO

El presente capítulo busca contextualizar la experiencia del cuidado de niños. Por ello, se hablará sobre el contexto regional en el que se encuentra inserta la comunidad y se realizará una descripción del contexto comunal y las dinámicas que rigen la vida comunitaria. Finalmente, se abordará el contexto familiar de los informantes y la oferta de servicios a la que acceden a través del análisis de las experiencias de acceso a las postas y las campañas médicas. Se tratará asimismo de abordar la introducción de los programas sociales del Estado que tienen impacto directo en la vida de la familia y en particular en la de los niños en la primera infancia.

### 4.1. Contexto regional

Madre de Dios se ha ganado el título de “Capital de la Biodiversidad del Perú” por la variedad de fauna y flora que alberga dentro de sus 85,301 km<sup>2</sup> que representan el 6,6% del territorio nacional<sup>9</sup>. Si bien la región tiene las tasas poblacionales más bajas de habitante por metro cuadrado y se considera el departamento con menor poblacional nacional, la realidad es que su población es la que ha tenido uno de los crecimientos más acelerados. Para el Censo de

---

<sup>9</sup> Banco Central de Reserva del Perú, Sucursal Cusco (2016) *Caracterización del departamento de Madre de Dios*, Cusco, Perú.

2007<sup>10</sup>, tenía una población de 109,555 habitantes de los cuales el 73,3% se encontraban en las zonas urbanas. La tabla siguiente demuestra que la población rural era inicialmente superior a la urbana, pero esto se invirtió a partir de los 90s por el auge de la minería mediante la extracción de oro que a su vez influyó en el aumento del sector comercio y construcción.

*Tabla 4: Evolución de la población censada según año censal*

Población		1940	1961	1972	1981	1993	2007
Madre de Dios	Total	4,950	14,890	21,304	33,007	67,008	109,555
	Urbana	1,306	3,783	8,499	15,960	38,433	80,309
	Rural	3,644	11,107	12,805	17,047	28,575	29,246

Fuente: INEI – Censos Nacionales de Población y Vivienda. 1940, 1961, 1972, 1981, 1993 y 2007

El departamento está dividido en 3 provincias: Manu, Tahuamanu y Tambopata. De las cuales, Tambopata es la provincia más poblada pues cuenta Puerto Maldonado, la capital del departamento, dentro de su territorio, una ciudad con gran densidad poblacional debido sobre todo a la oferta laboral que se aumentó con la construcción de la Carretera Interoceánica Sur y la construcción del aeropuerto, haciendo de Puerto Maldonado una ciudad estratégica para el comercio (Municipalidad Provincial de Tambopata 2014). Dichos eventos hicieron que gran parte de los esfuerzos en Madre de Dios estuvieran orientados a Puerto Maldonado para trabajar lo más rápido posible

<sup>10</sup> Instituto Nacional de Estadística e Informática (2007) *Censos Nacionales de Población y Vivienda*.

en una ciudad que no estaba capacitada para tanta población en tan poco tiempo y que además cuenta con actividades de minería informal.

El distrito de Manu, donde se ubica la comunidad nativa Palotoa Teparo, cuenta sólo con 2,645 habitantes que es el 4,39% del total de habitantes de Tambopata. En general, la población de la provincia de Tambopata es 4 veces más grande que la provincia del Manu a pesar de que la diferencia en extensión territorial es solo de 9,000 km<sup>2</sup>. Esto se debe también al factor urbano puesto que en muchos contextos rurales y sobre todo en las comunidades nativas se ha probado que la tasa de mortalidad infantil es bastante más alta en estos, lo que hace que la población tenga un crecimiento bastante lento. El principal motivo que detectó la Región Madre de Dios de la mortalidad infantil fue el difícil acceso a los servicios de salud en contextos rurales (2014).

***Gráfico 2: Mapa departamental de Madre de Dios***



Fuente: Dirección Nacional Técnica de Demarcación Territorial - PCM



***Tabla 5: Población censada por provincia y distrito***

Provincia/Distrito	Población
Provincia de Manu	20,290
Distrito Huepetuhe	6,978
Distrito Fitzcarrald	1,263
Distrito Madre de Dios	9,404
<b>Distrito Manu</b>	<b>2,645</b>
Provincia de Tahuamanu	10,742
Distrito Iberia	6,715
Distrito Iñapari	1,288
Distrito Tahuamanu	2,739
Provincia de Tambopata	78,523
Distrito Inambari	8,038
Distrito Laberinto	4,780
Distrito Las Piedras	5,491
Distrito Tambopata	60,214

Fuente: INEI - Censos Nacionales de Población y Vivienda, 2007

Existen varios problemas que atacan la realidad del departamento, el más grave es la minería ilegal pues en su funcionamiento lleva una cadena de otras actividades que afectan la vida de los pobladores que pueden no formar parte de laborales mineras. Las iniciativas estatales de ordenamiento de la explotación del oro vienen desde los años 70s; sin embargo, existe un gran grupo de mineros de la región que están en contra de la erradicación de la minería ilegal, lo cual ha llevado a que se hagan grandes movilizaciones y paros mineros que dejan muertos y herido de la zona. Además, esto ha llevado a que se cree una sensación de rechazo hacia el Estado y sus iniciativas pues se piensa que, en vez de fomentar la calidad de vida de los pobladores, lleva a la muerte y los conflictos (USAID, CRS, CEAS 2013).

Además, la minería ilegal pone en peligro los recursos que las personas consumen y que finalmente resultan en un daño directo a sus vidas; así mismo, se presenta como una amenaza para el Parque Nacional Manu y la Reserva Nacional Tambopata. Dentro de los efectos ambientales se encuentra la degradación de suelos, deforestación, contaminación del agua, emisión de ruidos que alteran la fauna, deterioro de la biodiversidad acuática y el crecimiento no planificado de nuevos centros poblados (2013). Para el 2016, el país decretó a Madre de Dios en estado de alerta por los altos niveles de mercurio que se encontraron en personas que consumían el agua y los peces de zonas donde la minería ilegal era bastante frecuente, este problema no se ha remediado, sino que está aún presente.

El segundo punto importante en la agenda regional es el trabajo de la mano con el Ministerio de Cultura para la protección de los pueblos indígenas en aislamiento y contacto inicial (PIACI). Se considera que estos grupos se encuentran en un particular estado de vulnerabilidad ante las enfermedades a las que pueden estar expuestos mediante el contacto progresivo con extraños. Además, pueden convertirse en una amenaza para los grupos indígenas de la zona pues desde el 2011 hay avistamientos de Mashco Piro no contactados que resultaron en encuentros inesperados con pobladores de otras comunidades. Estos encuentros dejaron un total de 3 asesinatos con flecha hasta el momento

y crearon en la población una sensación de miedo pues estos encuentros se han vuelto cada vez más frecuentes<sup>11</sup>.

El último punto que considero relevante para comprender el contexto regional en el que se encuentra inserta la comunidad es la incidencia en la tasa de pobreza y pobreza extrema presente en Madre de Dios. Gracias a los incentivos estatales como Juntos y actividades económicas resultantes en una remuneración, la pobreza monetaria de Madre de Dios se ha visto reducida<sup>12</sup>; sin embargo, este índice no mide la realidad de las familias que viven en la región pues el dinero no simboliza que hayan logrado salir del estado de pobreza. El acceso a recursos es bastante limitado y la constante presencia de enfermedades lleva a cuestionar las cifras nacionales pues hay una alta tasa de anemia en niños y la implementación de servicios básicos como el agua y desagüe están muy lejos de implementarse en todo el departamento.

#### 4.2. Contexto comunal

##### Historia

Según testimonios recogidos en campo, la comunidad nativa Matsigenka Palotoa Teparo es consecuencia de la unión de diversas familias provenientes de otras comunidades de Cusco y algunas de Madre de Dios. El señor Vitaliano

---

<sup>11</sup> El Comercio (2018) *Comunero muere por impacto de flechas de indígenas mashco piro* <<https://elcomercio.pe/peru/madre-de-dios/contactados-matan-flechazos-comunero-peru-noticia-501491>>

<sup>12</sup> Gestión (2013) *Madre de Dios sin pobres, pero con 13% de niños desnutridos* <<https://gestion.pe/impresa/madre-dios-pobres-13-ninos-desnutridos-38193>>

Cabrera, quien fuera líder en la creación de la comunidad, era proveniente de La Convención y llegó a Manu buscando una mejor vida alejada de los colonos pues su experiencia de explotación por parte de los hacendados cusqueños lo había hecho escapar. La experiencia de las otras familias no había sido diferente pues escapaban de los hacendados que, como dueños de la tierra, utilizaban su mano de obra sin darles condiciones de trabajo adecuadas sino abusando de su fuerza y exponiéndolos a enfermedades nuevas que llevaron a la muerte a muchos de ellos.

Vitaliano Cabrera junto con algunas familias visitaron comunidades Matsigenka desde el Santuario Nacional Megantoni hasta el Parque Nacional Manu, pero se establecieron en la cuenca del río Palotoa donde otras familias Matsigenka fueron llegando en búsqueda de recursos. Las familias estuvieron dispersas a lo largo de la cuenca del río hasta que una epidemia de gripe los atacó y obligó a reagrupar a los sobrevivientes. Además, esta reagrupación fue también una respuesta de protección ante la constante migración de personas de zonas andinas que buscaban tierras dónde vivir y que eventualmente dio paso a la creación de la comunidad vecina de Palotoa Llactapampa. De esta manera, el reconocimiento como comunidad nativa lo obtuvieron en 1987 y tres años más tarde recibieron la titulación de la tierra.

Conocer la historia de la formación de la comunidad contribuye a entender su estado actual pues al estar conformada por una diversidad de familias provenientes de Cusco y Madre de Dios ha traído consigo variaciones en las costumbres y ha contribuido a la creación de nuevos modos de vida. Este tema

será evidente en el desarrollo de la investigación puesto que muchas características vistas por otros investigadores sociales sobre los Matsigenka no necesariamente aplican para Palotoa Teparo, sino que existe una reconfiguración de su identidad en base a la adopción y pérdida de prácticas culturales.

### Territorio

El territorio comunal se encuentra en la zona de amortiguamiento del Parque Nacional Manu y tiene una extensión de 6,182.80 hectáreas según reportes de la organización CEDIA<sup>13</sup> y aún con la presencia humana cuenta con altos recursos animales y vegetales. El Instituto Nacional de Recursos Naturales comprobó que esta riqueza se debía principalmente a la protección que ha tenido la comunidad en contra de la extracción maderera que afecta el hábitat de las especies y que las obliga a migrar. De esta manera, los bosques de Palotoa Teparo han sufrido una intervención mucho menor en comparación a los otros bosques adyacentes y las especies marinas también son mucho más abundantes y abastecen estacionalmente a otras comunidades de la zona (Instituto Nacional de Recursos Naturales, 2001). La zonificación de la comunidad es un medio para garantizar la continuidad de los recursos.

---

<sup>13</sup> Centro para el Desarrollo del Indígena Amazónico – CEDIA. Iniciativa “Ecoturismo en la Comunidad Nativa Palotoa Teparo – Madre de Dios”  
<[mapa.ampaperu.info/directory/listado/cedia/file/284/CEDIA.pdf](http://mapa.ampaperu.info/directory/listado/cedia/file/284/CEDIA.pdf)>

**Gráfico 3: Zonificación del territorio comunal**



Fuente: Comunidad Nativa Machiguenga Palotoa Teparo, Visión Comunal (2015)

Así mismo, la comunidad está organizada con diversos objetivos que desean cumplir al 2019 con el fin de mejorar la vida de la comunidad. Entre los esfuerzos que se vienen implementando, muchos de estos tienen una consecuencia medio ambiental bastante favorable y que demuestra que la vida Matsigenka está basada en el balance entre el hombre y su medio ambiente. De esta manera, se ha reducido la venta de pescados o carnes al mínimo y sólo bajo situaciones de emergencia; se ha prohibido el uso de barbasco en el río pues mata más peces de los que se necesitan para consumo; se ha aumentado el criado de gallinas y patos como fuente fundamental de proteína al lado de los

peces para reducir la huella de la caza; y, está prohibido vender madera no dimensionada sin autorización estatal (Palotoa Teparo 2015).

Como resultado natural de la erosión del suelo encontramos dentro del territorio doce montañas que en un camino de 4 kilómetros de largo y de hasta 150 metros de altura, forman las Pirámides de Pantiacolla que los Matsigenka llaman Pirámides de Paratoari. El libro de Carlos Neuenschwander (1983) cuenta que esta formación piramidal fue vista por primera vez en 1975 cuando un satélite de los Estados Unidos tomó fotografías de la zona y logró captar los doce montículos simétricos. Durante algunos años se pensaba que quizás tenían un significado ceremonial. Sin embargo, con las expediciones que se llevaron a cabo por los 90s se comprobó que eran formaciones naturales que pueden haber tenido conexión con la cultura Inca pero que su existencia fue solo de conocimiento Matsigenka por varios años.

Existe una gran preocupación comunal hacia la invasión de la tierra y las actividades que afecten directamente su medio ambiente que considero nace en su propia historia de conformación y búsqueda de titulación de la tierra antes las invasiones de cusqueños. Por ello, la comunidad, en la medida de lo posible, implementa iniciativas periódicas de vigilancia del territorio para denunciar cualquier actividad ilegal o de uso indiscriminado de recursos. Se cuida mucho la caza, tala de madera y pesca. Más adelante desarrollaré estas actividades, pero muchas de las iniciativas realizadas son en favor de la conservación del medio ambiente y de los recursos pues son los que necesitan para vivir. No

obstante, el territorio comunal es bastante amplio y esto dificulta las iniciativas de vigilancia, pero es un trabajo que no ha cesado.

### Población

En cuanto a la población que habita la comunidad, no hay data oficial sobre el número de habitantes que tiene la comunidad y en caso se quisiera dar, el dato sería bastante difícil de recoger sin sesgo pues las personas se encuentran muchas veces realizando actividades en los montes o muchos jóvenes estudian la secundaria en otras comunidades que hacen que varíe el número de habitantes constantemente. Sin embargo, se mapeó que hay alrededor de 174 personas incluidos niños, jóvenes, adultos y ancianos que viven en 17 casas distribuidas en lo que denomino el “centro de la comunidad” y 15 casas en el resto del territorio comunal. Al hablar del centro de la comunidad hago referencia a la escuela y la cancha de fútbol pues ambos lugares están juntos y son los espacios donde se llevan a cabo las actividades comunales como asambleas, aniversarios, deportes, etc.



Gráfico 4: Distribución de casas en la comunidad



Fuente: Elaboración personal con la ayuda de un comunero



Foto 1: El centro de la comunidad

Fuente: Archivo personal



Foto 2: La cancha reúne a veces a la comunidad para hacer deporte

Fuente: Archivo personal



Foto 3: Unidad doméstica

Fuente: Archivo personal

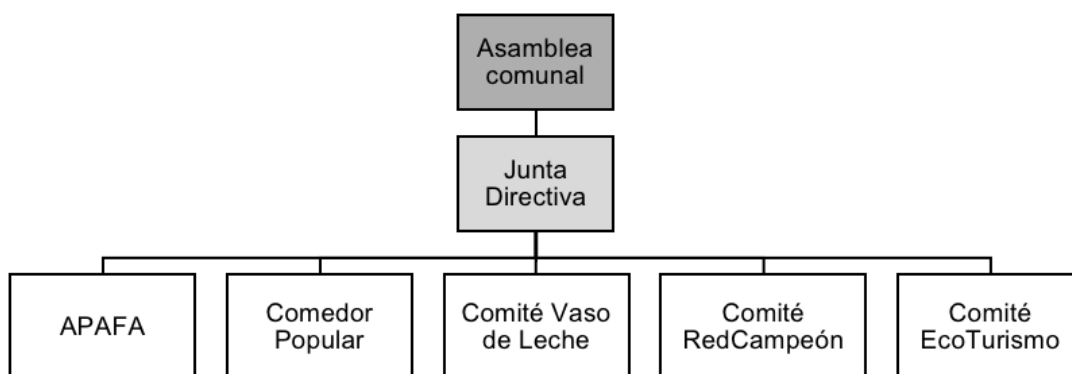
Esta distinción espacial entre las familias que viven en el centro de la comunidad y las que están a las afueras refleja una distinción de lengua bastante importante puesto que, mientras que el 90% de las personas que viven en el centro hablan Matsigenka como lengua materna y castellano como segunda lengua; es decir, son bilingües y manejan ambas lenguas pues les facilita la

interacción cotidiana con colonos, las personas del resto de la comunidad hablan mayoritariamente Matsigenka. Eso se debe a que las familias más alejadas están conformadas por personas de contacto inicial o ancianos que deciden separarse para no interactuar tanto con personas y vuelven para visitar o son visitados, pero a muchos nunca más se los vuelve a ver.

### Organización política

Sobre la organización política, la comunidad cuenta con una organización jerárquica que permite la supervisión de la gestión comunal. Los ancianos no participan tanto de la vida política de la comunidad, pero muchas familias que viven pasando quebradas a distancias más alejadas del centro sí cumplen sus responsabilidades comunales en la medida de lo posible. En el siguiente gráfico presento la organización política comunal que colabora con los temas de gestión y de representación y son estos órganos los que regulan las responsabilidades comunales de las familias:

Gráfico 5: Organización para la gestión comunal



Fuente: Adaptación personal de Comunidad Nativa Machiguenga Palotoa Teparo, Visión Comunal (2015)

La asamblea comunal es la reunión que se lleva a cabo una vez al mes donde asisten todos los miembros de la comunidad y se toman las decisiones que regirán las actividades de ese mes. Es una sesión de acuerdos, pero también de discusión de temas familiares y de posibles inconvenientes que puede haber en la comunidad que afectan la tranquilidad y no permiten vivir con normalidad. Los acuerdos tomados en las asambleas son colectivos y quienes falten a la reunión deben respetar los acuerdos que todos los demás han tomado. Mientras que la Junta Directiva se encarga de velar por el cumplimiento de estos acuerdos y cada uno de sus miembros tienen tareas de acuerdo con sus puestos como de tesorería, representación comunal, etc. que cumplen mientras dure su período de gestión.

Por su parte, los diferentes comités que existen en la comunidad ayudan a una mejor y más directa gestión de diversos aspectos de la vida comunal que requieren de una organización especializada y de las políticas públicas implementadas en la comunidad. Los miembros de los comités se encargan de cumplir las tareas que requiera su actividad o de supervisar el cumplimiento de estas pero los acuerdos que deban tomarse los llevan a la asamblea comunal y los discuten con todos. Los miembros de la comunidad tienen confianza plena en que estos comités van realizando sus actividades y que es la junta directiva quien supervisa este cumplimiento. Los comités también tienen una duración determinada que es definida por la propia comunidad en asamblea o por los programas sociales.

La organización política de la comunidad presenta varios retos actualmente como la elección de directivos con experiencia o que al menos estén capacitados para llevar a cabo actividades de negociación con autoridades fuera de la comunidad. El problema del liderazgo y la experiencia es bastante importante pues muchas oportunidades se han perdido como comunidad por tener como representantes a personas nuevas que no conocen la organización política provincial ni regional y que resulta en una desventaja para ellos. Así mismo, se reconoce la necesidad de la participación comunal en las asambleas para llegar a acuerdos cada vez más representativos, que sean consecuencia de diferentes opiniones a través de la discusión y toma de decisiones colectivas.

Uno de los grandes aspectos de la vida comunal que articula la asamblea es la estipulación de los objetivos de las faenas, así mismo establece las multas en caso de incumplimiento. Este ha sido un reto bastante grande para la comunidad puesto que se desea una participación total de sus miembros en las faenas, pero siempre hay personas que se ausentan y eventualmente evaden el pago de las multas. No obstante, es una tarea en la que están trabajando para que esto no afecte ni desanime a los demás comuneros que sí cumplen con los trabajos colectivos. Las multas son un gran regulador de la participación comunal pues se establecen para la asamblea comunal, las faenas comunales de los sábados y en cuanto a los temas educativos como reuniones de APAFA y faenas de padres de familia.

### Economía de subsistencia

En lo que respecta a la economía de subsistencia, es necesario mencionar que estas se realizan para el aprovechamiento de los recursos en pos de la subsistencia y satisfacción de las necesidades familiares procurando que estos recursos no se agoten, dejando en segundo plano la venta de productos como carne, pescado o madera pues el ingreso monetario se procura venga de otra manera menos invasiva para el ecosistema. Esta parte de la vida comunal se articula con la visión del medio ambiente y el territorio pues la zonificación de la comunidad también tiene como objetivo el cuidado de las áreas comunales para que los recursos se vayan renovando sin ponerlos en peligro. Además, se cuenta con un gran conocimiento de los ciclos de la naturaleza para aprovechar los recursos al máximo.

De esta manera, entre las principales actividades productivas encontramos a la agricultura y la crianza de animales. La agricultura brinda la posibilidad de alimentos, sobre todo de carbohidratos y frutas para la dieta familiar (ver capítulo 5 para mayor información). Todas las familias cuentan con zonas de agricultura donde trabajan la tierra y los cultivos para asegurarse de tener frutos en la cosecha. Cada familia espera y desea respeto hacia su trabajo, por lo cual se procura que nadie agarre productos que no han trabajado ellos mismos para sus familias. Este respeto es demostrado por la división de la tierra para que sea trabajada por la familia que le corresponda y se comprueba pues muchas personas en la comunidad pueden ver plantas con frutos listos para recoger, pero no pueden agarrarse a menos que sean propios.

También existe la actividad agrícola para obtener ingresos monetarios que se da gracias a la presencia de plataneros cusqueños que van los martes y miércoles al puerto de Santa Cruz y compran los plátanos que sobre todo las personas de Palotoa Llactapampa y Palotoa Teparo les venden. Este ingreso es uno de los más importantes pues es constante en la medida que los comuneros hayan trabajado las plantaciones. Por ello, existe una gran preocupación por evitar plagas que ataquen los árboles de plátano y otros cultivos. Sin embargo, se reconoce también la necesidad de una mejor negociación con los plataneros para conseguir mejores ingresos pues muchas veces venden el racimo de plátanos a precios muy bajos y los comuneros no caen en cuenta de esto hasta que es muy tarde y no pueden reclamar.



Foto 4: Venta de plátanos en Santa Cruz

Fuente: Archivo personal

Como la agricultura es un trabajo que requiere bastante tiempo, los varones pasan gran parte del día o inclusive días en las chacras y son ayudados

por sus mujeres. Existen varones que pueden estar una semana entera en la chacra y sólo retornan por unos días. En contextos donde las familias tienen hijos pequeños que todavía no van a la escuela, se pueden ir todos juntos a la chacra y no retornan a sus casas principales hasta varios días después. De esta manera, las personas cuentan con una casa en la comunidad y otra casa en la chacra con lo básico necesario para algunos días. En caso los niños vayan a la escuela, los varones pueden pasar días en la chacra mientras que las mujeres van sólo media jornada o jornada completa y retornan a cuidar a sus hijos, alimentarlos y ayudarles con las tareas de la escuela.

En cuanto a la crianza, se cuenta básicamente con gallinas y patos, siendo estos dos animales bastante cuidados por los comuneros pues representan un ingreso proteico asegurado si no se consigue pescado. Las gallinas y los patos son cuidados y ubicados en unas casas pequeñas al lado de las casas familiares, durante el día las aves están dispersas, pero en la noche son encerradas en sus casas para evitar sean comidas por tigrillos que rondan las zonas en busca de aves. Las gallinas son más apreciadas que los patos puesto que las primeras brindan huevos constantemente que complementa la alimentación de las familias. Según las personas de la comunidad también se puede criar chanchos si uno lo desea, pero suelen ser animales bastante más ruidosos por lo cual se evita tenerlos.

Combinado a las actividades productivas encontramos a las actividades extractivas de leña, mitayo, pesca, recolección de frutos y semillas. Entre ellas, la pesca es la actividad extractiva más importante y está determinado que los



domingos es día de pesca en la comunidad. Aquí también el varón es el encargado de salir a buscar pescados río arriba desde muy temprano por la mañana y suelen retornar por las noches. Considerando que el domingo los niños no tienen escuela o si las familias están compuestas por sólo niños pequeños que no están en edad escolar, todos se van los domingos en peque peque y acompañan al varón o lo ayudan con la pesca. La pesca brinda parte de las proteínas que se consumirán en el resto de la semana y es aquí donde recae su importancia.

El mitayo o caza es la tercera actividad importante para la obtención de proteínas después de la pesca y la crianza de aves. No es de las principales debido al abundante tiempo que requiere la caza pues es una actividad que debe hacerse durante un par de días que son los que toman que los varones entren en el monte y busquen animales. Aquí no pueden llevar a sus familias todo el tiempo porque tienen bastantes caminatas y se necesita de mucha calma para no perturbar a los animales. El mitayo es preferible hacerlo en época de seca porque cuando hay lluvias los animales se esconden para protegerse. Durante el tiempo que estuve en la comunidad tuvieron que cazar para el aniversario de la comunidad y comprobé que los resultados no fueron tan buenos como ellos esperaban debido a las lluvias.



Foto 5: Cocinando mono maquisapa

Fuente: Archivo personal

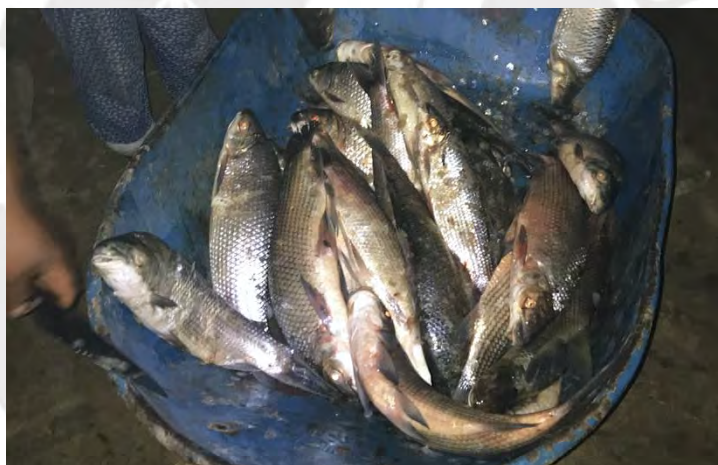


Foto 6: Pescados obtenidos para el aniversario de la comunidad

Fuente: Archivo personal



Foto 7: Arco y flecha para la caza

Fuente: Archivo personal

La caza se hace básicamente con arco y flecha que construyen los comuneros con madera y cuerda natural. Existen varios tipos de puntas de flecha y tamaños que se ajustan también al animal que se desea matar, si bien se puede matar con cualquier flecha, es mejor tener una que facilite el trabajo, esto denota una especialización comunal de esta actividad. El arco y flecha es de uso tradicional en la zona y si bien existen lugares aledaños donde se caza con armas, la comunidad advierte este hecho a los comuneros para evitar asustar a las especies con los ruidos fuertes que hacen las escopetas. Hacerlo de esta manera lleva a que eventualmente los animales se muevan y desaparezcan de la zona. Dentro de los animales más cazados encontramos al picuro, sachavaca y venado.

La recolección de frutas y semillas es también una actividad recurrente para la obtención de alimentos que suelen ser complementos nutricionales en las dietas familiares. Considerando que esta actividad no requiere de mucha dedicación de tiempo a comparación con los cultivos, la caza y pesca, se realiza durante todo el año cuando los productos van dando fruto. La recolección es una actividad muy variable y no sigue un patrón de fechas ni altera la organización familiar o comunal, se realiza cuando se desea y cuando los frutos están disponibles. Entre los principales productos que se recolectan están el pijuayo, ungurahui y las uvas de monte, lo cual demuestra que en realidad estos alimentos no son esenciales en las dietas, sino que ayudan a variarlas y darles complemento.

La última actividad extractiva es la madera que esencialmente sirve para la construcción de casas, nuevos espacios comunales y como leña para cocinar. Dentro de la comunidad está prohibida la venta de madera e inclusive se protege la zona con constante vigilancia para evitar a los madereros pues para ellos los bosques deben de protegerse para que se mantenga su cantidad. La leña también se cuida para que no se deseche sin utilizarse; por ejemplo, protegiéndola de la lluvia pues si se moja ya no sirve o cuesta mucho utilizarla. Este año los trabajos de corte de madera han aumentado por la nueva construcción del nivel inicial, pero esto requiere de un plan para elegir la zona de donde sacar la madera que luego se dejará descansar para no agotar la madera ciertos lugares sino siguiendo un patrón menos invasivo.

Para hablar de trabajo remunerado dentro de la economía de subsistencia se tendría que considerar al turismo y a los trabajos de jornaleros que es el principal modo de obtención de dinero a cambio de fuerza de trabajo. El turismo en la comunidad se rige principalmente por la visita a los Petroglifos de Pusharo que son grabados en piedras descubiertos en 1921 por el Padre Vicente de Cenitagoya (Neuenschwander 1983). Para los comuneros Pusharo es sumamente importante pues es el principal medio para atraer turistas y se ha implementado un albergue para recibirlos. Lastimosamente, la distancia de los grabados no es tan cerca a la comunidad, aunque sí se encuentran dentro del territorio comunal. Por ello, las familias se turnan siguiendo un orden para ir una semana a cuidar el albergue y proteger la zona.



Foto 8: Albergue de Pusharo

Fuente: [www.pusharolodge.com](http://www.pusharolodge.com)



Foto 9: Habitaciones del albergue

Fuente: [www.manulodges.com](http://www.manulodges.com)



Foto 10: Habitaciones del albergue

Fuente: [www.manulodges.com](http://www.manulodges.com)

Muchos de estos grabados, que son cuidados por los Matsigenka y necesitan del permiso de SERNANP para visitarlos, se han mantenido cuidados de la mejor manera posible, pero la erosión natural en la roca producto del río o de las plantas y las lluvias, ha hecho que algunos de estos se pierdan. Las visitas a los petroglifos no son constantes pues no hay un trabajo de articulación entre

la comunidad y agencias de viajes principalmente cusqueñas que oferten estas visitas a los turistas lo que sí sucede en otras comunidades aledañas donde la presencia de los turistas es más frecuente. Por ello, la comunidad estableció a través de su Comité de Ecoturismo un Plan de Manejo de Turismo y de la mano de CEDIA se buscó mejorar el albergue, publicitarlo por internet y sumar al turismo vivencial como una opción para los turistas.

El turismo aún no puede considerarse como un modo de obtener ingresos monetarios fijos pues es muy esporádico y puede simbolizar sólo un beneficio para algunas personas cuando sucede y no para toda la comunidad pues muchas veces los turistas piden un par de personas para que los acompañen en sus expediciones. Para lograr mejorar el turismo es que este año la comunidad ha decidido mejorar el salón comunal y transformarlo en albergue para permitir ofrecerlo a los turistas; así también brindar servicios como de alimentación, vivencias, etc. que beneficien a la comunidad y permitan ingresos económicos para muchos comuneros. Este es un plan que aún se iniciará cuando se termine la construcción del nivel inicial de la escuela pues es allí donde está enfocada la mano de obra comunal por el momento.

Finalmente, el trabajo de jornaleros es mucho más peligroso para los comuneros pues muchos de ellos han sido estafados o explotados trabajando duro por cantidades de dinero miserables. Esto ha sido abiertamente tratado como comunidad en las asambleas para crear mecanismos de prevención de futuros escenarios en los que esto vuelva a suceder, por lo cual se ha procurado que cualquier trabajo asalariado de jornalero incluya un contrato entre la

comunidad y el contratista donde se estipulan los acuerdos comunes para garantizar su cumplimiento. Sin embargo, existen aún personas de la comunidad que aceptan trabajar las chacras de otros territorios comunales a cambio de una remuneración pues no son trabajos muy frecuentes, pero simbolizan un modo de obtención de dinero.

### Transporte

En comparación con otras comunidades Matsigenka de Manu como Yomibato o Takayome, la ruta de ingreso a Palotoa Teparo no es tan difícil, pero requiere de dos días desde Lima o Cusco. El primer día debe tomarse un bus desde Cusco hacia Salvación que tiene un costo de 40 soles por pasajero y demora alrededor de 8 horas. Actualmente la ruta ha aumentado su duración a un aproximado de 11 horas porque la ruta ha sido cerrada en horario laboral cuando van trabajando en la nueva carretera de Paucartambo. Por ello, se puede llegar al centro poblado Salvación entre 7 a 11 de la noche dependiendo del día, el clima y de posibles inconvenientes como derrumbes o accidentes. Una vez que se llega a Salvación lo más recomendable es quedarse una noche allí para continuar con la ruta por la mañana.

A la mañana siguiente y siendo el segundo día, debe tomarse el colectivo que cuesta 8 soles y cubre la ruta Salvación – Santa Cruz. Esta ruta demora entre 2 a 4 horas dependiendo nuevamente del clima pues en época de lluvia suelen crecer las quebradas y resulta más difícil cruzarlas o porque los vientos fuertes han hecho que algunos árboles caigan en el medio del camino. El



transporte es bastante demandado y requiere que las personas estén listas en los paraderos muy temprano por la mañana. Una vez que se llega al puerto, se debe haber coordinado previamente con algún comunero para que el recojo pues no existe el transporte público fluvial del puerto a la comunidad. El costo de este puede llegar hasta los 50 soles que cubre el combustible usado para ir y venir de la comunidad al puerto.

La ruta que presento es una de las más rápidas pues fue tomada durante la estación de lluvias, lo cual -si bien resulta como una desventaja a la ruta de auto- facilita el transporte fluvial por la crecida del río y hace que demore sólo 40 minutos. Durante la estación de seca el río baja considerablemente haciendo que el peque peque solo pueda transitar por ciertos lugares y necesite ser empujado en otros. Esta ruta fluvial es tomada por las familias que salen a vender plátano, a la posta o porque requieren salir a Salvación. Es una ruta a la que están acostumbrados recorrer pero que por el gasto en combustible no se da tan seguido. Además, no todas las familias cuentan con embarcación y si tienen necesidad de salir deben esperar a que otra familia salga o como expresan ellos “rogarles (que significa pedir un favor) para que te lleven”.

Considerando el acceso a la comunidad, los servicios de comunicación y electrificación son bastante reducidos. La comunidad cuenta con electrificación mediante paneles solares, la cantidad de tiempo disponible para el alumbrado y electricidad dependerá de los paneles solares con los que se cuenten y la correcta administración familiar de la electricidad. Cada unidad doméstica cuenta con 1 panel solar pero algunos lugares comunales cuentan con hasta 4 paneles

para asegurar mayor duración. La instalación de estos paneles estuvo a cargo del Ministerio de Energía y Minas, pero no ha tenido una continuación para evaluar los efectos ni una supervisión de los equipos y su funcionamiento. Ahora, cuando la comunidad necesita implementar nuevos paneles, ellos corren con el gasto.

### Comunicación y electrificación

Si bien no hay televisión ni señal telefónica, la comunidad cuenta con una radio que permite la comunicación con otras comunidades, centros poblados y los diversos puestos de vigilancia del SERNANP. La mayoría de los avisos se dan por este medio y las comunicaciones importantes o urgentes. En febrero del 2017 visité la zona, pero era la primera vez que lo hacía esperando contactar con alguien de la comunidad y entablar las primeras comunicaciones con ellos; sin embargo, no pude encontrar a nadie que respondiera la radio. Lo que supe después en mi estadía en campo es que la radio tiene un horario de funcionamiento de entre 4 a 6 de la tarde, el resto del tiempo no se utiliza pues requeriría que alguien esté sentado frente a la radio todo el día esperando alguna comunicación.

El servicio de internet es bastante importante para la comunidad, este fue instalado en noviembre del 2014 en una labor conjunta entre el programa RedCampeón y los Servicios Ecosistémicos Perú (SePerú) con la financiación del Fondo de las Américas (FONDAM) y la Fundación MacArthur<sup>14</sup>. Al final de la

---

<sup>14</sup> Ver [www.redcampeon.org](http://www.redcampeon.org)

instalación se tenía un sistema de energía independiente con paneles solares, internet satelital y 3 laptops que fueron ubicadas en el local de la posta. El acuerdo entre RedCampeón y la comunidad fue implementar un segundo piso en el local de la posta para que sirva de internet, el cual inició su construcción a inicios del 2014 y es donde hasta hoy se ubica. El propósito del programa es lograr que la comunidad utilice al internet como un recurso de gestión sostenible sobre todo del ecosistema.

Al inicio de la instalación todos los costos de esta y luego los recibos del costo de internet fueron asumidos por RedCampeón y SePerú, pero se busca la sostenibilidad del programa implementando estrategias para que la comunidad sea capaz de solventar el costo del internet satelital. De esta manera, cuando visité la comunidad el internet no estaba funcionando porque no se había pagado aún la cuenta, sólo al final de mi estadía y con diversas actividades comunales como el aniversario, se había llegado a la cantidad necesaria para tener internet un mes más. Los costos de este son bastante elevados por ser satelital y no puede utilizarse todo el día porque las baterías y paneles solares tienen una duración de más o menos 3 a 4 horas diarias, por ello es por lo que el internet funciona de 6 a 8 AM y de 6 a 8 PM.

El internet es visto como un aliado positivo para mejorar la vida de la comunidad; de esta manera, en cuanto a educación, los comuneros reconocen que los maestros deben utilizarlos para capacitarse mejor y encontrar material que complemente sus clases, y los alumnos también deben utilizarlo como un recurso educativo. En cuanto al turismo, el internet debe ser utilizado como un

modo de promoción de excursiones a Pusharo y el turismo vivencial en la comunidad, se trata de ofrecer paquetes turísticos que lleguen a la gente a través de plataformas online. Finalmente, el internet puede también simbolizar un recurso para promover la identidad civil facilitando el contacto con la RENIEC para el trámite de los DNI y las partidas de nacimiento de los niños que van naciendo, sin necesidad de esperar hasta ir a Salvación.



Foto 11: Local de RedCampeón: La posta abajo y el internet arriba

Fuente: Archivo personal



Foto 12: El internet siendo utilizado por las madres

Fuente: [www.redcampeon.org](http://www.redcampeon.org)

## Educación

La educación ha sido una preocupación bastante frecuente entre los comuneros quienes reconocen que no se trata solamente de ir a la escuela sino de una formación integral que hace que los niños se conviertan en personas buenas, fuertes y capacitadas para lo que les pueda esperar en el futuro. De esta manera, la familia debe estar completamente activa en la educación de los hijos y colaborar con la escuela. Asimismo, se busca la educación de los adultos pues este año se ha admitido a dos jóvenes mayores de 20 años para asistir a las clases y aprender a leer y escribir. La educación es para ellos una herramienta para pensar mejor que a largo plazo colaborará a que la comunidad se desarrolle; así, la educación tiene un impacto en la vida de las personas a nivel individual y colectivo.

Por su parte, la escuela durante muchos años ha sido multinivel con dos docentes para cada nivel: inicial y primaria. Se recuerda que hubo una época en la que algunos comuneros fueron docentes de inicial y fue una buena iniciativa para trabajar en su idioma materno. Esto ha cambiado y ahora sólo enseñan maestros de fuera asignados por la UGEL y esto, según relatos de la comunidad ha traído algunos inconvenientes pues si bien la UGEL es la encargada de la asignación de docentes, se ha empezado a llevar un trabajo en conjunto con FENAMAD para que sea esta quien elija los docentes que irán a las comunidades nativas. Pero, Palotoa Teparo no está afiliada a FENAMAD y sienten que esta no los representa ni conoce las necesidades de su comunidad como para elegir qué docentes deben trabajar allí.

Alrededor de la época en que llegué a la comunidad se iniciaron las preparaciones para comenzar el año escolar. La comunidad había pedido, dentro de un contexto de hechos más grandes, la asignación de otro docente para colaborar con la enseñanza de primaria pues una sola maestra no es suficiente. La condición de UGEL para aceptar era alcanzar los 25 matriculados sólo para primaria, cuota que se logró cumplir y se iniciaron los trámites de la creación de la plaza. En el lapso de una semana y media más de un profesor renunció a la plaza en la comunidad por la distancia y las pocas facilidades de vida comparados con otros centros poblados y comunidades nativas de la zona. Finalmente, una profesora de la lista aceptó la asignación y se encuentra actualmente enseñando allí con otras dos docentes.

Tomando en cuenta que ahora hay tres docentes que equivalen a tres espacios necesarios para dictar clases y sólo se cuentan con dos espacios que son los que se tienen desde que se creó la escuela, se inició la construcción de un inicial, este plan no es nuevo, pero sí tomó mayor fuerza este año con el contexto de los primeros meses escolares. Así, la solución temporal ha sido ubicar a la profesora de primaria de los últimos tres grados en las instalaciones de RedCampeón lo cual es sólo provisional pues el espacio es reducido y los materiales usados en la construcción atraen mucho el calor. Pero se espera que con la división se logre una mejor educación de los niños y mucho más personalizada. Lastimosamente, todas las clases se llevan a cabo en castellano pues los docentes no hablan Matsigenka.

En el caso de la educación secundaria, la escuela no cuenta con este nivel y esto obliga a que continúen su educación en otras comunidades o en otras localidades. Muchos adultos no recibieron mayor educación debido a este inconveniente, pero ahora los padres enfatizan en la necesidad de enviar a sus hijos a estudiar fuera, esto va de la mano del programa Juntos que tiene como requisito que los padres envíen a sus hijos a la escuela hasta que tengan 18 años o hasta que culminen los estudios. El programa ha tenido un gran impacto este último año y ha facilitado que quienes no tenían los ingresos para enviar a sus hijos a estudiar la secundaria, ahora sí lo haga. Pero también se ha abordado el tema del retorno de los jóvenes para que apoyen a su comunidad y utilicen sus conocimientos en pos de ella y que no se queden fuera.

### Religión

Actualmente, debido a la introducción de la religión católica a través de la orden dominica en la zona del Manu a inicios de 1900s, la comunidad cuenta con una iglesia católica que fue construida con fondos dominicos y que abre sólo una vez al mes que es cuando el sacerdote visita para oficiar misas. El sacerdote es también director del colegio Virgen Madre de Dios de la comunidad nativa Shintuya donde la mayoría de los adolescentes de Palotoa Teparo se encuentran estudiando la secundaria. Además, hay bastante presencia adventista en zonas aledañas de Santa Cruz y Palotoa Llactapampa debido a la presencia de personas de origen andino que trajeron consigo estas iglesias. Sin embargo, los comuneros de Palotoa Teparo no forman parte de esta última iglesia ni interactúan con ella.

Por el contrario, la comunidad mantiene buenas relaciones con la religión católica y en varias oportunidades han sido bautizados ellos o sus hijos por iniciativa de los dominicos. También, debido a la influencia de otras comunidades donde el bautismo es algo común, han aceptado recibir el sacramento y muchos se consideran católicos. De la misma manera, se ha notado que el interés católico sólo es la conversión de los comuneros pues no se les imparte ningún otro sacramento a menos que participen de las actividades católicas como cuando son parte del colegio y en el primer año de secundaria se les suele dar la primera comunión. Allí participan de misas, de celebraciones católicas que se presentan en el año y reciben clases de religión.

### Salud

La principal preocupación sanitaria de la comunidad es la instalación de agua y desagüe para todas las casas. Actualmente se cuentan con piletas que fueron instaladas por FONCODES y la Municipalidad Provincial Manu, las cuales llevan agua de la quebrada a las casas. De esta manera, cada unidad doméstica cuenta con una pileta fuera de la casa que le permite lavar los servicios, lavar la ropa, bañarse y otras actividades. Sin embargo, no se cuenta con sistema de desagüe que permita tener baños en las casas. Las personas siguen utilizando el monte para defecar y orinar, lo cual aumenta el riesgo de enfermedades, solamente la escuela y el salón comunal cuentan con baños, sobre todo para el uso de visitantes y de los niños que van a la escuela.





Foto 13: Pileta de agua para uso familiar

Fuente: Archivo personal



Foto 14: Válvula para controlar la salida del agua

Fuente: Archivo personal

El agua potable es una necesidad para la comunidad pues el uso del agua de la quebrada no garantiza la protección ante parásitos, virus o bacterias. Muchas veces en época de lluvias el sistema de tuberías que trae el agua a las piletas se llena de hojas y tierra, lo cual hace que el agua salga sucia o que se corte el agua hasta que las tuberías sean limpiadas y desatoradas, obligando a las personas a utilizar agua de río para cocinar. Actualmente la comunidad está buscando crear lazos con ONG que les ayuden con la implementación de agua y desagüe pues muchas de sus necesidades sanitarias no han sido respondidas por las autoridades provinciales. Inclusive la implementación de la posta ha sido negada reiteradas veces por no tener una población mayor a 250 habitantes a pesar de contar con el espacio.

Sobre la posta de la comunidad, esta fue construida como parte de uno de los proyectos de La Asociación Valenciana de Cooperación con las Tierras del Manu (AVATIM), quienes buscaban mejorar la salud de las comunidades alrededor y en el parque el Manu. Dentro de este esfuerzo es que para el año 2007 visitan por primera vez Palotoa Teparo y deciden que para el 2012 se inicie la construcción de la posta para facilitar el acceso a tratamientos médicos y aumentar el nivel sanitario. No obstante, la iniciativa tuvo varios problemas de organización que se vieron reflejados en lo que es la posta actualmente: una estructura sin equipamiento ni técnico sanitario responsable para atender pacientes. De esta manera, la posta médica ha sido utilizada para otros motivos, este año como casa temporal de la maestra de inicial.

### Programas sociales

Finalmente, sobre los programas sociales del Estado, los principales programas mapeados durante la estadía en campo fueron: Vaso de Leche, Juntos, Cuna Más, Qaliwarma, proyectos de FONCODES y Pensión 65. Considerando que casi el 90% de los pobladores cuenta con DNI, la mayoría de las familias forman parte de alguno de estos programas. Algunos de estos programas han sido implementados recientemente como Juntos y Cuna Más que están en la comunidad desde el 2017 y otros han mantenido su vigencia desde hace bastante tiempo. Los programas sociales forman parte importante de la configuración de la vida de los comuneros pues estos tienen incentivos, sobre todo monetarios y de alimentos, que obligan a las familias a realizar ciertas actividades que desarrollaré en los siguientes capítulos.

#### 4.3. Contexto familiar

La presente sección desarrolla el perfil de las familias con las que se trabajó y toda la experiencia de ellas con los servicios de salud, campañas de salud integral y programas sociales asociados al cuidado de niños en la primera infancia. Se ha dado prioridad a la descripción de las experiencias para desarrollar la percepción de los padres sobre el modelo de atención oficial y su interacción con este pues son en base a estas experiencias que los itinerarios terapéuticos se van transformando en el tiempo. Asimismo, se ha buscado incluir episodios puntuales que grafiquen las razones por los cuales los padres perciben

de una determinada manera los servicios y programas, y que también, ayuda a ejemplificar las variaciones que han sufrido sus familias a partir de la introducción de muchos de estos.

### Perfil de las familias

Como se mencionó en la metodología, la recolección de información se basó principalmente en los testimonios y reconstrucción de casos de cinco familias con las que se trabajó durante las 8 semanas en campo. He considerado conveniente hacer un perfil de cada una de las familias para comprender el contexto en el surgen los recursos y repertorios terapéuticos utilizados en el cuidado de niños en la primera infancia:

La primera familia está compuesta por cuatro miembros. El padre viene de la comunidad Matsigenka Yomibato, se ha formado de enfermero, pero no ha concluido todos sus estudios pues aún necesita hacer sus prácticas para atender pacientes. El hecho de que el padre sea enfermero ayuda a que tengan una visión mucho más positiva de la posta. La madre tiene 26 años y nació en la comunidad, pero un tiempo vivió en Cusco trabajando cuando era más joven. Su primer embarazo lo tuvo a los 16 años y dio siempre a luz en la posta. Actualmente vive con el padre de su segundo hijo que tiene 2 años y 9 meses mientras que su hija estudia la primaria en la comunidad y vive con ellos. Ambos son miembros del comité de RedCampeón y ella es facilitadora de Cuna Más y tesorera de la comunidad.

Esta familia vive de diversas actividades como la pesca, el mitayo, la crianza y la agricultura; además, reciben un estipendio de dinero por su trabajo en RedCampeón, de la misma manera venden plátanos aproximadamente cada dos semanas en Santa Cruz. La madre ha sido capacitada como barista para el albergue de Pusharo gracias a CEDIA y ha atendido a varios turistas. Otro modo de conseguir ingreso monetario es la venta de cervezas que traen desde Santa Cruz o de Salvación. La venta no es frecuente pues requiere de tiempo para salir de la comunidad a conseguir las cajas, pero suele funcionar cuando logran tener stock. La familia tiene una casa para ellos solos, tienen un pequeño para movilizarse y cuentan con animales de cría como gallinas y patos.

Esta familia ha tenido y tiene bastante interacción con personas de fuera de la comunidad, lo que ha hecho que su percepción sobre los servicios sea diferente al resto de la comunidad. Utilizan el internet para mantener comunicación con amigos que tienen fuera de la comunidad y la madre recurre al internet para informarse sobre temas de salud y consulta cualquier duda que tiene. Todo esto ha permitido que la familia sea mucho más receptiva a las iniciativas que vienen desde fuera de la comunidad y que participen más en charlas y capacitaciones que hay en otras localidades e inclusive participen de eventos de representación; así mismo, esto ha ayudado a que mantengan el interés por colaborar en actividades e iniciativas implementadas dentro de la comunidad.

La segunda familia está compuesta por 11 miembros. El padre nació en una comunidad Matsigenka de Urubamba, pero se mudó desde joven a Palotoa

Teparo junto con su mujer quien es hija del líder que ayudó a la conformación de la comunidad. De sus 9 hijos sólo 5 de ellos viven en la comunidad, todos -a excepción del menor que está en la primera infancia- están estudiando entre inicial y primaria. El resto de sus hijos estudiar fuera de la comunidad, algunos siguen sus estudios de secundaria, pero otros están llevando estudios superiores o trabajando. La familia siempre ha mostrado una gran preocupación por la educación de sus hijos y en la medida de lo posible buscan los apoyos del estado para la obtención de becas pues sus hijos han demostrado alto rendimiento académico.

El padre es actual jefe de la comunidad mientras que la madre estuvo en el cargo también en una gestión pasada, demostrando un gran interés por las actividades comunales y la representación política de la comunidad. El padre, si no está cumpliendo con obligaciones comunales que su puesto requiere, trabaja la chacra constantemente con ayuda de la mujer. Ambos pasan gran parte del tiempo en sus chacras, apoyándose en la abuela materna para cuidar a los hijos durante un par de horas hasta que los padres retornan. Cuando no son días de escuela se llevan a sus hijos a la chacra y allí los hacen estudiar mientras que los mayores les ayudan con las responsabilidades de la siembra y cosecha. Todo lo que cosechan lo comparten con su núcleo familiar, la abuela y hermana materna.

La familia cuenta con una casa en la chacra, una casa en la comunidad y familiares en Cusco. Además, tienen un peque peque que les sirve para movilizarse y sobre todo para vender plátano a los plataneros. Para esta labor

se ayudan de otro comunero que durante un tiempo vivió con ellos y que ahora tiene 26 años. Tienen muy buenas relaciones con dos familias que pasan bastante tiempo en su casa o la de la abuela. El ingreso monetario, además del plátano, lo obtienen de la venta de algunos productos como el maíz que durante el tiempo que estuve en la comunidad sirvió para conseguir el dinero para la compra de útiles de sus hijos. La madre, por su parte, tiene conocimientos sobre partos y plantas medicinales, ha dado a luz 1 vez en la posta y 8 veces en la comunidad y en algunas se ha asistido ella misma.

La tercera familia está compuesta por 11 miembros. El padre nació en la comunidad al igual que la madre. Se unieron desde jóvenes cuando la madre salió embarazada en la adolescencia. Durante el tiempo en campo la madre estaba en su sexto mes de gestación, 1 de sus hijos vivía con su mujer y su abuela en otra casa, 3 de sus hijos viven con sus padres pues están en Cuna Más o primaria y el resto está estudiando en Shintuya o trabajando pues ya han concluido sus estudios. Tienen muy buena relación con la familia de la madre pues la abuela materna vive bastante cerca y la hermana materna es vecina de la familia. Esto se volvía una ventaja para la familia pues les permitía tener personas disponibles para cuidar a sus hijos si es que ellos salían a la chacra a conseguir alimentos.

Durante el tiempo que pasé en campo supe que los padres planeaban hacer una nueva casa, sobre todo más grande porque la última niña estaba pequeña e iban a tener un nuevo bebé. Estos planes se fueron retrasando porque el padre tuvo la tarea de cortar madera para la construcción del nivel

inicial de la escuela. Dicha tarea le tomaba la jornada completa, no dejándole tiempo para otras actividades, sólo unos días antes de mi retorno es que el padre terminó su tarea. Ambos padres evitan cualquier tipo de multa asistiendo a todas las tareas comunales, incluidas las faenas pues la madre asistió a faenas aún en estado de embarazo y colaboró en actividades comunales como fue en su momento la cocina de platos para el aniversario que concluyó alrededor de la 1 AM el día previo a la celebración.

Esta familia cuenta con peque peque para movilizarse, pero la embarcación ha tenido problemas por lo cual no está funcionando así que cuando necesitan le piden ayuda al hijo mayor que sí tiene una embarcación pequeña para él y su mujer. Su principal medio de subsistencia es la agricultura, crianza de aves y la pesca. Muchas actividades como la chacra son realizadas por ambos, pueden dividirse las tareas o las actividades que se realizarán o se apoyan para el trabajo familiar. El padre también trata de vender plátanos en el puerto de Santa un par de veces al mes. Algunas veces la mamá vende canastas tejidas a comuneros de Shintuya que las ofrecen a turistas. Solo hace este trabajo a pedido así que es bastante esporádico y se basa en la demanda.

La cuarta familia está compuesta por 3 miembros. La madre ha sido madre soltera toda su vida, tiene 2 hijos que no viven en la comunidad pues uno es independiente y trabaja como chef en Cusco, y la hija recién este año por primera vez se ha ido a Shintuya a empezar la secundaria. La madre sufre de artritis desde hace varios años, pero estos últimos su condición se ha agravado, lo cual no le permite realizar sus actividades con la rapidez que desearía. Ahora



que su hija se ha ido se ha quedado a cargo de dos niños que también tienen padres solteros, la madre los ayuda dándoles de comer, preparándolos para la escuela, ayudándoles con las tareas y estos le ayudan con las actividades cotidianas de la casa como lavar los platos, cocinar, lavar ropa, traer frutas, etc.

Esto se debe a que los padres de los niños necesitan trabajar sus chacras para alimentarlos y también para poder vender productos fuera y conseguir dinero para los gastos de sus hijos. Esta tarea no les permite estar en la comunidad y poder atender a los niños pues normalmente las familias son un trabajo conjunto de ambos padres que buscan ayudarse para conseguir alimentos y atender a los hijos y se dividen las tareas para ello. En el caso de padres solteros no hay esta posibilidad y la madre de esta familia ofrece cuidarlos para que los padres se vayan a trabajar sus chacras. Actualmente vive en una casa con la madre de uno de los niños y los dos niños que tiene a cargo. Sin embargo, uno de los niños tiene a parte su casa donde va a dormir cuando su papá regresa de la chacra.

Hace varios años la madre fue maestra de inicial y se tienen buenas referencias de su trabajo; sin embargo, no continuó enseñando porque asignaron a otro maestro a la comunidad. Ha mostrado bastante interés por las actividades comunales, es muy activa y ha tenido intervención en varios proyectos comunales. Conoce muy bien el funcionamiento de los comités y está bastante atenta a las noticias de fuera. Muestra un particular interés por la cocina, al igual que su hijo mayor así que muchas veces se le da el trabajo de cocinera cuando hay visitantes, lo cual significa una posibilidad de ingreso monetario. Cría aves,

pero la gran parte de sus alimentos los consigue ahora a través de los padres de los niños que cuida o de lo que coma con su hermana y su madre que son bastante unidas y forman una red de soporte para ella.

La quinta familia está compuesta por 6 miembros. El padre nació en la comunidad al igual que la madre y ambos son primos hermanos. Se unieron oficialmente cuando la madre salió embarazada a los 15 años durante un verano mientras estudiaba la secundaria en Palotoa Llactapampa. Se ha embarazado dos veces, la primera dio a luz a una niña que tiene ahora 5 años y la segunda vez tuvo gemelas que tienen 1 año. Las gemelas fueron una novedad en la comunidad pues era la primera vez que sucedía y también tuvo muchos comentarios en la zona por ser un evento bastante raro. Ambas veces dio a luz en la comunidad con apoyo del cuerpo médico de la posta de Salvación que coincidentemente estaba en la comunidad cuando empezó el trabajo de parto.

Ambos padres cuidan a su sobrino que fue dejado por su madre para ser cuidado por la abuela materna; no obstante, considerando la edad que esta tenía, la madre de la familia se hizo cargo del niño y hoy vive con él y sus hijas. El niño estudia la primera en la comunidad y es bastante ayuda para la familia pues colabora con las tareas, sobre todo de cuidado de las niñas. El padre, por su parte, es voluntario de SERNANP y tiene que presentarse entre una a dos veces por semana en el puesto de vigilancia de SERNANP en Santa Cruz para entrar al monte y ayudar a los trabajadores sobre todo para que estos mejoren su capacidad de supervivencia en la selva pues muchos de los trabajadores no

son de la zona. Esto colabora también con su aprendizaje sobre temas de monitoreo y cuidado de la biodiversidad.

La casa donde viven era antes casa de los abuelos materno, pero cuando esta quedó embarazada, decidieron dársela para que tenga dónde vivir mientras sus padres se mudaron un poco a las afueras de la comunidad. La familia tiene también un peque peque que les ayuda a movilizarse, sobre todo al padre que debe visitar Santa Cruz para su voluntariado y tienen animales de cría en la casa. La obtención de sus alimentos es principalmente gracias a la pesca, caza y agricultura. También venden plátano a los plataneros de Santa Cruz en la medida de lo posible una vez por semana. La madre colabora con la siembra y cosecha de los alimentos que tienen en su chacra. Son una familia bastante joven, pero se esfuerzan en trabajar y la madre tiene especial interés porque sus hijos sean parte de Cuna Más o la escuela.

El número de sus miembros, la organización de la familia, la red de apoyo y colaboración, el lugar donde se vive, las pertenencias que se tienen, la procedencia de los padres, las personas con las que se interactúan y un poco de las actividades de los padres ayuda a contextualizar lo que después se tratará en la investigación que son todas las decisiones que se toman alrededor de la salud de sus hijos más pequeños; además, la realidad en la que están inmersos también influirá en el modo en que viven y experimentan la oferta de servicios públicos como la posta y también la inversión privada traducidos en campañas médicas. En la siguiente sección de este capítulo hablaremos justamente sobre

la oferta de servicios de salud, las campañas de salud integral y los programas sociales, así como las experiencias de las familias alrededor de estos tres.

#### 4.3.1. Experiencia con las ofertas de servicios de salud

##### Establecimientos de salud

*“Ya no voy a venir acá a dar a luz, en mi casa no más, aunque me muera” (mamá, 38 años)*

La comunidad tiene acceso a dos postas, la de Palotoa Llactapampa que se ubica en la comunidad que lleva el mismo nombre y que está conformada principalmente por migrantes cusqueños, siendo el quechua y el castellano sus lenguas más habladas. Esta posta es la asignada para los pobladores de Palotoa Teparo pues es la más cercana, ubicada a 30 - 40 minutos en transporte fluvial durante época de lluvias. La posta cuenta normalmente con un técnico y un enfermero o enfermera que viven en el mismo establecimiento y están bajo la supervisión de la posta de Salvación. Aquí es donde se realizan las atenciones en salud y los controles de crecimiento y desarrollo; en cambio, cuando son problemas más graves o se necesita de equipamiento especializado para ecografías, exámenes de laboratorio, etc. se envía a los pacientes a Salvación.

La posta de Salvación es mucho más grande pues cubre una zona más amplia, no atiende sólo a pobladores de Salvación sino a pacientes de la cuenca del Manu. El staff de la posta está conformado por médicos, practicantes y enfermeros, creando una cadena de atención e interacción más amplia. Las

personas de Palotoa Teparo no pueden acceder directamente a la posta a menos que sean referidas a esta o que los médicos de Salvación así lo decidan, se tiene un orden de atención, por ello, se debe visitar primero Palotoa Llactapampa. Al ser un establecimiento de salud más grande, cuenta con mejor equipamiento para brindar atención en partos, cubrir exámenes de laboratorio como parasitarios, niveles de glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas en la sangre, ecografías, etc.



Foto 15: Antiguo local de la posta de Palotoa Llactapampa

Fuente: Archivo personal



Foto 16: Local actual en el que funciona la posta de Palotoa Llactapampa

Fuente: Archivo personal

Según los relatos recogidos, la percepción sobre el servicio que brindan es bastante variado, pero es muy importante analizarlo porque la experiencia de las familias, en especial de las madres, determinará el uso de la posta en la vida de sus hijos a partir del parto. Muchos condicionantes como los programas sociales intentan incrementar el uso de los servicios de salud, pero siguen existiendo barreras que van más allá del acceso y que se crean en las experiencias familiares al momento de elegir usar una o no. Entre los principales ejes que abordaremos en esta sección están la barrera lingüística, la percepción del sexo del agente de salud al momento de la atención, el respeto a la privacidad del paciente, la preocupación por una buena comunicación con el paciente y la economía del cuidado entorno a la posta.

En ninguna de las postas se habla Matsigenka, en el 2018 fue asignada por primera vez una enfermera en Palotoa Llactapampa que es de Palotoa Teparo y habla la lengua, pero duró en el puesto sólo dos meses pues obtuvo licencia por maternidad. Previo a ella, no hubo nunca nadie que sepa Matsigenka; por eso, si hay personas en la comunidad que no hablan castellano o lo hablan muy poco, van con señoras que les ayudan a explicarles y traducirles. Se lleva sobre todo a personas jóvenes o con experiencia interactuando con colonos para que traduzcan mejor. Las madres perciben que los médicos en general no se interesan por aprender su lengua, pero cuando alguno lo hace, su percepción hacia ellos cambia y se vuelve mucho más positiva como es el caso de un antiguo médico de Salvación.

El caso de una madre de contacto inicial surgió en mi tiempo en la comunidad cuando esta no supo leer la cartilla de los controles de crecimiento y desarrollo de sus dos hijos y había perdido la cita médica que se la agendaron para un mes antes del día que preguntó a otras mamás si podían ayudarle a leer la cartilla. Lo mismo sucede con mujeres que no saben leer ni escribir pues se les dificulta bastante la tarea, sin embargo, existe una red de apoyo de las madres donde entre ellas se colaboran para que no pierdan sus controles pues están condicionadas ahora por el programa Juntos. A la madre de contacto inicial la acompañó una de las mamás para explicarle al técnico la situación porque es complicado a veces que ellas asistan porque a veces van hacia la cabecera o porque viven más alejadas del centro de la comunidad.

Muchas afirman no haber tenido problemas para entender la lengua al momento que les explican cosas como síntomas, tratamientos, etc. pero esta afirmación se contradijo posteriormente cuando se les pregunto si después de la atención o durante la atención tenían dudas sobre lo que les iban explicando. El tema de la vergüenza es bastante notorio pues no deseaban afirmar que no entendían todo, pero sí reconocieron que a veces tienen preguntas o dudas que no las resuelven ni desean que se las aclaren porque *“a veces yo pienso, de repente me dice para qué me haces preguntas, prefiero evitar no preguntarle o callarme, solo escucho”* (mam , 43 años). Algunas mamás cuando no entendían solamente recibían las pastillas y nunca las tomaban porque no sabían realmente para qué servían.

La experiencia de ellas, sobre todo a partir del entendimiento y la transferencia de información clara, hace que se transformen los itinerarios terapéuticos que toman cuando suceden enfermedades. El visitar la posta, recibir medicamentos y nunca usarlos simboliza que la visita fue en realidad una pérdida de tiempo para ellas y no fue exitosa porque no consiguió atenderse por ese medio, así que recurrirá a recursos terapéuticos de otros modelos de atención que probablemente serán del modelo tradicional. Esta es una de las razones por las cuales muchas madres expresaron no visitar la posta cuando se enferman ellas o sus hijos y sólo lo hacen para los controles médicos que pide el Estado. Además del factor tiempo y economía que veremos en los siguientes párrafos.

Otro tema importante radica en el sexo del agente de salud, muchas madres expresaron sentirse mucho mejor cuando las atiende otra mujer, tanto a ellas como a sus hijos; pero, si le tienen confianza al médico varón porque lo conocen o porque han visto que es amable, les confían a sus hijos y sólo algunas veces que las atiendan a ellas. Pero rechazan el examinado corporal por parte de varones pues sienten timidez y vergüenza a que las vean y las toquen. Además, han tenido experiencias negativas con varones que hacen que la valoración hacia la atención femenina sea mucho más positiva. Por eso, cuando las madres asisten al examen del Papanicolaou u obstétrico, prefieren una mujer; en caso sea un varón, todas dijeron que se negarían y no se dejarían hacer atender sin explicar los motivos.



Entre las mujeres Matsigenka hay un gran sentido de la privacidad y la intimidad que muchas veces es obviado por las postas, no les consultan cómo se sienten en los partos o cuando las examinan desnudas, tampoco les preguntan cómo se sienten con el Papanicolaou o cómo hacer para mejorar un poco la experiencia y que no se sientan tan invadidas. Asimismo, algunos agentes de salud de la posta suelen crear en ellas miedo para que asistan a las atenciones. Les dicen que si no se atienden pueden tener una enfermedad grave que es mejor prevenir y detectar a tiempo o que sus hijos pueden morir o enfermarse fuerte si no lo revisan de vez en cuando. Cuando ellas escuchan esto, sobre todo de parte de la posta de Salvación, sienten que es mejor asegurarse que esto no suceda yendo a la posta.

En el caso de la posta de Llactapampa, las madres sienten que te dan mucho menos de lo que les dan en Salvación en lo que respecta a medicinas. El primero suele ser el lugar donde hacen los controles, por lo que solamente a ellas y a sus hijos los pesan, miden y examinan, y si están enfermos les dan medicamentos. Sin embargo, para visitar Salvación deben tener un problema un poco más serio pues involucra una transferencia y esta posta suele recetarles medicamentos para el tratamiento. Sienten que las atenciones médicas en Llactapampa son mucho más rápidas que en Salvación, pero las de Llactapampa son mucho más amigables para ellas porque no las tratan de convencer de atenderse, no hablan mucho con ellas en general y nunca se han burlado ni las han reñido que es otro gran miedo entre las madres.

Las experiencias negativas en general son bastante definitivas en la elección de las madres en volver o no volver a la posta y son las mismas experiencias las que se cuentan entre las mujeres y varones que termina influenciando en los demás. Un par de familias confirmó que no iría a la posta porque escucharon que a otra mamá la trataron mal o la riñeron, otras sí contaron sus propias experiencias, pero es rescatable el modo en que la experiencia de otras mamás define mucho las decisiones de las demás. La experiencia de una mamá que fue a dar a luz y fue seriamente reñida por el número de hijos que tiene hizo que nunca más regresara y que no le importa morir en la comunidad con tal de no tener que soportar con más malos tratos.

Otra dificultad que existe es a veces en la obtención de medicamentos porque la posta no cuenta con la reserva necesaria porque el Ministerio de Salud no les manda siempre lo suficiente para abastecer a toda la gente y las familias deben ir a la farmacia a comprar los medicamentos que faltan y si no hay en la farmacia, no se toman o si los costos son muy altos, no se compran. Antes, cuentan las madres, no había farmacias en Salvación, y si no te daban los medicamentos completos, ninguna se quejaba ni buscaba medios para conseguirlos de algún otro centro poblado o de Cusco, sino que volvían a sus comunidades con los medicamentos que les habían dado y los consumían hasta que se terminaban cumpliendo sólo un porcentaje del tratamiento o no los consumían por completo.

En Salvación, la disponibilidad del staff médico nunca ha sido un problema en comparación con Lactapampa que a veces no atiende porque no hay

personal. Cuando las madres regresan después, les explican que fueron pero que no encontraron a nadie que las atiendan y que por eso se saltaron algún control. En mis primeras visitas a la posta de Llactapampa, me costó encontrar al personal de salud, me tomó cuatro visitas para finalmente lograr encontrar a alguien disponible. En ese momento tuve que correr con los gastos de transporte pues necesita conocer la posta, pero la mamá que me acompañaba y que necesitaba también asistir a su control prenatal expresó que ella no habría podido ir tantas veces por el gasto y el tiempo. Inclusive, la cuarta vez me advirtió que, de no encontrar a nadie, no volvería hasta después de dar a luz.



Foto 17: Comunera Matsigenka esperando para ser atendida

Fuente: Archivo personal

La dimensión económica y la distancia de la posta son dos factores muy importantes para las familias, para algunas de ellas estos factores influenciaban en su decisión de ir a la posta en episodios de enfermedad. Cuando el mal que las aqueja o a sus hijos no es tan grave, las mujeres prefieren no ir a la posta y quedarse en sus casas y curarse o curarlos con baños de vapor, plantas

medicinales que ya conocen o con algún remedio casero que han aprendido o que les aconsejan. Para ellas, para ir a la posta hay que gastar dinero en combustible, pasajes y no es conveniente porque sale caro. En cambio, cuando el tema es más serio y no ha podido resolverse en la comunidad, sí llevan a los pacientes a la posta. Esto le llaman ellos “evacuar” y se utiliza lo para emergencias cuando la persona está muy mal y nada le ha funcionado en la comunidad.

Una madre recuerda que en la última visita que tuvo a la posta y que atendieron a su bebé tuvo que gastar 41 soles en medicamentos porque le dijeron que no todos estaban incluidos en el seguro. Así, dependiendo del tratamiento hay medicamentos que se reciben gratis y otros que hay que pagar. Una parte la cubre el seguro, pero puede que otra parte no y eso simboliza un gasto extra a la familia además de todo el gasto de transporte. En esa experiencia, recuerda la madre, sólo pagó sin decir nada y se fue pensando que nunca más quería volver, hasta el momento no ha vuelto por eso. Se encuentra a veces con personal de la posta de Salvación que le dice que lleve a su bebé para atenderlo, que puede ponerse grave porque tiene tos, pero ella sólo dice que irá y finalmente se regresa a la comunidad.

A partir de esta experiencia y las experiencias de riña que han sufrido más de una mamá, muchas se niegan por completo a ciertos tratamientos. En una ocasión una doctora de Salvación quería que un bebé fuera evacuado a Cusco con su mamá porque había nacido con bajo peso y en Cusco lo pondrían en la incubadora hasta que mejorara. La madre se negó porque pensó que los mismos

maltratos que había recibido en la posta los viviría en Cusco así que reaccionó diciendo *“si quiere llévenselo a mi hijo, pero yo no voy, cuando esté grande me lo devuelven”* (mamá, 38 años). No pudieron llevarse al bebé que hoy tiene dos años y está sano, pero la madre afirmó que prefiere no ir y hacerse responsable de los cuidados de sus hijos y si estos mueren, será también por decisión de ella y porque no supo cuidarlos bien.

### **Vacunación**

*“El doctor me decía que tenía que traerle (al bebé) para sus vacunas, sino la enfermedad le agarra”*  
(mamá, 20 años)

La vacunación de niños es uno de los servicios gratuitos que ofrecen ambas postas; pero, depende del lugar donde se da a luz al bebé. Cuando una madre da a luz en la posta de Salvación, la vacunan se la ponen en el mismo lugar, las pocas experiencias de parto en la posta dijeron que nunca les consultaron si deseaban que sus hijos fueran vacunados, sino que los médicos lo hicieron en cuanto nacieron. Eso no simboliza mayor problema para los padres pues piensan que la vacuna es algo necesario y positivo para la vida de sus hijos. Sin embargo, cuando das a luz en la comunidad la dinámica es distinta pues son los técnicos de la posta de Lactapampa los que deben vacunar a los recién nacidos. Para esto, se les avisa por radio que una mujer ha dado a luz y ellos se organizan para visitar la comunidad.

A veces el técnico no puede bajar inmediatamente y se demoran como uno o dos meses en ir a la comunidad, durante este tiempo los niños permanecen

sin vacunas, pero no salen de la comunidad y visitan poco las otras casas, las mamás les minimizan el contacto de otras personas por miedo a que se puedan enfermar. También está la opción de que, si cayó el ombligo y los doctores no han podido ir a vacunarlos, los padres salgan con el recién nacido hasta la posta de Llactapampa y los hagan vacunar para no seguir esperando. En alguna otra oportunidad la vacunación se ha retrasado también porque no había reserva de vacunas en la posta de Llactapampa y la vacunación queda pendiente y puede demorar también unos dos meses, pero esto ha sucedido pocas veces.

Hoy en día todos reciben las vacunas, pero fue un proceso difícil cuando se unieron personas de contacto inicial a la comunidad porque no querían ser vacunadas. Algunas mamás recuerdan que el principal motivo por el que rechazaban la vacunación era por miedo pues veían que cuando vacunaban a otros niños los hacían llorar y el llanto es símbolo de que algo no está bien y además el llanto era causado por una sensación de dolor. Ambas nociones de llanto y dolor no son positivas y en la cosmovisión Matsigenka significan un desequilibrio en la realidad que no puede traer nada bueno sino enfermedad y mal. Muchas madres han tenido que explicarles en Matsigenka por qué deben hacerlo y han ido aceptando la importancia de la vacunación poco a poco y a la fecha todos los niños están vacunados.

El único miedo que se pudo ver de parte de las mamás hacia la vacunación fue que el técnico no supiera poner bien la inyección y causara una infección en la herida resultante de la vacunación. En una ocasión, a un niño se le infectó la herida y se llenó de pus, teniendo que evacuarlo de emergencia a

Salvación para que lo revisaran y drenaran la bolsa de pus. Esto sucedió, según el personal médico, por malas condiciones de higiene pues el niño no mantuvo la herida cubierta y se ensució muchas veces, pero nunca se le limpió con cuidado en la zona donde había recibido la vacunación; sin embargo, muchas madres sintieron que fue porque el técnico no la había puesto bien y ahora un par de ellas sienten miedo, inclusive una madre manifestó que cuando ella misma recibe inyección cierra los ojos por el miedo que siente.

### **Controles médicos**

*“Yo por ejemplo no, casi no los llevé a sus controles de mis hijos, pero cuando venían los doctores acá sí los hacía controlar. Ahora sí los están exigiendo sus controles, realmente con este programa de Juntos que se está recibiendo, los están exigiendo para que hagan sus controles prenatales o su desarrollo de los niños” (mamá, 43 años)*

Los controles médicos se entendían en la comunidad como el seguimiento de algún tema médico como es el embarazo, el nacimiento de un niño, el padecimiento de una enfermedad, entre otros. Actualmente, los controles médicos se han visto asociados a los programas sociales de Juntos y Cuna Más, haciendo que la comunidad reconfigure su acceso a ellos y que cambie la importancia que antes tenía y se vuelva una prioridad familiar que debe cumplirse. Existen dos tipos de controles asociados a la primera infancia y a los programas sociales que son los controles prenatales y los controles de crecimiento y desarrollo; los primeros están asociados a la gestación y debes ser cumplidos durante los 9 meses; y, los segundos a niños de 0 a 3 años llevando periódicamente análisis médicos de seguimiento.

Los controles prenatales han pasado a ser obligatorios a partir de enero del 2017 cuando se implementó el programa Juntos, previo a esto, las mamás iban por decisión propia. Según la información recogida, el tema generacional es bastante importante porque son las madres jóvenes quienes asistieron más a los controles prenatales y estuvieron más interesadas en las ecografías; mientras que las madres mayores de 35 años, no mostraron una preocupación por ir, sino que tuvieron visitas esporádicas o alguna no tuvo ninguna visita durante sus embarazos. Ahora, estas mismas madres han cambiado sus dinámicas inclusive la madre gestante con la que se trabajó durante el tiempo en campo, asiste mensualmente a sus controles cuando en el pasado no asistió con tanta frecuencia.

De la misma manera, los controles de crecimiento y desarrollo se realizan en la posta de Llactapampa y cuentan con la asistencia de todos los niños de 0 a 3 años pues es condicionante de Juntos y Cuna Más. En los controles se pesa y mide a los niños, se les da recomendaciones o medicación dependiendo de la revisión médica pues muchas veces reconocen parásitos o anemia y les mandan jarabes o pastillas como tratamiento. A veces cuando el niño no pesa bien, le dicen que quizás no lo están alimentando bien o lo está alimentando muy poco. Esta información se confirma con el tamizaje que se realiza cada trimestre en la posta de Salvación, allí se diagnostica, se llenan las cartillas de los programas sociales y se inicia el tratamiento. Este diagnóstico no se realiza en Llactapampa lo que obliga a las mamás a ir a Salvación.



Hasta el 2017 el control podía hacerse en las campañas médicas que la posta de Salvación realizaba la comunidad. El staff médico iba cada 6 meses, daban charlas y realizaban todo tipo de exámenes, entre ellos el control de tamizaje y el examen de heces para ver la presencia de parásitos, muchas mamás reconocen que antes de los programas sociales no llevaban a sus hijos a los controles, pero cuando iban a la comunidad para las campañas sí los hacían atender por los médicos. También dijeron que el motivo más importante porque no llevaban a sus hijos a los controles médicos no era porque no les gustaran los controles, porque evidentemente querían usar todos los recursos para mantener a sus hijos sanos, pero no les gustaba la posta por los tratos que recibían y preferían no visitarla nunca.



Foto 18: Atención médica

Fuente: Archivo personal



Foto 19: Sala donde se realizan los controles prenatales

Fuente: Archivo personal



Foto 20: Madre e hija yendo al control de crecimiento y desarrollo

Fuente: Archivo personal

#### 4.3.2. Experiencia con las campañas de salud integral

*“(Refiriéndose a las campañas) Antes en la comunidad habían muchos parásitos y anemia por demás pero ahora sí casi un poco ya está menos” (mamá, 40 años)*

Las principales campañas de salud integral que se han realizado en la comunidad fueron aquellas organizadas por la MicroRed Salvación con el

financiamiento de la petrolera Hunt Oil. Las campañas fueron organizadas y orientadas a las comunidades de influencia directa e indirecta del proyecto exploratorio determinadas en su Estudio de Impacto Ambiental; sin embargo, durante cinco años se incluyó a Palotoa Teparo como parte del acuerdo entre la empresa y la MicroRed. De tal manera, se visitó la comunidad en los años 2009, 2010, 2014, 2015 y 2016 con un total de 7 campañas realizadas que tenían una duración de día o día y medio. Las operaciones de Hunt Oil finalizaron en el 2016 haciendo que la empresa se retirara de la zona y se terminara el financiamiento.

La valoración de la gente hacia dichas campañas fue positiva pues muchos consideraron que el personal era más amable que los agentes de salud de la posta, e inclusive algunos que eran de la posta y participaban en las campañas, los trataron mucho mejor. Además, rescataron el valor de las charlas que recibieron pues fue una de las cosas que la mayoría de las mamás aún recuerdan y algunas inclusive aplican en casa. Las campañas se realizaron teniendo como personal de salud un grupo grande del staff de la MicroRed Salvación, así como médicos enviados por Hunt Oil que se dividieron entre la escuela y la posta para realizar sus atenciones. A continuación, se encuentran dos tablas donde se especifican los años de intervención, el número de campañas realizadas por años, el total de atenciones de diferentes especialidades que se dieron; y, el número de beneficiarios por año:

***Tabla 6: Datos generales sobre las campañas médicas en Palotoa Teparo***

Localidad	Año	Campañas	Atenciones
Palotoa Teparo	2009	1	405
	2010	2	1720
	2011	-	-
	2012	-	-
	2013	-	-
	2014	1	659
	2015	1	1403
	2016	1	703

Fuente: Elaboración personal con información proporcionada por la posta

***Tabla 7: Número de atendidos por localidad por año de campaña***

Localidades: Centros poblados / comunidades nativas	Nº Beneficiarios		
	2014	2015	2016
Salvación	154	176	105
<b>Palotoa Teparo</b>	<b>69</b>	<b>98</b>	<b>61</b>
Shintuya	114	165	128
Shipetiari	77	82	78
Diamante	83	158	114
Boca Manu	95	89	102
Puerto Azul	12	29	35
Queros	55	-	30

Fuente: Elaboración personal con información proporcionada por la posta

Una de las consecuencias de las atenciones médicas fue notar que Palotoa Teparo, a pesar de no ser zona de influencia del proyecto de la empresa, terminó siendo una de las comunidades donde mayores atenciones médicas se realizaron en el 2015 en proporción al número de pobladores que tenía al año de intervención. Al final de las campañas de salud integral se determinó que

4,890 atenciones fueron realizadas favoreciendo a un gran número de pobladores. Las especialidades que fueron atendidas fueron: medicina general, odontología, nutrición, obstetricia, enfermería y laboratorio. En el 2016, año de la última campaña que se realizó en la comunidad, se obtuvo un total de 703 atenciones aún si no se contó con atención de obstetricia ni laboratorio como en otros años. En el siguiente cuadro se presentan las atenciones por especialidad:

*Tabla 8: Cuadro de atenciones médicas del 2016 por especialidad*

Especialidad	Atenciones
Medicina General	51
Odontología	393
Ecografías	20
Nutrición	178
Obstetricia	0
Enfermería	40
Laboratorio	0
Técnica de enfermería	21
Total	703

Fuente: Elaboración personal con información proporcionada por la posta

La empresa tuvo diversas acciones que realizó por especialidad para garantizar una atención integral de los pacientes. Los servicios de nutrición, odontología y ecografías estuvieron a cargo de Hunt Oil mientras que los demás servicios estuvieron a cargo de la MicroRed. Asimismo, las atenciones se complementaron con charlas sobre salud bucal y nutrición saludable. También se implementaron sesiones demostrativas de preparación de alimentos ricos en hierro para complementarlos a la dieta utilizando solo ingredientes que están al alcance de las familias. Las sesiones demostrativas tenían como objetivo

mejorar la alimentación de niños en la primera infancia por lo que se dio prioridad a convocar a madres que tuvieran niños de 0 a 3 años, lográndose una asistencia de 18 mamás en la última sesión del 2016.

***Tabla 9: Acciones implementadas por especialidad***

Especialidad	Acciones realizadas
Medicina General	Examinación general a personas de cualquier edad Entrega de anticonceptivos orales y de barrera Atención sobre planificación familiar
Odontología	Examen bucal Entrega de pastas y cepillos dentales gratuitos a niños atendidos
Ecografía	Servicio brindado a gestantes Servicio brindado según revisión médica previa
Nutrición	Entrega de sulfato ferroso y ácido fólico para niños y gestantes Evaluación nutricional
Obstetricia	Revisión obstétrica a gestantes
Enfermería	Control de crecimiento y desarrollo de niños de 0 a 9 años Administración de vitamina "A" a niños menores de 5 años Vacunación de niños menores de 5 años Vacunación de mujeres en edad fértil contra la difteria y tétano
Laboratorio	Despistaje de VIH, infecciones de transmisión sexual, parásitos en niños y adolescentes Papanicolaou Descarte de cáncer de cuello uterino, anemia, diabetes, leishmaniosis, malaria Exámenes de embarazo Infecciones urinarias, etc.

Fuente: Elaboración personal con información proporcionada por la posta

Según los testimonios recogidos, las sesiones demostrativas les enseñaron a preparar la sangrecita que es un alimento muy recomendado por los doctores, pero que ellas no tienen costumbre de comer y muchas no sabían cómo cocinarla. Para algunas la sangrecita era más rica con la preparación que les enseñaron agregaron aderezo y las hicieron en diferentes comidas. Estas sesiones se complementaron con las charlas donde les enseñaron cómo alimentar a sus bebés y les dieron estrategias de higiene como lavado de manos, de alimentos, etc. Hasta ahora las madres recuerdan que aprendieron mucho porque entendieron las razones por las cuales debían hacer las cosas y tuvo un impacto positivo para la comunidad pues sienten que los niveles de parásitos y de anemia se redujeron con estas iniciativas.

#### 4.3.3. Experiencia con los programas sociales

Los programas sociales son parte importante de la vida de las familias hoy en día, con la introducción reciente de programas como Cuna Más y Juntos, las dinámicas familiares se han visto modificadas debido a las obligaciones que deben cumplir para continuar afiliadas y recibir los incentivos que pueden ser monetarios, en forma de alimentos o en acompañamiento. Considerando que alrededor del 90% de los pobladores cuenta con Documento Nacional de Identidad (DNI), un gran porcentaje de las familias forma parte de uno o más programas. Los programas presentes en la comunidad al momento son: Cuna Más, Juntos, Vaso de Leche, FONCODES, Pensión 65 y Qaliwarma. Los tres

primeros programas serán desarrollados en esta sección pues tienen un efecto directo en la vida de niños en la primera infancia.

Los programas sociales parten principalmente de iniciativas del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) y casi siempre corresponden a intereses más grandes determinados en la agenda internacional como la erradicación de la pobreza y pobreza extrema, el aumento del acceso a la escuela y de permanencia en la escuela, la reducción de la tasa de mortalidad infantil a través de la promoción de la buena alimentación, la reducción de la brecha en el acceso a oportunidades, etc. Muchos de estos programas tienen puntos a favor y en contra, pero en la comunidad de Palotoa Teparo han tratado de ser vistos de la manera más positiva pues son puentes para crear oportunidades en los comuneros, con especial interés en la creación de oportunidades para los niños.

*Tabla 10: Cobertura de programas sociales en el distrito de Manu*

Programas sociales	Cobertura
<b>Cuna Más</b>	
Servicio de cuidado diurno	0
Servicio de acompañamiento a las familias	31
<b>Juntos</b>	
Hogares afiliados	64
Hogares abonados	58
<b>FONCODES</b>	
Usuarios estimados	1,263
Proyectos culminados	0
Proyectos en ejecución	4
<b>Pensión 65</b>	



Usuarios	95
Qaliwarma	
Niños y niñas atendidos	751
Instituciones educativas	27

Fuente: InfoMIDIS. Reporte a mayo 2018

### Vaso de Leche

*“Ahora sí piden DNI, pero antes no pedían. Ahora un niño no puede estar sin DNI, si no tiene, el niño no puede recibir Vaso de Leche” (madre, 43 años)*

El programa de Vaso de Leche es uno de los programas sociales más antiguos del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social que hay en la comunidad, entre los relatos recogidos a las familias, se pudo determinar que ya para 1990 existía en Palotoa Teparo. El objetivo de este programa es mejorar los niveles de nutrición de los sectores más pobres a través del ofrecimiento de una ración de alimentos para las madres gestantes, madres en período de lactancia y niños en la primera infancia de modo que superen la inseguridad alimentaria<sup>15</sup>. Así mismo, a través de la organización del comité del Vaso de Leche, que es un requisito del programa, se espera crear mecanismos de gestión comunal y vecinal que contribuyan a que las localidades estén mejor organizadas.

Dicho comité de organizadores está conformado por madres de la comunidad como estipula el programa y tienen una duración de gestión de 2

---

<sup>15</sup> Centro de Estudios y Prevención de Desastres (Predes) *El Programa del Vaso de Leche en el Perú, lecturas de apoyo*  
<[http://www.predes.org.pe/ayudatematica\\_pdf/programa\\_vaso\\_%20leche.pdf](http://www.predes.org.pe/ayudatematica_pdf/programa_vaso_%20leche.pdf)>

años, transcurridos estos, se debe volver a elegir a los miembros que son: presidenta, secretaria, tesorera y vocal. Estas mamás que conforman el comité reciben capacitación en Salvación cada 3 a 4 meses sobre temas de gestión, logísticos y sobre el beneficio de la alimentación para la salud infantil. Según relatos recogidos, ya no se dan charlas en la comunidad, pero antiguamente sí había visitas para supervisar y conversar con las madres sobre cómo les estaba yendo en el programa. Hasta el momento puede decirse que todas las mujeres de la comunidad que son madres han estado afiliadas al programa en algún momento de sus vidas.

La ración de alimentos que se brindan es básicamente de leche y cereales como hojuelas de quinua o kiwicha. Las madres ven a estas raciones sobre todo como un complemento para el desayuno de sus niños. La leche y los demás alimentos de todas las comunidades aledañas llega a Santa Cruz, una comunidad pequeña a 40 minutos en transporte fluvial. Así, la misma comunidad debe gastar dinero del fondo comunal para pagar el combustible y traer las raciones. Esto se hace trimestralmente, así también la repartición de las raciones cumple este patrón y las familias deben administrar sus asignaciones para que les alcancen los 3 meses. La repartición no es la misma para cada familia, sino que existe un patrón de beneficiarios donde se estipula la cantidad que debe recibir, sobre todo en base a la cantidad de hijos que tiene.

La afiliación al programa se daba antiguamente con sólo inscribirte en el padrón, el comité del Vaso de Leche de la comunidad era el ente encargado de inscribir a las madres y de darles de baja cuando sus hijos ya estaban más

grandes. Sin embargo, ahora el Estado sí pide la presentación del DNI como requisito para afiliarse. Pero no basta con el DNI de la madre pues ahora también debe estar el DNI del niño, lo cual obliga a que todas las madres agilicen el proceso de obtención del documento para poder participar de este y los demás programas que existen en la comunidad que benefician a niños en la primera infancia. Existe una visión en las familias de que el Estado los controla cada vez más considerando que están obligados a inscribirse en los registros a través de los programas sociales.

Otra valoración importante que se da a partir de la experiencia es sobre la leche, muchas madres afirman que durante los dos primeros años tienen bastante leche para dar de lactar a sus hijos, lo cual hace que la leche no sea una necesidad tan importante; pero, conforme van teniendo más hijos esta visión cambia pues demuestran que a partir del tercer hijo no es tan fácil la producción de leche materna, demora un poco más y en mujeres con muchos más hijos inclusive no logran producir tanta leche como cuando eran más jóvenes. Para ellas, la leche de tarro que les brinda el programa sí simboliza un apoyo; pero, las demás lo ven como secundario, por ello, utilizan la leche para preparar arroz con leche por ejemplo o se la dan a los hijos que tienen en inicial o primaria y ya no lactan.

De esta manera, la necesidad de alimentos no está en la leche sino en la ingesta de proteínas que es bastante baja. Al primer año un niño consume leche materna y alimentos blandos combinados con sólidos como son la yuca aplastada, el pescado, caldo de gallina, etc. Este es el principal problema pues

si bien los carbohidratos son más fáciles de conseguir, sobre todo a partir del consumo de yuca, el consumo de proteína se vuelve esporádico o con raciones pequeñas. Las madres explicaron que sus hijos consumen gallina, huevos, pescados porque al año ya tienen un poco de dientes y pueden consumirlos, pero están en dependencia de la obtención de estos a través de la pesca, caza, etc. Por ello, para muchas de ellas, Vaso de Leche tiene una importancia relativa en comparación con Qaliwarma.

### **Cuna Más**

*“Ella (la facilitadora) enseña sobre estimulación, te dice que debes estimular a tu bebé, enseñarle a cantar, a escribir o a agarrar el lapicero pues, los colores, los números, así” (mamá, 40 años)*

El Programa Nacional Cuna Más es un programa social focalizado a cargo del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, cuyo objetivo es mejorar el desarrollo infantil de niñas y niños menores de 3 años en zonas de pobreza y pobreza extrema. El programa se basa en la implementación de dos servicios que son el cuidado diurno de bebés y el acompañamiento a las familias<sup>16</sup>. El primero, a través de los centros de cuidado diurno, brinda servicios para el cuidado y supervisión de niños hasta 3 años en los que desarrollan diversas actividades de estimulación y se les brinda alimentación. El servicio funciona de lunes a viernes y trata al mismo tiempo de colaborar con las familias para que la madre reciba asistencia y alimentación para su hijo o hija.

---

<sup>16</sup> Ver: [www.cunamas.gob.pe](http://www.cunamas.gob.pe)

Por su parte, el servicio de acompañamiento a las familias se basa en visitas semanales de un facilitador de Cuna Más que ha sido escogido y capacitado por el programa y aprobado por la comunidad; de esta manera, se visitan las casas de mujeres embarazadas y de bebés entre 0 a 36 meses para trabajar alrededor de sus prácticas de cuidados y brindarles experiencias de juego que estimulen al niño para un mejor desarrollo. Este es el único servicio que funciona en la comunidad desde inicios del 2017 y que ha tenido hasta el momento una sola facilitadora. El servicio es gratuito y consta de una visita semanal de una hora a cada una de las casas. Normalmente se asigna un día a la semana para que la madre esté disponible y organice su tiempo.

Según las experiencias de las madres alrededor del programa, el servicio de acompañamiento se trata de capacitarlas para que sean ellas mismas las encargadas de estimular a sus bebés. De esta manera, la facilitadora trabaja directamente con las mamás y no con niños, les brinda herramientas a ellas para que el resto de la semana sepan cómo incentivar a sus hijos a través de juegos. Como la estimulación requiere de herramientas, el programa provee cada cierto tiempo de juguetes que ayudan a los niños a identificar tamaños, colores, letras, números, etc. Entonces, las madres aprenden al lado de la facilitadora el modo en que el niño debe jugar con ellos y las preguntas y frases que deben usar para que los niños desarrollen capacidades que luego les servirán cuando van a estudiar a inicial.

Hasta el momento, el programa también les ha dado a las madres diversos utensilios para complementar la vida del niño como platos, cubiertos,

baldes, tazas, frazadas, etc. Las madres recuerdan sobre todo las charlas sobre la importancia de mantener a los niños sanos utilizando diferentes recomendaciones como siempre hervir el agua que consumirán, mantener los alimentos limpios y bien almacenados, lavarles las manos a los bebés antes de comer, etc. Los regalos se complementan con las charlas que reciben de parte de la facilitadora sobre hábitos de higiene; un ejemplo importante que rescato es el del uso del balde y jabón líquido que proveyó el programa y que tenía como fin concientizar a las madres sobre la importancia del lavado de las manos de los hijos antes de cada comida, pero también durante todo el día.

La idea con esta propuesta era repartir baldes con tapa que tienen llaves para que salga el agua, baldes sin tapa para que caiga el agua que se utiliza y el jabón líquido para el lavado. Las familias intentaron colocar en algún lugar de la casa estas cosas para que los niños puedan relacionar este espacio con el aseo personal, pero sólo funcionó un tiempo corto pues muchas mamás empezaron a utilizar los baldes para preparar refresco o para lavar ropa y ubicaron los jabones junto a la pileta para que se laven allí las manos. Es decir, sí se logró que las madres implementaran el lavado de las manos para evitar enfermedades, pero el modo en que el programa lo planteó se modificó de acuerdo al modo en que las familias viven y la practicidad que le encontraron a utilizar la pileta.

En el caso de un par de familias, el uso del lavadero y el jabón no ha sido exclusivo de los niños en la primera infancia que están en el programa, sino que sus hermanos mayores han aprendido también a lavarse las manos con ellos,

teniendo una reacción familiar a esta iniciativa. Es decir, si bien el programa tiene como foco los niños en la primera infancia, las familias han sentido un impacto positivo en la vida de todos sus hijos pues muchos niños de 2 años son acompañados por sus otros hermanos de 4 o 6 años cuando se asean. El porcentaje de las familias que no consideró las recomendaciones del programa es muy bajo dado que las afirmaciones sobre el cuidado de la higiene que promueve Cuna Más se complementan por las diversas charlas que en algún momento han tenido por parte del servicio de salud.

En cuanto a la afiliación de las familias al programa, se necesita que los niños y los padres tengan DNI, el proceso de afiliación que hubo en el 2017 fue, según la experiencia de las familias, bastante sencillo pues la facilitadora de la comunidad visitó a todas las familias que tenían niños de 0 a 3 años y les ofreció afiliarse tan solo llenando una ficha y sacando copia a los DNI. Esto también tuvo su presentación en una asamblea comunal donde se explicó el programa, los objetivos y el modo en que iba a implementarse en la comunidad. El único inconveniente es que, si no se cuenta con DNI, al igual que con otros programas estatales, no puedes acceder a los beneficios. Actualmente la comunidad cuenta con 14 familias afiliadas con un total de 15 niños recibiendo los beneficios del programa.

Los requisitos que te pone el programa para mantenerte afiliada es básicamente la continuidad de las visitas de la facilitadora y el cumplimiento de los controles de crecimiento y desarrollo en la posta más cercana. Este requisito se ha implementado en la comunidad recién este 2018 y durante mi tiempo en

la comunidad las mamás estaban recién recibiendo las cartillas de control. Los controles de crecimiento se realizan cada mes, dos meses o tres meses según corresponda y se comprueban con el llenado de la cartilla por parte del técnico de salud quien mide, pesa y evalúa a los niños; la información de tamizaje ha sido recién integrada pues no se consideraba antes. Las mamás afirmaron que el año anterior no se les puso ningún requisito para mantenerse afiliadas y esto es nuevo, pero lo complementarán con la información que ya envían a Juntos.

Como mencionaba, la facilitadora del programa es la misma que empezó cuando se inició el programa en la comunidad. Ella recibe capacitaciones en la comunidad nativa Shintuya o en Salvación sobre temas de estimulación y del programa para que transmita esta información a las madres. Es un trabajo que requiere de bastante paciencia y de mucho interés hacia los niños pues debe aprender a conocerlos para saber cómo aconsejar a las madres y que estos consejos realmente funcionen. La facilitadora actual, en las veces que pude acompañarla en su trabajo, tiene mucha capacidad para enseñar a las mamás cómo entretener a los niños y hacerlos jugar con las herramientas que brinda el programa. Además, aconseja muy bien a las madres para que estas demuestren cariño a sus hijos y respeta el espacio de ellas con sus bebés.

Sólo una vez desde que se implementó el programa el trabajo de la facilitadora ha sido supervisado por los coordinadores de la zona. En esta visita también se reunió a las madres para que socializaran y compartieran su experiencia de trabajo con sus bebés. Además, se les dio información sobre el programa y se las incentivó a continuar trabajando en la estimulación de sus



bebés y el cuidado de su salud. Muchas aún manifiestan que saben lo que es la estimulación en teoría, pero no saben qué actitudes tener para estimular a sus bebés pues normalmente en la comunidad los niños van creciendo independientes, no se está buscando que jueguen de una manera en particular, sino que juegan con lo que está a su alrededor o con sus hermanos mayores.

### **Juntos**

*“Hay gente en la comunidad que si no existiera Juntos no serían tan exigentes con llevar a los niños a la escuela” (mamá, 26 años)*

Juntos es también un programa social del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social que busca promover el acceso a los servicios de salud y educación de las familias más pobres del país<sup>17</sup>. Para lograr esto, las familias inscritas en el programa reciben un incentivo monetario de 100 soles mensuales por familia que se paga cada 2 meses dependiendo del cumplimiento de los requisitos. Su implementación ha sido gradual y llegó a la comunidad en enero del 2017, siendo Palotoa Teparo la primera comunidad de la cuenca del Manu en afiliarse. El principal requisito, al igual que los dos programas antes descritos, es tener los DNI vigentes de todos los miembros de la familia, no sólo los padres. Actualmente, se espera que la población de contacto inicial en Palotoa Teparo se afilie cuando sus DNI se hayan tramitado.

Si bien el cobro es de 200 soles, según testimonios de las madres si uno no desea cobrarlo alguna vez, puede ahorrar el dinero en el banco y sacarlo

---

<sup>17</sup> Ver: [www.juntos.gob.pe](http://www.juntos.gob.pe)

cuando uno lo necesite. Hay mamás que deciden no cobrarlo y han ahorrado hasta un año en el banco y ese dinero sirve como un seguro pues les da la tranquilidad de saber que, si algo urgente sucede, van al banco y retiran todo para usarlo. No obstante, estos casos son muy poco frecuentes, el 90% de las madres retira su dinero en las fechas indicadas o dejan que se acumule sólo por dos fechas debido a los constantes gastos que deben enfrentar. El gasto para ir hasta Salvación a cobrar el incentivo trata de cubrirlo la comunidad con fondos comunales, pero algunas veces cuando los fondos son bajos las familias debe colaborar con el pago de combustible y el bus.

Para la afiliación de las familias, el MIDIS visitó la comunidad y explicaron en una reunión los objetivos del programa; los requisitos para afiliarse y mantenerse dentro; y, la dinámica del cobro. Todas las familias aceptaron afiliarse pues el dinero es una gran necesidad. De esta manera, se pidió la afiliación de familias que estuvieran compuestas por madres gestantes o con hijos de 0 a 18 años. Así mismo, se pidió que la familia eligiera a un titular que es el medio de comunicación entre la familia y Juntos y que además es el único encargado del recojo del dinero. Todas las familias a las que se entrevistó el papel de titular lo tenía la madre pues ella es la responsable de los cuidados del niño y los programas sociales son parte de las tareas que involucran los niños.

El único inconveniente que se pudo recoger de las experiencias familiares fue cuando la mamá de una familia afiliada a Juntos dejó la comunidad de sorpresa el año pasado y se llevó a dos de sus hijos, dejando al mayor de 9 años solo con su padre. La mamá cobró el incentivo alrededor de 4 veces mientras

que su hijo mayor no recibía su parte del beneficio pues cuando el padre quiso cobrar el dinero, no estaba autorizado para hacerlo. Ante esto, la comunidad tuvo que comunicarse con Juntos para la modificación de la titularidad de dicha familia pues uno de los requisitos de inscripción es acreditar y mantener tu lugar de residencia. En este caso, el programa decidió no desafiliar a la familia, pero modificó la titularidad y ahora es el padre quien puede recoger el dinero y es el único varón de la comunidad que cumple este papel.

Entre los requisitos de permanencia en el programa, además de permanecer en su comunidad, están el llevar a sus hijos a los centros de salud, enviarlos a la escuela o colegio, y en el caso de las gestantes, acudir a sus controles prenatales. En cuanto a salud, se pide la asistencia de los niños a los controles de crecimiento y desarrollo que ahora también se realizan en Cuna Más. Para muchas mamás el hecho de que se les pida lo mismo en dos programas puede resultar bochornoso, pero lo realizan pues desean estar afiliados a los dos. Por su parte, las mujeres gestantes están obligadas a realizar controles prenatales en la posta asignada y asistir a sus ecografías. De esta manera, en una misma familia puede haber miembros que deban ir a diferentes tipos de controles, pero el requisito es por miembro y cada uno debe cumplirlo.

En el control de desarrollo y crecimiento se mide, pesa y se realizan tamizajes trimestralmente. La frecuencia de los controles depende de la edad del infante, hasta los 3 años siguen el siguiente patrón: De 0 a 1 año: mensual, de 1 a 2 años: bimensual y de 2 a 3 años: trimestral. Cuando los niños ya van a la escuela y son más grandes los controles son aún más esporádicos. En caso de

dar positivo en anemia, los padres no son desafiados del programa, pero se espera trabajen en conjunto con la posta para mejorar los niveles de sus hijos, en caso esto no se refleje en los meses siguientes recién podrían salir del programa. Los métodos para evitar la anemia y subir los bajos niveles de hemoglobina que puedan tener los niños o gestantes es mediante la ingesta de suplementos nutricionales que ofrece la posta.

En cuanto a la educación, los padres están obligados a matricular a sus hijos y mantenerlos en la escuela todo el año, lo cual ha aumentado el número de matrículas en la escuela de la comunidad y la asistencia también ha tenido un cambio bastante positivo. Se pide una tasa de asistencia de 85% que va siendo evaluada antes de entregar el dinero, normalmente el programa pide el registro de asistencia a los docentes de las escuelas y dependiendo de dicho registro es que se autoriza o no el cobro. No hay una comunicación previa con las mamás, hubo casos donde algunas han ido a recoger el dinero hasta Salvación y les han dicho que ese mes no les toca recibir; cuando esto sucede, la mamá debe hablar con los encargados de Juntos para conocer los motivos.

La relación de Juntos con las madres y con las familias en general es bastante personalizada en la zona, los encargados del programa conocen a las familias y van aprendiendo sobre su realidad. Tienen información sobre ellos y a muchos ya los conocen desde que van a las reuniones que organiza el programa cada vez que cobran los incentivos. Es decir, cada vez que los comuneros salen a Salvación a recoger dinero, el programa prepara una o dos sesiones de charlas para las mamás en las que básicamente les explican el funcionamiento de

Juntos, pero también sirve para la interacción entre las madres y el personal del programa. Muchas de ellas confirmaron no haber recibido charlas de parte de Juntos donde el tema exclusivo sea la salud de sus hijos.

Las charlas recibidas se basan en la pregunta “¿Qué es Juntos?” y cuando hablan sobre los controles de crecimiento y desarrollo les mencionan que son importantes para que sus hijos estén sanos y fuertes para que aprendan mejor y más fácil. Tras las tantas asistencias a las charlas, muchas de ellas repiten los mismos discursos: “el programa promueve la educación y salud para los que están en extrema pobreza”. Mencionan que les preguntan lo mismo una y otra vez y la charla es siempre la misma para que no se olviden. Esto es porque los trabajadores del programa podrían preguntarles en cualquier momento “¿en qué consiste el programa?” y deben saber qué decir y también podría ir algún supervisor y una respuesta correcta puede funcionar como indicador del buen trabajo de los encargados de la zona Manu.

Un inconveniente que suele presentarse y que se basó en la experiencia de dos madres de la comunidad es que la asistencia a la escuela no siempre puede ser supervisada por los padres. Por ejemplo, cuando los hijos llegan a la edad en que deben ir a la secundaria, son enviados fuera de la comunidad, muchos van a la comunidad nativa Shintuya donde hay un internado y la asistencia allí no suele ser un problema. Sin embargo, cuando estudian en otros lugares como en Salvación, la asistencia no es supervisada. Los casos mostraron que tampoco los padres conocían de esas inasistencias sino hasta que llegó el momento de cobrar el incentivo. De la misma manera, para los

padres, sus hijos no toman consciencia de que su accionar afecta a su familia y sobre todo impacta en sus hermanos más pequeños.

Ante esto, algunas veces son los mismos encargados quienes ante la consulta de las madres, supervisan la asistencia de los próximos meses. Si la asistencia es en realidad cumplida y fue sólo un problema con los hijos mayores, entienden la situación y permiten les den el dinero en el siguiente cobro con la condición de que estas hablen con sus hijos mayores y que no vuelva a ocurrir. El hecho de que se dé una advertencia, según las madres, hace que les enseñen la importancia de los condicionantes pues si no los cumplen, realmente no te dan el dinero y nadie quiere eso. También, muchas de ellas mencionan con un poco de disconformidad que así funciona el programa, por un hijo pagan todos los demás, así no vivan en la misma casa que la familia.

Finalmente, muchas personas de la comunidad consideran que el programa afecta directamente a las decisiones familiares. En particular, se reconoce que antes no todas las personas enviaban a sus hijos al colegio con regularidad, sino que a veces los hacían faltar porque debían ir a la chacra o salían de la comunidad. Ahora prefieren organizarse para que el niño permanezca en la comunidad de lunes a viernes y asista a sus clases. Algunos sienten que el programa ha hecho que las familias se tomen en serio la escuela y la asistencia a esta. Lo mismo sucede con las atenciones en salud, pues ahora se llevan a los niños y se trabaja por disminuir la anemia y las enfermedades; y, todas las mujeres gestantes van a controles prenatales cuando antes sólo un porcentaje muy pequeño lo hacía.

## CAPÍTULO V. ETAPAS DEL CUIDADO

El trabajo de Glenn Shepard y Carolina Izquierdo (2004) es particularmente resaltante para entender la salud del pueblo Matsigenka porque aborda el tema a partir de todas las aristas: el contexto en que surge la salud (economía, política, medio ambiente); los agentes de salud que forman parte del sistema; la enfermedad y sus causas; y, el análisis de los ciclos de vida. La división del ciclo de vida que utilizan los autores es la clasificación médica oficial donde se divide la vida en base a etapas del desarrollo empezando por embarazo y nacimiento; primera infancia; infancia; adolescencia; juventud y adultez; y, vejez y muerte. Sin embargo, cuando elegí trabajar la primera infancia a partir de etapas noté la necesidad de dejar que las experiencias de las madres fueran las que determinaran dónde empezaban y dónde terminaban cada una de estas.

Dicho esto, no se puede hablar de una primera infancia sin el desarrollo de los mecanismos de protección y prohibiciones que se tienen en el embarazo para no afectar al bebé y que tienen lugar también en el parto. Por ello, consideré a estos dos momentos como las dos grandes e iniciales etapas de la primera infancia, cada una con su sistema de cuidados particulares. Una vez que el bebé ha llegado al mundo tiene una etapa de cuidados específicos que dura un aproximado de 8 días y que he llamado “antes de la caída del ombligo” porque

culmina cuando el ombligo se parte. Una vez que esto sucede, la vida del infante trae una nueva serie de mecanismos de cuidado que se siguen hasta alrededor de los 3 años.

Además, presentaré, a modo introductorio, la cosmovisión Matsigenka pues es bajo la visión del mundo que tienen los padres que surge la concepción de hombre y sus características, y que configura la idea de lo que desean las familias sean sus bebés en el futuro. Las prohibiciones y los mecanismos de protección funcionan justamente para evitar que la maldad y la enfermedad ingresen a la vida de los niños y el cuidado cobra aquí un significado particular. El resto del capítulo engloba la experiencia de las madres que son consideradas las únicas encargadas de los bebés y se analizan las decisiones y cuidados que estas toman para mantener el bienestar en sus hijos y evitar cualquier tipo de enfermedad.

### 5.1. Cosmovisión Matsigenka

*“Cada uno de los sistemas de medicina parte de una determinada cosmovisión y expresa cómo un pueblo siente su satisfacción de vivir o su sufrimiento, sus miedos y sus defensas frente al dolor, sus relaciones con la vida y con la muerte y su necesidad de garantizar y perpetuar para él y para los suyos las condiciones que mejor convengan a su bienestar”  
(Ministerio de Salud 2006:75)*

La cosmovisión Matsigenka ha sido ampliamente tratada por investigadores sociales como Dan Rosengren, Glenn Shepard y Gerhard Baer;



sin embargo, muchas de las nociones sobre el mundo han variado en Palotoa Teparo, esto se debe principalmente a que, al ser una comunidad con menos de 50 años de creación, las familias que se asentaron allí provenían de diversas comunidades con sus propias variables en el ver y entender el mundo. Este hecho, combinado con la poca importancia que se le dio el inculcar en los niños el aprendizaje de lo que es el mundo a través de historias y relatos, ha llevado a que hoy en día muchos jóvenes conozcan la cosmovisión Matsigenka a grandes rasgos, sin conocer mayores detalles o relatos antiguos, pero sí reconocen la presencia de espíritus que pueden influenciar en sus vidas.

#### 5.1.1. Los mundos

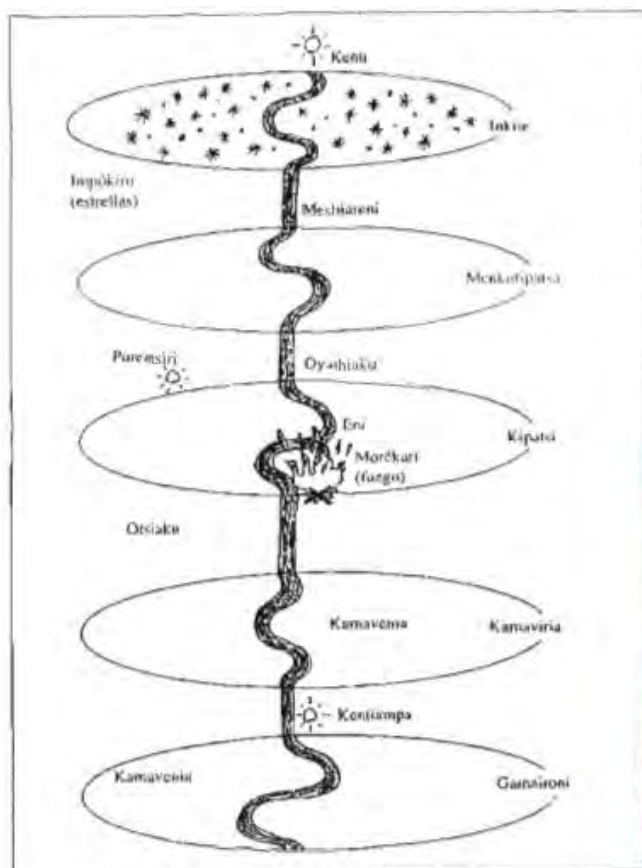
De esta manera, aún se conserva en los adultos mayores la concepción cosmológica a partir de cuatro mundos: mundo de arriba, mundo del aire, mundo de la tierra y mundo de abajo.

Tabla 11: Característica de los mundos Matsigenka

Mundo	Características
Meshiarení	<p>Mundo de arriba:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Para seres puros y dioses creadores.</li> <li>- Otorga la eterna juventud (inmortalidad).</li> <li>- Fuera del alcance del espíritu de los seres.</li> </ul>
Inkite	<p>Mundo del aire:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lugar misterioso y sagrado.</li> <li>- Para espíritus que han hecho bien en el kipatsi.</li> <li>- Tiene sólo tierra fértil y abundante.</li> <li>- Todos viven felices, no existen las necesidades ni el sufrimiento.</li> </ul>
Kipatsi	<p>Mundo de la tierra:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Donde habitamos todos.</li> <li>- Se busca el equilibrio del hombre con los demás espíritus de los seres: naturaleza y espíritus de otros mundos.</li> <li>- El hombre elegirá si obrar bien o mal en este mundo.</li> <li>- Se asocian características como respeto y generosidad.</li> </ul>
Kamavenia	<p>Mundo de abajo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Para los espíritus de los seres que han obrado mal en el kipatsi.</li> <li>- Tiene sólo tierra infértil y escasa.</li> <li>- Todos viven en sufrimiento.</li> <li>- La enfermedad se origina en este mundo.</li> <li>- Se asocian características como ociosidad.</li> </ul>

Fuente: Elaboración personal

Gráfico 6: Los mundos de la cosmología Matsigenka según Rosengren



Fuente: "Los Matsigenka", Dan Rosengren (2004)

Meshiarení o el mundo de arriba es el único mundo que conserva a los espíritus de los seres puros que viven en paz y los dioses creadores. Muchos creen que el río que está en este mundo posee aguas que otorgan la eterna juventud pues una vez que te has bañado la piel se pela dando una piel nueva que jamás envejece muy similar a la de un niño. También se piensa que los espíritus de los seres que han siempre obrado el bien tienen posibilidad de llegar a este mundo, pero es una tarea bastante difícil de lograr pues teniendo acciones

buenas vas a inkite o mundo del aire, sólo si has sido un espíritu excepcional puedes acceder a meshiareni.

Inkite o mundo del aire es un lugar misterioso pero sagrado donde van los espíritus que han hecho sólo bien en la tierra, la traducción literal de este término es “cielo” y aquí se encuentra la vida eterna. Como consecuencia de sus buenas acciones es que las almas habitan en este mundo donde la tierra es fértil, los frutos abundantes. Por lo tanto, se vive una vida donde no hay necesidades y no existe el sufrimiento, sino que todos se encuentran disfrutando y viviendo en celebración mientras toman masato. Aquí se vive sólo en alegría y se basa en el trabajo, el equilibrio aquí es perfecto, por ello este es el mundo ideal al que pueden acceder los Matsigenka si obran el bien. Aquí no existe la oscuridad por lo que se asocia al sol como iluminador de este mundo.

Kipatsi o mundo de la tierra es donde todos habitamos en convivencia con el medio ambiente y los otros espíritus. Para los Matsigenka es sumamente importante que se viva en un mundo equilibrado con relaciones de convivencia positivas para procurar la continuidad tanto del medio ambiente como de nosotros mismos. En este mundo es donde uno decide si hace el bien o el mal que luego tendrá repercusiones en la reencarnación. El bien, que da relaciones de equilibrio, se refleja en ciertas actitudes como el compartir y el respeto, así si por ejemplo una persona caza un animal, sólo debe cazar la cantidad que necesita para alimentarse ella o los suyos, sin desperdiciar; asimismo, debe compartir la carne con sus familiares y no ser egoísta. El egoísmo de una de las cualidades asociadas a personas malas que van a kamavenia.

Kamavenia o mundo de abajo es el nivel más bajo y sólo van a él las personas que en la tierra han esparcido maldad. Aquí los espíritus de los seres viven en tierra infértil que hace que escaseen los alimentos y que causen sufrimiento en las personas que viven en él. Además, es un mundo basado en la ociosidad, una de las características que más temen los Matsigenkas que tengan sus familiares e inclusive se verá cómo las embarazadas evitan la ociosidad que provoca el sueño propio de la gestación. La enfermedad tiene su origen en este mundo y son los espíritus malos que lo habitan quienes pueden traerla consigo al mundo de la tierra. Por ello, se procura evitar acciones malas porque también estas traen consigo la enfermedad, así que los esfuerzos deben estar puestos en el cuidado del alma.

Al igual que la explicación de Rosengren (2004), las personas de la comunidad no ven a estos mundos como ríos pues muchos otros investigadores hablan de “ríos” en vez de “mundos” y se dice que las personas viven en los ríos o al pie de ellos. Para la comunidad, cada mundo posee un río que lo acompaña pues el medio para llegar a ellos es justamente el fluvial. Aquí los ríos tienen una función más de conexión entre los mundos y sus aguas van cambiando en cada uno. Se tiene una imagen muy similar a la de una comunidad donde el río está a la orilla, pero las personas viven a un lado organizados ahora en casas. Esto quizás pueda deberse a que la movilidad que tenían antiguamente los Matsigenka que los obligaba a vivir en grupos familiares reducidos no se aplica aquí donde se practica el sedentarismo y la vida en comunidad.

En otras versiones de la cosmovisión se habla más bien de caminos que eran transitados por los Matsigenka durante su etapa de inmortalidad. Sin embargo, uno de los dioses creadores Tatsórens, el mismo que les había otorgado la inmortalidad, decidió volverlos mortales y ubicarlos en la tierra negándoles la entrada a cualquiera de los otros mundos. Se cree que estos caminos aún existen pero que permanecen ocultos y que nadie conoce su paradero. De esta manera, la muerte empezó a tener una connotación negativa pues antes se había experimentado la inmortalidad y ahora la muerte traía consigo la negación de otros mundos. Esta valoración negativa se puede también comprobar en la asociación que hay entre el kamavenia y la enfermedad, mientras que en el inkite los espíritus de los seres viven libres de esta.

Así, la enfermedad está inevitablemente ligada al sufrimiento de tal manera que cuando aparece una de estas, la otra también aparecerá. Podemos comprender esta noción retomando la idea de la caza de un animal, pues como mencionábamos, de hacerlo, debe consumirlo por completo, no se debe cazar más de lo que uno puede consumir junto con su familia. De desperdiciar la carne, el espíritu del ser que se ha cazado vuelve a hacerte mal o a algún miembro de tu familia o el mundo te castiga no dándote más en el futuro. Esto causaría enfermedad pues en el primer escenario el espíritu del animal volvería a enfermarte y en el segundo escenario la persona entraría en un estado de sufrimiento al no conseguir alimento y a la vez llegaría la enfermedad a atacarlo. Como consecuencia de ambos la persona podría llegar inclusive a morir.

Si bien ahora los Matsigenka son mortales, se cree en la reencarnación del espíritu de los seres en personas, animales, peces, etc. cada uno con una fuerza espiritual que tiene la capacidad de hacerle daño a los demás si lo decide. Esta idea se reforzó cuando se trató el tema de las enfermedades y se analizaron todos los mecanismos de protección ante el cutipado que es un estado en el que el bebé presenta fuertes llantos, fiebres y/o diarreas. Esto le sucede a un bebé básicamente por la interacción de los padres con ciertos animales que tienen espíritus muy fuertes, como el tigre; así, si un padre mata a un animal que nunca ha matado, este puede cutipar a su hijo o si come la carne de un animal que nunca ha comido, también puede tener el poder de cutiparlo. El cutipado es bastante serio pues se cree puede llevar a la muerte si no se logra tratarlo.

El mundo se percibía antes como un mundo exclusivamente Matsigenka en el que las categorías aplicaban solamente para ellos pues la interacción con los colonos fue mínima durante mucho tiempo. Sin embargo, con la constante interacción con gente de fuera, muchas de las personas manifiestan que consideran que todos tenemos alma y somos todos espíritus que habitan ahora en este mundo pero que reencarnaremos e iremos moviéndonos en los mundos dependiendo de nuestras acciones aquí en la tierra. Nunca ha existido una visión determinante sobre dónde encajaban los colonos en el entendimiento del mundo, pero ahora resulta innegable para ellos que todos convivimos en la misma tierra y por ende tenemos todos alma y también con los colonos se debe aplicar la convivencia en equilibrio.

### 5.1.2. Los espíritus

Se ha podido determinar mediante los relatos que existe una distinción entre la noción de “espíritus de los seres” y “espíritus”, los primeros son mortales y se asocian a humanos, animales, etc. mientras que los segundos son inmortales y por lo tanto son percibidos como el equivalente a ángeles y demonios (palabras que ahora se usan en la comunidad para hacerles referencia). Los espíritus que existen son los “saangarite” y los “kamagari”, los primeros son espíritus buenos asociados a la sanación y el equilibrio, mientras que los segundos son los espíritus malos asociados a la enfermedad y el sufrimiento. Finalmente, los kamagari son asociados al caos y cuando hay episodios de desequilibrio en la comunidad es porque alguien ha obrado alguna maldad causando que los kamagari sean atraídos.

Los saangarite son espíritus invisibles que fueron creados al mismo tiempo que los humanos, su inmortalidad les permite navegar por los mundos y tienen poderes para prevenir y curar enfermedades. Cuando buscas la curación de un chamán, él recibe el poder de los saangarite, son los únicos que mantienen una amistad con estos espíritus y a través de ellos es que tienen la capacidad de ayudar a los enfermos. Esta relación se nutre a través del celibato -pues los saangarite son seres asexuales- y del uso del ivenkiki o el tabaco para atraerlos por parte del chamán (Rosengren 2004). Los saangarite también son espíritus protectores de las personas o de los animales así que se procura el respeto a ellos a través del respeto a las otras personas y los animales.



Los kamagari se originan en el mundo de abajo y están asociados a la enfermedad pues son los que la llevan al mundo de la tierra junto con la muerte. A comparación de los saangarite, los kamagari se caracterizan por su mal olor y están asociados a la sexualidad. Según Rosengren, existen varias clases de kamagari que pueden atacar a los espíritus de los seres: los que tienen el poder de ahogar a las personas, los de capturarlas por las noches o los de enfermarlas con la viruela, la enfermedad a la que antiguamente se tenía más miedo en las comunidades Matsigenka. La historia de la viruela se presenta y desarrolla brevemente en el siguiente capítulo.

### 5.1.3. Noción de persona

Finalmente, cuando hablamos de noción de persona se reconoce la distinción de alma y cuerpo. El alma es el espíritu de los seres que tiene la capacidad de separarse del cuerpo pues el cuerpo es sólo una vestimenta que se utiliza en el tipo de ser que le toca a uno en la reencarnación. Como el alma puede separarse del cuerpo, se tiene mucho cuidado en evitar estas situaciones porque puede llevar a que las almas vaguen por la tierra sin lograr volver a sus cuerpos. Esto también se ve reflejado en los relatos del susto que se cree es una enfermedad causada por el sobresalto de alguna experiencia nueva en un bebé o niño pequeño que lo lleva a perder el alma. La curación de este padecer es a través de la convocación del alma para que retorne al cuerpo de lo contrario el cuerpo moriría.

La persona necesita no sólo mantener consigo su alma sino mantener actitudes positivas que le puedan permitir la entrada al mundo del aire o inkite. Por ello, se asocian diversas características y prácticas que hacen que una persona sea buena. Entre ellas encontramos el trabajo que es lo opuesto a la ociosidad, las personas deben ser fuertes y procurar el trabajo para conseguir sus alimentos y mantenerse felices; generosidad pues la persona debe siempre compartir con su familia y su comunidad como modo de agradecimiento a la tierra por lo que le ofrece; y, el respeto a todos los demás espíritus de los seres que cohabitan con él en la tierra y también el respeto a sus protectores los saangarite. Estas principales características pueden definir a lo que se aspira sea una persona.

## 5.2. Concepción de cuidado

*“Me daba vergüenza preguntar, yo pensaba que me iban a decir «¿para eso has tenido hijos?»” (mamá, 26 años)*

El cuidado de niños en la primera infancia en Palotoa Teparo es una experiencia totalmente femenina, tanto los varones como las mujeres reconocen que es la madre quien tiene la responsabilidad sobre los niños recién nacidos y las únicas capacitadas para la toma de decisiones que afecten el normal crecimiento del bebé. Esto se debe principalmente a que, para muchas de las madres, los varones pasan la mayor parte del tiempo fuera de la casa trabajando la tierra o buscando alimentos y desconocen las necesidades de un niño pequeño. Por ello, es la madre, la abuela, la hermana mayor o cualquier otro

papel femenino que está presente en la vida cotidiana del niño quien asumirá un papel mucho más importante en su primera etapa de vida.

Además, la primera infancia está ligada a la época de lactancia puesto que, al menos los seis primeros meses, el niño tiene una conexión de necesidad alimenticia con su madre que va disminuyendo y desapareciendo conforme va creciendo y llega a los dos años. De esta necesidad y la idea de que sólo las mujeres saben cuidar a los niños es que se comprende que la circulación infantil en la comunidad durante la primera infancia va de una mujer a otra mujer, puesto que, si una mujer es incapaz de hacerse cargo de su bebé o no desea hacerlo, se lo dará a otra mujer para que lo haga, no elegiría a un hombre. Los testimonios recogidos muestran que los niños que no viven con sus madres viven con otras mujeres que cumplen las responsabilidades directas de este rol sin necesidad de ser llamadas ni reconocidas como sus madres.

Considerando que a nivel comunal no se trata de sustituir a la madre, pero sí de cumplir las responsabilidades que esta tiene y no dejar un vacío en el crecimiento del niño es que no se habla de “adopción”, sino de circulación de miembros que reconfiguran las familias. Muchos niños en la comunidad no eran realmente hijos de las parejas que los cuidaban, sino que fueron dejados a su cargo y cumplieron el papel que les correspondía ante este hecho. De la misma manera, los nuevos niños no se convierten directamente en “hijos”, sino que, si bien son tratados y cuidados como hijos por la demanda de tiempo que requieren, son miembros más de la familia que conocen su procedencia y su historia particular: no son hijos, pero tampoco son extraños, *son familia*.

Como hemos mencionado, en caso una familia no tuviera a una mujer dentro de su composición, no sería la primera opción para elegir cuidar a un niño pequeño porque el varón no sabría cómo hacerlo, la única opción que este tendría es aprender cómo cuidarlo pidiéndole ayuda a una mujer o finalmente dándoselo a esta. Esto no quiere decir que los varones están incapacitados para cuidar niños en general puesto que existen casos en la comunidad donde papás se han quedado solos con sus hijos o varones se han hecho cargo de niños, pero esto sucede cuando los niños son un poco más grandes y suelen estar en los primeros años de escuela. Sin embargo, cuando se habla de niños de 0 a 3 años la demanda de cuidados es tan alta que requiere de una mujer para hacerse cargo o de un sistema de mujeres que colabora para hacerse cargo del niño.

Los relatos de las mujeres con las que se trabajó dieron a conocer el poco conocimiento que se tiene sobre los cuidados de niños cuando se es madre primeriza. Todas coincidían que conocían muy poco sobre el embarazo porque es un proceso bastante privado y si bien vieron a sus madres u otras mujeres embarazadas y criando niños mientras ellas mismas crecían, no sabían mucho sobre lo que hacían o los motivos detrás de las decisiones que tomaban. Esto se debe mucho a que la experiencia de ser madre y cuidadora de un niño es una relación que se da sólo entre los involucrados; de esta manera, la madre no recibe consejos de crianza o de cuidados de nadie a menos que los pida o que sea su propia madre quien desee ayudarle, existe un gran respeto hacia la vida y privacidad de los demás.

De esta manera, entre el tiempo en que las mujeres confirman que están embarazadas y el parto, el conocimiento sobre el cuidado de niños no aumenta en gran medida. Varios de los testimonios recogidos coinciden en que la vergüenza juega un papel fundamental en el proceso de adquisición de conocimientos puesto que durante el embarazo se evitan las preguntas sobre cómo cuidar al niño una vez que nazca. Las jóvenes madres ven al cuidado como una experiencia que crece con la práctica y la ayuda de sus propias madres. Muchas de ellas reconocen que esto se debe a las propias características de su personalidad y la edad en la que se encontraban cuando quedaron embarazadas por primera vez pues todas eran adolescentes cuando sucedió.



Foto 21: Madres cargando a sus hijos mientras pasean

Fuente: Archivo personal



Foto 22: Madre e hijo yendo a la casa

Fuente: Archivo personal

La vergüenza y el miedo al reproche que surge propio de la edad y como consecuencia de saber que ninguno de los embarazos fue realmente planificado llevó a que las jóvenes que tenían a sus propias madres cerca encontraran en ellas el apoyo que necesitaban. Todas las madres reconocieron que fueron sus propias madres quienes les enseñaron casi la totalidad de lo que saben y cuando recibían consejos de otras personas tanto de la comunidad, la posta o de otras localidades, los consultaban con ellas primero antes de decidir. Poco a poco este proceso participativo de las abuelas lleva a que la mujer se siente cada vez más capacitada para tomar las decisiones sobre su primer bebé sin ayuda de sus madres, pero ven en ellas siempre un referente al cual volver cuando necesitan consejo.

Se pudo comprobar que mientras más joven era la madre al momento de embarazarse, mayor era la participación de su propia madre en el proceso de crianza del niño puesto que se reconoce que ella misma como persona aún no

ha terminado de aprender muchas de labores que requerirá hacer una vez que nazca el bebé. Además, la participación de las abuelas aumentaba aún más en el caso de que la joven fuera soltera pues muchas veces se mudaban con sus padres para tener una red de apoyo. Cabe resaltar que la soltería no es un escenario muy frecuente, pero forma parte de la realidad de algunas mujeres. Una vez que las jóvenes han logrado aprender con el primer hijo, ya tienen la capacidad de llevar la crianza de los subsiguientes bebés sin ayuda directa de otros familiares ni de sus madres.

Existe una gran valoración comunal positiva hacia el trabajo de la madre y se tiene mucha preocupación por los niños y su correcto crecimiento. Cuando se trabajó con las madres el aspecto valorativo del cuidado de niños, todas coincidieron que hacerse cargo de los bebés, suyos o ajenos, involucra varias dimensiones que son el cariño, hacer que los bebés se sientan amados y parte de una familia con una relación especial con su madre; alimentarlos, para que eviten enfermedades y sean personas fuertes; protegerlos, a nivel físico y espiritual para que tenga buena salud y no mueran; y, no engreírlos demasiado, para que sean personas independientes y no sean ociosos ni tengan malos hábitos sino que puedan trabajar y formar sus propias familias un día.

Finalmente, es necesario mencionar que el mantenimiento del estado de bienestar de los niños es sumamente importante para las madres y es la base de los mecanismos de cuidado que utilizan y de todas las prohibiciones y métodos de protección que aplican para que los niños se mantengan sanos. De esta manera, todo el capítulo que presento forma parte de un conglomerado de

acciones aplicadas por las madres para procurar la salud de sus hijos y evitar a toda costa la enfermedad, esto va desde acciones como la alimentación en el embarazo y durante los 3 primeros años, las decisiones que se toman inmediatamente después del parto, la inscripción de los recién nacidos para obtener el DNI y acceder a atenciones médicas, entre muchos otros que se desarrollarán.

### 5.3. Embarazo o ananeki

*“Me dijeron los doctores que si no iba a las consultas de repente mi hijo iba a estar enfermo, quizás iba a nacer muy chiquitito por eso es que decidí ir” (mamá, 38 años)*

El embarazo es una etapa en la vida de las mujeres que está ligada a la adolescencia, las mujeres se inician en la tarea de ser madres a muy temprana edad y sin ninguna planificación previa. Según los testimonios recogidos de las familias con las que se trabajó, las madres salieron embarazadas entre los 15 y 16 años, mientras que sus parejas tenían en promedio 20 años. Los contextos en que las mujeres de la comunidad quedaron embarazadas fueron muchas veces similares y se reducían a tres posibles escenarios: 1) se encontraban estudiando la secundaria en alguna otra comunidad, dentro o fuera de la zona de Manu; 2) se encontraban viviendo con sus padres en la comunidad y ayudándoles con las tareas diarias; o, 3) se encontraban conviviendo con sus parejas pues ya tenían una relación formal.



En dichos contextos, los embarazos no tenían una planificación previa, sin importar si la madre convivía con el padre del bebé. Muchos de los testimonios recogidos demuestran que, si las madres volvieran a vivir la adolescencia nuevamente, habrían elegido ser más cuidadosas y habrían intentado recurrir a la planificación familiar. En ninguno de los momentos en los que quedaron embarazadas por primera vez, el embarazo era un deseo que se tenía o algo que se estaba buscando. Inclusive una madre muestra que sentía mucha tristeza porque sería madre soltera y no pensaba iba a poder con toda la tarea. Sin embargo, con los subsiguientes hijos no hay este sentimiento de pena hacia cómo las circunstancias se fueron presentando, sino que el embarazo se convierte en una parte normal de la vida familiar y es aceptado con naturalidad.

En cuanto a la planificación familiar, este es un factor que para muchas de ellas llega muy tarde porque en la adolescencia no están pensando en estos temas sino cuando van creciendo y se ven inmersas en un contexto en el que ya no desean tener más hijos. Los métodos anticonceptivos naturales no han sido muy desarrollados en la comunidad y se desconoce su efectividad, pero se sigue recurriendo a la sangre de grado para evitar los embarazos. La posta, por su parte, pone a disposición gratuita inyecciones, píldoras e implantes; sin embargo, la valoración negativa que tienen las madres hacia estos hace que no deseen recurrir a ellos. Muchas de ellas evidencian que las hacían sentir mal anímicamente, las hacían subir de peso y, en el caso de las píldoras, sólo recordaban tomarlas los primeros días.

Considerando que en general el contacto de los comuneros con la posta no es muy frecuente, el 80% de las madres reconocieron su embarazo por los síntomas que presentaban, pero no verificaron con pruebas de embarazos desechables que provee la posta. Sólo una mamá evidenció haberse tomado prueba de embarazo porque en ese momento vivía en Palotoa Llactapampa y tenía la posta a disposición, además que lo hizo solamente porque le decían que debía hacerlo, pero ella ya sabía que estaba gestando. La mayoría de las madres logró darse cuando de su embarazo alrededor de los 2 a 3 meses de gestación pues el primer signo evidente era la desaparición de la menstruación y tenían episodios de cansancio físico durante la primera etapa.

Las pruebas de embarazo desechables no son una novedad en la comunidad, son realizadas hace varios años, pero la desinformación también es un aspecto importante porque muchas de las madres desconocían la funcionalidad de la prueba pues no comprendían cómo era posible saberlo después de orinar en un "plástico", lo que creaba en ellas un miedo que las convencía a no hacerse el examen. Además, como bien expresan algunas, ni sus madres ni sus abuelas los habían tomado así que no entendían por qué tenían que hacerlas ellas. Sin embargo, muchas madres lograron hacerse estas pruebas cuando iban los médicos de la posta de Salvación en el contexto de las campañas médicas donde visitaban las comunidades de la zona y les ayudó a quitarles el miedo que sentían.

Cuando no hay disponibilidad de dichas pruebas o las madres deciden no querer tomarlas, el cálculo del tiempo del embarazo se da a partir de la fecha

que se recuerda se pudo haber tenido relaciones sexuales, de los síntomas que presenta la mujer y el tiempo que estos han venido presentándose. Así, a parte de la ausencia de menstruación, está la presencia de abundante sueño y cansancio físico; antojos de ciertos alimentos y asco hacia muchos otros; y, la falta de apetito durante la etapa inicial. Todos estos síntomas tienen una valoración muy importante para las madres que se refleja tanto en ciertos mecanismos adoptados durante el embarazo para combatirlos o en consecuencias que vieron reflejadas en sus vidas y especialmente en las de sus bebés.

En la etapa inicial del embarazo las futuras madres sólo tienen un poco de conocimientos sobre lo que será el resto de los meses por la propia experiencia con sus madres pues muchas las han visto embarazadas o porque han visto a otras mujeres estarlo. Aquí, al igual que al hablar sobre los cuidados del bebé, se ve mucho miedo de las jóvenes por preguntar sobre lo que les pasará o lo que les espera. Sin embargo, conforme va pasando el tiempo la confianza con sus madres va creciendo y estas les dan más consejos para manejar mejor sus embarazos y para cuidarse tanto ellas como al bebé. Sólo una mamá reconoció haber recibido consejos de los doctores de la posta y de la partera de la comunidad. Mientras que las demás sólo lo reconocieron cuando hablaron sobre sus experiencias en los controles prenatales.

También negaron todas el haberse enfermado durante la etapa del embarazo, solamente una madre hizo referencia a un episodio donde pensó estaba enferma porque sentía dolor esporádico en el abdomen y después de

visitar la posta comprobó que solamente eran los movimientos del bebé. Sin embargo, la data recogida de la posta demuestra que muchas madres sufrían de anemia por la poca ingesta de comida que tenían sobre todo de proteínas pues muchas no querían comer más que golosinas o frutas propio de los antojos. Se trabajó para mejorar su hemoglobina recomendándoles a muchas la ingesta de sulfato ferroso, pero no hubo tampoco una continuidad en el tratamiento para comprobar cómo seguía la mamá. Los motivos de esto fueron especialmente porque las mamás no volvían a sus futuros controles.

#### 5.3.1. Cuidados en el embarazo

*“En el embarazo se está formando el bebito, tú tienes que cuidarte, comer bastante, es más preferible que comas 3 veces al día tu refrigerio, que comas bien, almuerzo, desayuno, cena, tiene que comer dos platos, me dijeron los doctores, dos platos en cada comida” (mamá, 38 años)*

A las madres se les recomienda no hacer esfuerzo, esta idea viene sobre todo desde la interacción que han tenido con la posta donde los médicos les recomiendan no cargar peso ni hacer actividades que requieren muchos esfuerzos para evitar pérdidas del bebé. Solo una mujer manifestó que su propia madre le dijo un par de veces que no cargue mucho peso porque de repente podía resbalarse, golpearse y podría abortar al bebé. Pero aquí el motivo de la pérdida sería el resbalón más no el esfuerzo pues el esfuerzo físico no es algo negativo. Aun con la recomendación, la mayoría de las mamás no hicieron caso

y trabajaron e hicieron sus labores normales, aunque tuvieron cuidado de no sobre esforzarse sino utilizar toda la energía que sí tenían disponible.

Una madre dijo haber hecho actividades de fuerza hasta que tuvo 7 meses de embarazo. Después de los 7 meses empezó a sentirse cansada y es muy común que las mujeres a los 7 u 8 meses dejen sus actividades regulares y pasen a una época en la que se dedican mucho a las caminatas pues se cree que cuando las mujeres caminan en la última etapa del embarazo pueden dar a luz más fácilmente. El salir a caminar fue una recomendación recurrente entre las madres porque así evitan estar sufriendo y para que todo vaya con normalidad en el parto. Alguna manifestó que desde los 8 meses se iba al monte acompañada de su marido y este viaje lo hacían caminando durante todo un día. Repetía lo mismo cada 3 días para ayudarse a estar fuerte para dar a luz.

Solamente una mamá confirmó que respetó lo más que pudo esta prohibición porque tenía miedo de que se enfermara si no hacía caso. Pero la mayoría pensaba que si iban a la chacra a trabajar no solo colaboraban con las actividades familiares, sino que también les permitía evitar dormirse. Durante el embarazo algunos dicen que las mujeres no se deben dormir demasiado porque a veces ellas mismas debilitan sus cuerpos al dormir todo el día y les decían que si dormían se volverían pálidas que para ellas es cuando la cara está blanca, como cuando uno se enferma. Entonces, debido a esto hacían otras cosas para no dormir: se iban a caminar, trabajaban en la chacra, paseaban con sus hijos en el monte o a veces se iba a sacar setiko para hacer bolsitas como carteras.

Una mamá recuerda que cuando estaba embarazada de uno de sus hijos participó de la faena que programaron en la escuela estando con 9 meses de embarazo. Para ella, la actividad de la faena fue una ayuda para incentivarla al parto porque a la tarde empezó con los dolores. Como mencionaba, el trabajo es una de las cosas mejor vistas en la comunidad, para ellos no sólo forma a las personas en cuanto a su capacidad de comprometerse y mantener la disciplina, sino que también es bueno para sus cuerpos. A pesar de que para muchos el trabajo físico en el embarazo es riesgoso y se prefiere mantener a las madres en descansos y licencias, para las madres de la comunidad esta experiencia era totalmente diferente e inclusive sentían era beneficioso para el bebé porque tendrían partos más fáciles para ellos.

En cuanto a la alimentación que se mantiene durante el embarazo, todos los esfuerzos son para cuidar al bebé pues este debe mantenerse nutrido durante su crecimiento. Las madres no pueden consumir sal, condimentos ni comer carnes rojas. Dicen que las carnes rojas son malas porque a veces les puede dar alguna enfermedad. Algunas mamás han visto a otras consumir carne y han visto que sufren de malestares, les duele el cuerpo, se quejan de que no se sienten bien y es porque no se dietan como debería de ser. En general se les trata de hacer consumir pescado, huevo, gallina, yuca, masato fresco y caldos como de carachama o gallina. Como una mamá mencionaba, el médico le recomendó comer dos platos en cada comida, pero sólo lo cumplía si es que tenía ganas de comer, de lo contrario, no se obligaba.

Al inicio del embarazo muchas de ellas tuvieron los mismos problemas porque sentían mucho asco hacia varios alimentos como las menestras, el arroz, etc. El listado era bastante subjetivo, pero en común, todas las madres deseaban comer solamente alimentos que no les ayudaba a alimentar por completo a sus bebés como las golosinas. Una mamá recuerda haber comido durante todo el embarazo mucho plátano, casi toda su dieta diaria era a base de esta fruta. Cuando dio a luz, su hijo tuvo problemas de peso y fue la misma madre que recomendaron evacuar a Cusco para incubar a su bebé para que pueda crecer los primeros meses con ayuda médica. Ella piensa que todo esto fue consecuencia de haber comido prácticamente solo plátano durante su embarazo sin combinar con alimentos que tuvieran otras propiedades.

Todas las mujeres continúan consumiendo masato u owiroki durante el embarazo, el masato es símbolo de alegría en la comunidad porque se prepara para celebrar y para compartir momentos en familia y como comunidad. Sin embargo, durante el embarazo se toma solo masato fresco, que es el masato recién preparado que aún no ha pasado por todo el proceso de fermentación y que no emborracha, sino que es bastante dulce. En la sección de alimentación veremos cómo el masato es utilizado también por algunas mamás como un recurso para aumentar la leche materna. El masato, a pesar de ser considerada una bebida alcohólica que surge de la fermentación de la yuca, no tiene consecuencias negativas en el bebé siempre que se consuma fresco. Incluso los niños una vez que cumplen el año empiezan a consumir masato fresco.



Foto 23: Yuca antes y después de ser hervida para masato u owiroki

Fuente: Archivo personal

No existe, a comparación con otras comunidades y de otras tradiciones, una idea de que la mujer embarazada puede ser peligrosa para ciertos espacios de la comunidad como los cultivos, pero tampoco se piensa lo contrario. Sin embargo, resultó curioso que una de las madres sí haya pensado en esta idea y que, considerando tiene 9 hijos, haya experimentado asistiendo más de lo normal a su chacra para sembrar y cosechar alimentos. Para ella, cuando iba embarazada a la chacra lograba cosechar cualquier fruta o verdura, desde allí es que piensa que cuando una mujer está gestando, va a haber más fruta. Esto se debe a que piensa que ella está dando un fruto que es su bebé, por eso es que logra unirse más a la naturaleza y esto hace que también sus chacras tengan más frutos.



Los controles prenatales, como se trataron en el capítulo anterior, son ahora una atención obligatoria, algunas mamás confirmaron que no asistieron a los controles o lo hicieron muy poco cuando salieron embarazadas de sus hijos mayores, esto era porque sabían que a otras mamás las reñían en los controles. Otras dicen que asistieron esporádicamente a los controles prenatales porque les habían dicho que son para que el niño nazca y crezca bien, sano y fuerte; entonces, preferían prevenir yendo algunas veces. Sin embargo, las que nunca fueron piensan que no es tan necesario porque sus hijos salieron sanos y crecieron bien. Aquí la experiencia de otras mamás y la de ellas mismas es bien importante porque cada una toma una decisión diferente en base a la experiencia que han tenido en los servicios de salud.

Otro miedo que sentían era porque en los controles les palpaban el abdomen para ver la posición del bebé y eso les causaba incomodidad porque no están acostumbradas a ser tocadas por otras personas. La privacidad, como vimos anteriormente, es un tema bastante delicado para las mamás y ellas necesitan muchas veces que les pidan permiso antes de tocarlas o que se les explique por qué necesitan hacerlo. Alguna confirmó que con un par de sus hijos no fue por este miedo pero que cuando finalmente logró ir el miedo se le fue pasando y se fue acostumbrando. Otras demostraron que los motivos por los que asistieron eran porque los médicos las asustaron diciendo que si no iban quizás sus hijos podían enfermar y morir porque podían nacer pequeños.

Además de los mecanismos que hay para mantener sano al bebé, muchas aceptan que los controles prenatales son un complemento porque les

han ayudado en el tema alimenticio. Al detectarles anemia a alguna de ellas, se han dado cuenta que el bebé no estaba bien alimentado y esto hace que no crezca sano durante el embarazo así que modificaron su alimentación. Por eso, a algunas les hicieron tamizaje y cuando su hemoglobina estaba baja, recuerdan haber recibido y tomado sulfato ferroso. Alguna que otra reconoce que no habrían tomado la medicina si no habría sido porque cuando estás embarazada el cuidado va más allá del propio cuerpo y se basa en el cuidado del niño que va a nacer. Así, si los médicos garantizan que eso ayudará a que el bebé esté más sano y evitar problemas futuros, ellas lo toman y siguen las recomendaciones.

Finalmente, otro mecanismo familiar para mantener sanos, tanto a la mamá como al bebé, es bañar a la gestante en agua tibia pues se cree que el agua tibia ayuda a que el cuerpo se mantenga fuerte, por el contrario, el agua fría puede tener efectos negativos en el futuro como el dolor del cuerpo o hasta enfermedades que atacan el cuerpo físico. Este recurso no se utiliza sólo en el embarazo, sino que es mucho más amplio y con el fin general de evitar el dolor corporal, se realiza también en el parto y en las muertes de las personas. En el caso del embarazo, estos baños se realizan esporádicamente, pero es una costumbre antigua que no todas las madres siguen. Ninguna de las madres jóvenes manifestó haber recurrido a este recurso, pero las mayores sí los utilizaron por consejo de sus propias madres.

#### 5.4. Parto o mechtogantsi

*“Quería levantarme, estaba cogiendo fuerzas para levantarme para dar a luz en cuclillas, me han agarrado, «no, tienes que echarte» me han dicho, «pero si ya no puedo» le he dicho”. (mamá, 38 años)*

El parto -que las madres llaman en la comunidad “enfermarse” pues est asociado un gran dolor- simboliza hoy en día un proceso de toma de decisión pues desde los controles prenatales vienen siendo aconsejadas por el personal de salud para que opten por el parto institucional pues reduce las posibilidades de complicaciones en el nacimiento de bebés. No obstante, la experiencia de las madres es un factor muy importante en su decisión pues si bien buscan cuidar a sus hijos, el parto puede ser uno de los momentos más difíciles para ellas y por ello prefieren lugares en los que se sientan atendidas, cómodas y donde se respete su privacidad. En esta sección abordaremos las experiencias y cuidados tanto de la madre como del recién nacido dependiendo del tipo de parto que se elija.

Como primer paso, considero importante mencionar que de las cinco familias con las que se trabajó tres madres dieron a luz en la posta de Salvación, lo cual podría evidenciar que hay una cierta preferencia por el parto institucional. Sin embargo, el cálculo correcto en este caso es a partir del número total de hijos que se tuvo y cuántos de estos partos fueron domiciliarios o institucionales, dando como resultado que las madres tuvieran una evidente preferencia por los partos domiciliarios. Dos de las mamás, cuando tuvieron que elegir dónde dar a luz, nunca pensaron en ir a la posta, simplemente no estaba en sus opciones

porque reconocen que es un gasto extra que no quieren asumir. Además, prefirieron su casa porque les daba vergüenza que los doctores les hagan algo que les cause dolor o sufrir más de lo necesario.

Tabla 12: Cantidad de partos domiciliarios e institucionales de las informantes

Total de partos	Partos institucionales	Partos domiciliarios
25	3	22

Fuente: Elaboración personal

#### 5.4.1. Parto institucional

*“¿Tantos hijos vas a tener? Pareces animalito, ni que fueras perrito, chancho para que estés pariendo a cada rato” (madre, 43 años)*

La decisión de las mamás de tener parto institucional fue básicamente por miedo, una relata que le dijeron en uno de sus controles prenatales en Llactapampa *“tú ya estás cansada, tu útero de repente va... te vas a enfermar, no se sabe si vas a vivir”* (ma , 38 años). Eso ha hecho que se asuste y que acepte ir por primera vez a la posta, hecho del que ahora se arrepiente. Pero no es la única que recibió consejos así por parte de los médicos quienes tratan de explicarles los beneficios del parto institucional pues consideran que las condiciones sanitarias son mejores para los niños y las mamás, pero la experiencia es totalmente distinta y por esto muchas dudan si ir a la posta cuando van a dar a luz o no avisarles cuando inician con el trabajo de parto.

El itinerario que se sigue para dar a luz en la posta es bastante inseguro por la distancia, la ruta que se sigue y porque la posta más cercana a ellos no tiene el equipamiento necesario. De esta manera, las madres deben dar a luz en Salvación que está a más o menos unas 3 horas de distancia, pero hay varios factores que pueden aumentar el tiempo de viaje como la disponibilidad de transporte para ir a Salvación. Una madre relata que cuando el dolor empezó, evacuó rápidamente a Salvación y no lo hizo antes a pesar de tener un cálculo de cuándo daría a luz porque en la posta no hay dónde quedarse hasta el parto, no hay “Casas de Espera Materna” como en otras localidades. En caso una madre vaya antes a empezar el trabajo de parto, tendría que correr con todos los gastos que involucra.

Muchos son los motivos detrás de la preferencia del parto domiciliario por sobre el institucional, entre ellos está también las riñas que reciben de parte de ciertos agentes de salud de la posta quienes las tratan mal por el número de hijos que tienen o porque no hacen todo lo que ellos les han dicho. En más de una oportunidad han reñido a las mamás por sus constantes partos pues consideran que harían mucho mejor en dejar de embarazarse. Algunas responden a los comentarios, como en una oportunidad una madre se defendió diciendo que ella sólo estaba ahí para atenderla y no para juzgarla, lo cual no dio por terminado el asunto, sino que el agente de salud se sintió ofendido por la respuesta. Sin embargo, la mayoría de gestantes se quedan calladas y no responden por temor, pero guardar dentro cierto rencor hacia los malos tratos que reciben.

Cuando se da a luz en la posta, las revisiones de dilatación son constantes e incómodas para las madres primero porque son frecuentes y no están acostumbradas a que nadie les mire la vagina en la comunidad y porque el doctor o doctora debe insertar sus dedos para medir la dilatación que es bastante doloroso para ellas pues afirman que los médicos usan guantes que aumentan el dolor porque no están lubricados. Esto es algo nuevo para ellas, muchas madres afirman que cuando viven esta experiencia deciden nunca más regresar pues en sus casas nadie las miraría ni tocaría, inclusive la partera sólo mira cuando la mamá ya no puede contener más al bebé y sólo desea pujar para que salga, allí corrobora si realmente la cabeza ya está visible y es signo de que el bebé ya está listo para salir.

El tema del dolor es bien importante porque en la posta nunca les ofrecen algo para calmarlo, según las madres que dieron a luz allí nunca les pusieron inyección ni les dieron algún medicamento para el dolor, tampoco se les pidió que lleven ivenkiki (nombre en Matsigenka del piri piri) o grasa de raya que son los dos grandes recursos terapéuticos que se usan en la comunidad para ayudar a dar a luz y aliviar el dolor. Dos de las mamás llevaron grasa de raya para estar preparadas, pero lo tenían escondido y se lo echaron cuando no había nadie en la sala. Cuando los doctores se dieron cuenta les preguntaron qué era y ellas les explicaron, pero cuando otras mamás van a dar a luz nunca les preguntan ni les dan la opción de combinar ciertos conocimientos comunitarios a los esfuerzos de la posta.

Por otro lado, antes de dar a luz la mujer no puede elegir la posición en que lo hará, sino que debe ser echada en la camilla, lo cual mencionan las mamás es bien difícil porque la posición misma no te permite pujar con normalidad y porque están acostumbradas a dar a luz de cuclillas. Esto combinado a que dicen que siempre que han ido a dar a luz hay muchas personas en la sala pues la posta de Salvación tiene practicantes que van aprendiendo con las atenciones que se van realizando y los llevan también a los partos para que sepan mejor cómo atender a los pacientes. Una de las madres recuerda que en su parto hubo 6 personas entre doctores, practicantes y enfermeros lo que hizo que se sintiera aún más incómoda para dar a luz, además que todos la agarraban cuando no podía pujar.

Ante esto, ella sentía que no podía dar a luz así y cambió de parecer sobre la posición, intentó pararse para ponerse de cuclillas, pero entre todos no la dejaron pararse, había unos agarrándole de las manos, otros de las piernas y se sentía muy mal por toda la situación, pero lo pensaba "*así será pues*". Siente que esto influyó en el tiempo que demoró el parto pues en promedio las madres se demoran entre 1 a 3 horas para dar a luz en sus casas, pero cuando van a la posta todas dicen haberse demorado alrededor de 5 horas que es casi el doble de lo normal. Para una de las madres que sólo dio a luz una vez en la posta y el resto de los partos los tuvo en la comunidad, ese fue el parto más largo y doloroso de toda su vida por eso decidió nunca más volver.

Una vez que ha nacido el bebé, se siguen ciertas costumbres para protegerlos como el entierro de la placenta. Las madres piden la placenta y

después de explicarles por qué la necesitan, proceden a dársela. El entierro de la placenta es uno de los primeros mecanismos de cuidado del niño porque en caso no se haga, el bebé llora mucho que es símbolo de enfermedad. Otras personas piensan que se entierra la placenta para que los bebés de grande sean personas buenas. La placenta antiguamente se ponía en una bolsa que se cubría con hojas de plátano, pero ahora no importa tanto el modo con tal de que esta sea enterrada. Se procura sobre todo que se entierre en un lugar al que los animales no puedan ir a comérsela, por eso se hacen huecos un poco profundos o se evita tirarlas al río.

Ligado a la placenta está el tema del corte del cordón umbilical, cualquiera puede realizar el corte hoy en día, antiguamente se prefería fuera algún familiar o conocido de la familia que cumpliera las veces de padrino del bebé, pero esta tradición se fue perdiendo y no existe más en la comunidad. Según las costumbres de las mujeres de la comunidad, debe esperarse a que caiga la placenta para recién cortar el cordón, en la posta en cambio es diferente porque el cordón se corta automáticamente sin importar si la placenta ha caído o no. Esto se debe a que una vez que sale la placenta el cordón umbilical deja de latir y ha terminado prácticamente de circular sangre. Es sólo una medida para asegurarse de que el niño ya está listo para ser separado de su madre.

Una madre cuenta que cuando sacaron al bebé y cortaron el cordón rápido, ella tuvo que pujar para poder sacar la placenta, algo que normalmente no hacen en la comunidad pues demora sólo un par de minutos para que salga naturalmente. Aquí demoró más y además fue muy doloroso. En todas las



experiencias de las madres se ve una variable de dolor muy presente que rige en su decisión de volver o no volver a la posta, muchas se sobreponen a esto y deciden que es mejor retornar como es el caso de una mamá que siempre ha dado a luz en la posta. Pero en su mayoría, como el dolor está ligado a la enfermedad, al sufrimiento y en la posta se alarga en vez de acortarse, se prefiere no exponerse nuevamente a situaciones en las que sienten que ni ellas ni sus bebés están bien.

Según una de las mamás, en Salvación no te hacen nada una vez que ya has dado a luz, sellan el ombligo con un ganchito, limpian al bebé, lo cambian, lo envuelven en pañales y se lo entregan a la madre. Normalmente les recomiendan darles de lactar en ese momento pues forma parte de una iniciativa de la OMS que ha sido implementada en nuestro país donde las madres deben darles a sus hijos un inicio temprano en la lactancia para garantizar que sus niveles de estrés sean muy bajos pues se refuerza la conexión con la madre. Terminado este procedimiento es que muchas veces se pide la placenta para enterrarla y se descansa un poco en la posta. Normalmente al día siguiente del parto las madres son dadas de alta y enviadas de vuelta a su comunidad.

Otra mamá recuerda que al día siguiente de dar a luz le dijeron que debía salir a caminar para recuperarse y de paso comprar comida para que comiera algo. Ella nunca había dado a luz en la posta, pero no podía creer que no le dieran nada de comer pues aún estaba cansada y necesitaba comer para poder alimentar al bebé. Según la experiencia de otras madres, cuando el anterior director de la posta estaba aún en Salvación, él buscaba los medios para darles

de comer o invitarles un poco de caldo de gallina para que se repusieran. Pero ahora no está él trabajando allí o no siempre estaba él en la posta cuando ellas daban a luz, en esa oportunidad no estaba y la madre, experimentando por primera vez el dar a luz en la posta pensó que no volvería más porque al menos en su casa sí la atienden y le ayudan.

El paso final antes de irse a sus casas es la vacunación de los bebés, esto -como se trató en el capítulo anterior- se lleva a cabo siempre, todos los bebés son vacunados porque las madres consideran que es un modo de protegerlos de enfermedades porque saben que las enfermedades pueden matar rápido a los bebés. Sin embargo, no se realizan más cosas de protección de la salud del bebé hasta que retornan a sus comunidades. Solamente tienen mucho cuidado en el camino de regreso porque como está aún pequeño puede darle mal viento pues justamente una prohibición en la comunidad es la de sacar a los bebés antes de que se le caiga el ombligo así que las madres tratan de envolverlos bien y protegerlos de esto y del susto pues aún el mundo de la tierra es algo nuevo para ellos.

#### 5.4.2. Parto domiciliario

*“A veces cuando no les bañan (al momento de nacer) muy malcriado pues, en nuestra creencia, muy malcriado” (mamá, 26 años)*

La mayoría de las madres dice haber dado a luz a los 9 meses; sin embargo, hay casos de mamás que han tenido inconvenientes sobre todo

porque realizaban muchas tareas de peso y han dado a luz antes. Una mamá dio a luz a los 7 meses, a grandes rasgos salió todo bien, pero el bebé no estaba aún tan grande en relación al peso que debía tener y sus uñas no estaban bien formadas. Se le cuidó bastante para que fuera creciendo y no tuvo mayores inconvenientes en el futuro. En cuanto a la posición, todos los partos domiciliarios se hacen de cuclillas pues se piensa que esa posición ayuda a que las mujeres den a luz más rápido y de manera natural. Nunca han registrado partos por cesárea en la comunidad, pero sí se han dado episodios con diferentes inconvenientes que serán desarrollados en los siguientes párrafos.

La duración del parto, como se mencionaba anteriormente, suele ser de 1 a 3 horas, solamente cuando hay problemas con el cordón umbilical o si la madre no tiene fuerzas puede extenderse a más horas, pero estos son casos que suceden muy rara vez. Algunas mamás no avisan cuando empiezan a dilatar, sino que esperan a cuando ya no pueden controlar más y tienen la necesidad de pujar para recién llamar a sus familiares o a la partera. Mientras van teniendo los dolores aprovechan en ir a caminar por la comunidad para que así el parto sea rápido y sin tantos dolores. Algunas dicen que les gusta ir al río a bañarse con agua fría o se van a la pileta que hay en sus casas, pero el río es mejor porque las obliga a caminar. El agua fría les ayuda a calmar los dolores del cuerpo un poco pero no es mucha la diferencia.

Para el parto existen diversas preparaciones, la mamá debe utilizar falda para que nadie pueda verla desnuda y por la comodidad que brindan, antiguamente se utilizaban faldas de cushma hechas con algodón, pero esta

costumbre se ha perdido, de las cinco familias sólo una mencionó que utilizó cushma hace 20 años y en realidad se la prestó su madre porque sabía que iba a dar a luz. Según esta mamá, las mujeres ya no usan cushma porque se han olvidado de las costumbres antiguas y hoy en día no muchas saben tejerlas. Ahora se utiliza cualquier vestido que la mamá tenga o que se preste de alguna otra, algunas también deciden envolverse la quipirina a modo de falda. La quipirina es la tela con la que se carga al bebé para movilizarlo y está hecha también con algodón, pero se compra fuera de la comunidad.

Otra forma de preparar al bebé para que el parto sea lo más fácil posible es acomodándolo en el abdomen de la mamá. Este es un truco que aprendió la partera en una capacitación para parteras de la zona a la que asistió cuando era joven. De esta manera, la partera hace masajes en el abdomen de la mamá hasta que la cabeza se posiciona y el bebé está listo para salir más rápido. Cuando están preparándose para dar a luz prefieren que cualquier visita se vaya. Muchas de las mamás manifestaron que en varias oportunidades fueron entre 5 a 9 mamás diferentes a verlas dar a luz, pero les pidieron que se vayan o que si se quedaban que ayuden porque se necesita que traigan algunas cosas. Muchas de ellas se aburren de esperar y se van.

Hay dos situaciones que pueden suceder cuando las gestantes están en trabajo de parto: que los dolores sean muy fuertes o que el parto esté tomando mucho más tiempo del usual. Cuando los dolores son muy fuertes, se utiliza el ivenkiki que es un arbusto que tiene bastantes propiedades y se utiliza para una lista variada de situaciones. De esta manera, existen diferentes tipos de ivenkiki

que sirven para diferentes momentos como la protección de niños, para hacer maldad, para aliviar el dolor del parto, para tener una caza abundante, etc. Cuando el dolor es bastante fuerte, se le da a la gestante las pepas sacadas del arbusto para que las mastique directamente o bien se chancan en piedra y se hacen hervir en agua para que luego lo tome. Se suele utilizar la segunda preparación con más frecuencia en varios partos.

Cuando se ve que el parto está demorando, les echan grasa de raya en la espalda a la altura de la cadera o también se pone cuando empiezan los dolores para que todo vaya más rápido. Para obtener la grasa de raya se debe freír el hígado del pescado en una sartén, este botará toda su grasa que es la misma que se guarda en un frasco para tenerla lista para el parto. La partera tiene en su casa un frasco de grasa de raya para cuando alguna otra mujer en la comunidad necesite dar a luz. Normalmente se dice que, si se usa grasa de raya, ya no se necesita usar ivenkiki. Entonces, para algunas mujeres si tienen que elegir prefieren la grasa de raya pues algunas han hecho la comparación y la grasa funciona mejor pues les quitó el dolor y les ayudó a dar a luz más rápido.



Foto 24: Grasa de raya utilizada para dar a luz más rápido

Fuente: Archivo personal

También existen relatos de madres que utilizan la flema del árbol del quebracho, para esto, se saca la corteza del árbol, se prepara como mate y se saca la flema que queda en el hervido. Esto debe tomarlo la gestante para que le pase el dolor o también se lo ponen en la espalda y ayuda a que el bebé salga más rápido, luego le hacen caminar como en la posta. Sólo una mamá mencionó que ella no utilizó nada para el dolor ni para ayudarse a dar a luz más rápido, pero este caso es particular porque ella pensó que podía dar a luz sola; sin embargo, las mamás manifestaron que prefieren utilizar alguno de estos métodos para ayudarse. La decisión sobre cuál se utilizará se basa en la experiencia previa de las madres, relatos de otras madres o la disponibilidad del recurso terapéutico.

Antiguamente se creía que los hombres no podían estar presentes durante el parto, de esta manera no se les permitía entrar a la casa ni mirar desde afuera a la mamá ni a otra mujer dando a luz porque si lo hacían, su caza y pesca se verían afectadas al punto de no conseguir alimentos. Esto es porque tenían prohibido mirar la vagina de sus mujeres y tampoco podían tocar la sangre de la mamá proveniente del parto. Los hombres acataban esta prohibición porque no quería arriesgar su provisión de alimentos. Sin embargo, ahora los varones sí entran y son ellos los que ayudan más porque sostienen a la gestante por los brazos mientras ellas van pujando. Este es un rol muy importante porque ayuda a que las mamás no se caigan pues todas sus fuerzas están utilizándolas en pujar.

Una vez que el bebé ha nacido se procede con el corte del ombligo que puede hacerse con diferentes herramientas como son las plantas filudas como el timoshi y la paka o con el tallo de una flecha. Pero nunca se utilizan tijeras a comparación de la posta donde sí se utilizan. Antes de hacer el corte se amarra el ombligo del bebé con una hebra que ha sido hilada previamente por la mamá con algodón de la chacra o en algunos casos que ha sido regala de algún familiar o amigo de la familia. Muchas veces cuando las mamás están cerca al día del parto, se preparan y tienen listo en sus casas la paka o el timoshi y la hebra hilada para el ombligo. Ahora cualquiera corta el ombligo, pero antes se nombraba padrino o madrina del corte de ombligo que daba un regalo a la familia o un animal para que lo consuman.

### Experiencias de partos domiciliarios

Cuando una mujer es estrecha se tienen bastantes dificultades para dar a luz, la partera recuerda dos casos en los que las mamás tenían dificultades debido a las características de sus pelvis. El primer caso fue de una señora que parecía iba a morir en el parto porque no lograba dar a luz, así que llamaron a la partera de emergencia. Al verla sin fuerzas decidieron agarrarla entre varias personas, abrirle las piernas como habían visto se hacía en la posta y empujar al bebé para que salga. Esta situación se da cuando la mamá ya no puede pujar, todas sus fuerzas se han ido y no puede continuar con el trabajo de parto. Para ellos, la partera debe empujar con cuidado al bebé para obligarlo a salir, el empuje se da desde la parte de arriba del abdomen, lo más cerca a los senos así se empuja al bebé por el trasero.

El segundo caso sucedió después que el primero, en este la partera intentó hacer lo mismo que había hecho con la primera mujer, pero el estado de la mamá desde que ella llegó a verla era mucho peor porque estaba casi inconsciente. Lo que hizo fue echar a la mamá en el suelo de manera horizontal y la partera se sentó sobre ella teniendo cuidado de no aplastarla y empezó a empujar así al bebé porque la mamá no podía pujar. Como no lograba sacar más que la cabeza del bebé tuvo que pedirle permiso a la gestante para meter su mano a la vagina y jalar un poco al bebé por los hombros mientras la mamá intentaba pujar por última vez. La técnica funcionó y el bebé nació bien, pero fue la primera vez que la partera la usaba pues sabía que la gestante no podría pujar más.



En el caso del parto de las gemelas que viven en la comunidad fue bastante difícil acomodar a las bebés para que estuvieran lista para el parto porque nadie sabía que la mamá esperaba dos bebés. Sólo se percató de eso la partera cuando empezó a masajear el abdomen de la gestante, en las palpaditas se dio cuenta que en realidad eran dos cuerpos. Logró colocar a la primera bebé, pero, considerando que el personal de la posta estaba en la comunidad ese día para realizar una campaña médica, les dijo que ellos se encargaran del parto, pero que una de las bebés ya estaba lista porque en realidad eran dos cuerpos. Nadie de la posta creyó la historia hasta que efectivamente la madre terminó de dar a luz a una y aún tenía contracciones y debía pujar para sacar a la segunda niña.

En otra ocasión la partera tuvo que asistir el parto de una mamá que pensaban iba a abortar porque había cargado peso ese día y el bebé no salía y ya llevaban bastante tiempo en trabajo de parto. A la mamá la habían frotado con grasa de raya, pero no funcionaba, cuando la partera llegó le tocó el pulso a la gestante y en los latidos fuertes y rápidos supo que el bebé ya estaba listo para salir, esto lo aprendió de los doctores de Salvación. Al pedirle permiso para revisarla, vio que la cabeza del bebé ya estaba afuera y le mandó ponerse de cuclillas para que pujara. Otra mamá la abrazó y la alzó para que se apoyara en ella. Cuando se rompió la fuente, tocó y la cabeza del bebé estaba colgada y sólo necesitaba jalarlo para que saliera por completo, hizo que la gestante pujara mientras ella metió las manos en la vagina y jaló al bebé logrando que nazca bien.

En otra ocasión el cordón estaba alrededor del cuello del bebé de otra gestante, así que llamaron a la partera para que ayudara porque la mamá solo estaba acompañada por otra señora. Al ir a la casa se da cuenta de que el cordón estaba atascado y que la otra señora quería sentarse sobre el abdomen y empujar al bebé, pero si lo hacía aplastaría al bebé porque está amarrado en esa posición hasta que le desenreden el cordón. Lo que hizo fue volver a meter la cabecita del bebé y ella meter la mano y ayudar a desatar un poco el cordón con el bebé adentro. El bebé tenía dos vueltas de cordón, pero lograron desatarlos con cuidado. Entre las mujeres se cree que cuando tejen a crochet o lana mientras están embarazadas hacen que el cordón se enrede. Algunas mamás nunca han tejido por miedo a eso.

#### 5.5. Antes de la caída del ombligo

*“Mi mamá me enseñó porque ella sabía, yo solita que habría aprendido, la habría sacado con todo su ombligo caminando, con todo su ombligo” (mamá, 40 años)*

Los primeros días de vida del bebé se caracterizan porque este aún tiene el ombligo resultante del cordón umbilical y toma alrededor de 5 días para que se caiga. Esta etapa es la más delicada de la vida del bebé porque está muy débil, inicia recién su contacto con el mundo y todo le resulta novedoso por lo que puede ser propenso a asustarse si no se le cuida correctamente. En los relatos de las madres que sirvieron para el desarrollo de esta sección se reconocía el poco conocimiento que tenían sobre los motivos detrás de las

prohibiciones y dietas a las que se sometían ellas y los demás miembros de la familia. Muchas dijeron que gracias al apoyo de sus madres pudieron cuidar a sus bebés mejor porque sin ellas habrían hecho todo mal y quizás habrían enfermado a sus hijos.

Abordaré los mecanismos de cuidado para prevenir enfermar al niño a partir del análisis cronológico de los hechos desde que la mujer ha dado a luz. De esta manera, el primer momento lo encontramos en el mismo parto, cuando la familia pone a calentar agua hervida que sirve para bañar al bebé, a todos los miembros de la familia que han sido parte del parto y a todas las personas que han observado el evento, es un ritual de limpieza de la sangre que tuvieron que ver. En alguna ocasión cuando los miembros de la posta han participado de un parto en la comunidad se han visto obligados a bañarse junto con las demás personas. Solo en un par de casos se reposó albahaca en agua tibia y esa agua fue usada para el baño caliente. Esto resultada difícil cuando dan a luz en la posta así que esperan a cuando regresan a sus casas para hacerlo.

La tradición del baño con agua hervida tiene ahora muchas versiones, existen también mamás más jóvenes que dicen que no saben por qué se hace, pero como es recomendación de otras mamás más experimentadas o de sus propias madres es que deciden hacerlo. Así, en todas se mencionó que el efecto en los padres, amigos y familiares es evitar el dolor corporal inmediato y en el futuro que se vería traducido en enfermedades; mientras que para los niños las versiones son distintas pues para algunos se hace para prevenir que los niños se peleen o les brote salpullido en todo el cuerpo, ayuda además a que el

ombbligo se caiga más rápido y otros creen que si no se cumple la prohibición cuando los niños crecen se vuelven malcriados y engreídos que sólo quieren hacer lo que se les antoja y que no trabajan.

La madre y el bebé una vez que son bañados con agua caliente deben pasar por un proceso progresivo para volver al agua fría pues vinculan el agua con la debilidad y la enfermedad. Durante el tiempo siguiente en la vida del niño sólo se le bañará con agua tibia hasta que cumple alrededor de los 2 años y conoce mejor el agua fría. Una mamá que sufre de artritis tiene la creencia de que quizás esta enfermedad le agarró a ella porque tocó agua fría muy rápido después de dar a luz y no siguió la prohibición como debía. Ahora como castigo su cuerpo está enfermo de las extremidades, en esta prohibición ella encuentra las razones por la cual se enfermó:

*“A veces cuando eso agarramos (el agua fría) la enfermedad nos ataca fácilmente, por ejemplo, yo cuando he tenido mis hijos rápido he agarrado el agua fría por eso me dicen que de eso sufro el reumatismo, la artritis te puede agarrar fácilmente” (mamá, 43 años)*

En las casas, cuando se ha bañado al bebé con agua caliente es que recién lo envuelven y lo abrigan para que reciba su primera lactancia. Mientras tanto, a la madre se le da de comer para que recupere fuerza rápido y pueda amamantar al bebé por eso se le da alimentos como yuca sancochada, caldo de gallina o caldo de pescado especialmente de carachama o shimaa e inclusive a veces se les da masato fresco. El masato, como mencionaba anteriormente, es muy importante y está presente en todas las etapas de la vida de los Matsigenka. En este contexto es que ayuda a aumentar la cantidad de leche que produce la

mamá; por eso, en algunas casas se les hace tomar después del parto una taza de masato fresco recién preparado mientras comen algo más para que se recuperen más rápido.

La salud del niño no depende únicamente de él ni de los cuidados que tiene la madre, sino que también depende de las acciones que realizan las demás personas, en este caso también de los papás pues el hombre debe cumplir una lista de prohibiciones para que no afecten a nadie en la casa, especialmente al recién nacido. Por una parte, el papá puede trabajar la chacra, pero no puede cazar ni pescar hasta que se le cae el ombligo al bebé, si lo hiciera lo expondría a ser cutipado por el animal. Existen situaciones en la que los hombres no cumplen la prohibición y tienen que utilizar ciertos mecanismos para revertir el mal como pasarle las manos calientes al niño en el cuerpo. Esto es importante pues, como veremos en el siguiente capítulo, se piensa que el cutipado también puede llevar a la muerte del niño.

En los primeros días del nacimiento la madre se dieta, no puede consumir sal, condimentos ni carnes rojas después de dar a luz hasta que se caiga el ombligo, esto es porque todo lo que consume la madre está relacionado con la lactancia que tiene repercusión directa en el crecimiento del niño y los primeros días es donde el bebé es más vulnerable. Pero hoy en día no todas las familias se dietan, sino que comen de todo. Esto se debe a que para algunos eso es sólo una creencia antigua que no es necesariamente verdad porque han hecho la prueba y no se han enfermado. Afirman que estas prácticas de dietarse son de

los mayores, pero ahora los más jóvenes ya son modernos y saben que la prohibición de comer carne o consumir sal y otras creencias más no son verdad.

Sin embargo, una práctica que sí se cumple es que el esposo duerma a parte mientras que la mujer duerme con el bebé hasta que se le caiga el ombligo. Un bajo porcentaje no sabía los motivos detrás de esta práctica, pero también dijeron cumplirla porque afectaba directamente a sus maridos. De esta manera, se piensa que cuando el bebé aún tiene el ombligo puede causarle daño al papá y este podría perder la capacidad de pescar y cazar en abundancia y entraría en un estado de escasez donde no encontraría animales. En esta etapa se intenta cortar la relación de los padres con los animales pues estos tienen espíritus de los seres que pueden afectar al bebé como venganza hacia el padre, causándole enfermedades que pueden llevarlos a la muerte.

Además, cuando el bebé es recién nacido pasa todo el tiempo en casa, su lugar es al lado de su madre en la cama o el catre. Si ella decide moverse lo lleva a cualquier lado de la casa, pero no lo saca de allí; sin embargo, antes se acostumbraba a que el catre de la mamá estuviera al lado de la leña y que ahí durmiera junto con el bebé porque dicen que el fuego ayuda a que el ombligo se caiga más rápido. Sin embargo, ahora las mamás no cumplen esto, solamente una mamá mayor lo hizo hace más de 20 años, esta misma mamá ahora siente que las demás se están olvidando de estas costumbres. Sin embargo, los que han bajado de la cabecera que son personas de contacto inicial todavía duermen cerca a la leña y mantienen ciertas costumbres que ellos consideran que han ido perdiendo.

No es algo común, pero puede suceder que el ombligo del bebé no esté cerrando bien entonces las mamás mandan a traer el líquido del toñeki que es un árbol de la zona. Un poco de este líquido se echa en la ombliguera y ayuda a que cierre el ombligo. Mientras el bebé aún conserve el ombligo las mamás sólo se dedican a hilar, a tejer bolsas de setiko, a amamantarlo y atenderlo. A veces en este tiempo aprovechan para hacer la manta con la que cargarán al bebé a base de algodón que consiguen del monte. Antes se preparaban cushmas con algodón hilado; pero ahora ya no se utilizan para diario, algunas personas tienen, pero sólo para eventos pues dicen que da calor y hace sudar por el grosor y al ser de tejido tupido, no deja entrar aire. Hace unos 20 años que se ha ido dejando esta costumbre.

#### 5.6. Primera infancia

*“Cuando tienes a tu bebito tienes que cuidarlo porque tu bebito no sabe defenderse, a ti no más te tiene”  
(mamá, 20 años)*

El primer reto al que se enfrentan los padres del recién nacido es la obtención oportuna de la partida de nacimiento y posteriormente del DNI. Actualmente, como hemos visto en el capítulo anterior, sin DNI las familias no pueden acceder a los programas sociales. De la misma manera, este proceso es importante en la vida del recién nacido porque le permite acceder al Seguro Integral de Salud (SIS) en caso necesite atenderse en la posta. El paso previo a la obtención del DNI es la expedición de la partida de nacimiento, en muchos casos la partida puede sacarse en la comunidad a través del registrador que

tiene un libro de partidas reconocido por RENIEC. El proceso es gratuito y sólo se necesitan los DNI de los padres que son los que firman la partida.

Una vez que la partida está lista, el registrador debe llevársela a Salvación para que RENIEC la ingrese al sistema nacional, sin este paso no es posible pedir el DNI del niño pues aún no existe en el sistema. Normalmente el trámite de partida de nacimiento demora un mes, terminado ese tiempo los padres deben ir a Salvación y en la oficina de RENIEC se hace la solicitud de DNI con la partida y los DNI de los padres. Este es otro trámite largo que demora alrededor de 1 a 2 meses, sumando un total de entre 2 a 3 meses en los que la única posibilidad del bebé de atenderse en la posta es si los padres corren con los gastos médicos. Todas las mamás confirmaron que sus hijos no se enfermaron dentro de ese período, pero cuando hubo casos de bebés que sí necesitaban atención urgente los padres tuvieron que pagar todo.

Antiguamente el trámite demoraba mucho más tiempo porque no había un registrador en la comunidad y las mamás debían ir a la comunidad nativa Shintuya o Salvación para registrarlos, inclusive las mamás recuerdan que sus hijos podían estar un año sin partida de nacimiento y no importaba mucho pues no era un trámite que consideraran importante. Además, a los niños recién nacidos no se los sacaba con tanta frecuencia de la comunidad así que esperaban bastante tiempo para salir a hacer el trámite. La importancia del DNI llegó junto con los programas sociales, pero el Estado facilitó la inscripción de los bebés cuando eligieron a personas de cada comunidad como registradores.



El registrador de Palotoa Teparo es el único con el poder de realizar el trámite en la oficina registral de Salvación.

#### 5.6.1. Cuidados en la primera infancia

*“A veces veía que otros usaban y les preguntaba para qué es, es contra el diablo me decían y les pedía regálame pues y me regalaban, pero yo no tenía”  
(mamá, 40 años)*

##### Métodos de protección

Algunas personas acostumbran a adornar a sus hijos con pulseras o collares hechos con algún tipo de ivenkiki para garantizar su protección. En el caso de las familias con las que se trabajó, una niña tenía siempre un collar con ivenkiki de culebra que la protege de potenciales picaduras de este animal. Hay mamás que nunca han usado porque ahora el ivenkiki es cada vez más difícil de conseguir en la comunidad, se tiene que tener la planta y ya nadie la siembra. Entre los principales ivenkiki de protección que hay están el que sirve contra el viento, el susto, la culebra, los malos espíritus, etc. A veces se los colocan desde que nacen hasta que tienen un año pues en el primer año los niños son muy vulnerables. Sin embargo, hay otras mamás que sí lo han usado en sus hijos y los han tenido puesto por mucho más tiempo.

Existen dos tipos de pinturas que se siguen utilizando en la comunidad, aunque en menor medida: la primera es el carbón negro que sale de la olla cuando ha sido puesta a la leña o el huito, ambos de color negro, se agarra un

poco con el dedo y se pone en la punta de la nariz del bebé para evitar que sea virolo, esta técnica no es de la comunidad pues varias mamás coinciden en que escucharon esto en otras localidades y empezaron a usarlo. La segunda es el achiote, de color rojo, que se pone en la cara del bebé mediante el dibujo de una cruz en la frente y dos rayas o círculos en los cachetes, pero se está perdiendo mucho esto pues sólo algunas mamás lo han hecho. El achiote ayuda a que no se enfermen pues previene que se cutipe, le dé mal viento o susto. Así, funciona como método de prevención y protección porque aleja a los malos espíritus.

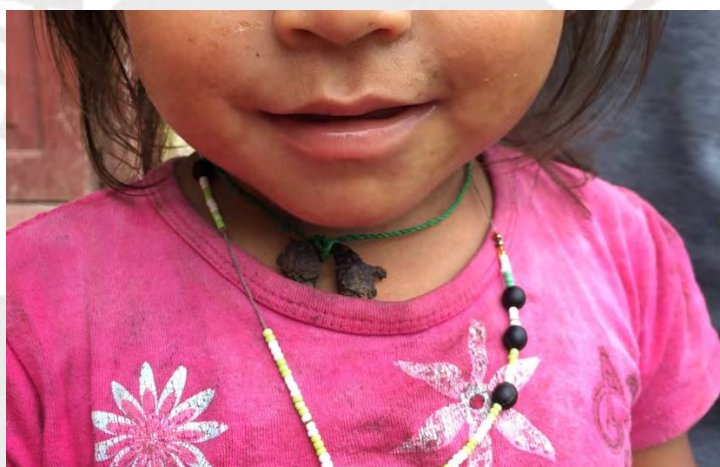


Foto 25: Collar de ivenkiki de culebra

Fuente: Archivo personal

Como ahora no hay ivenkiki en la comunidad, algunas mamás han empezado a utilizar el agua de florida que es una colonia aromática compuesta por ámbar, almizcle y benju que se usa en zonas andinas. El agua de florida funciona básicamente para proteger a los bebés contra malos espíritus, las mamás no tienen un modo particular para aplicarla o usarla, así encontré tres formas diferentes de aplicación: el primero era hacer oler un par de gotas a los

niños, el segundo era poner un poco en la frente de los niños antes de dormir, y tercero era pasar el aroma por todo el cuerpo del bebé. Considerando que Cusco es el departamento más cercano a Manu donde lo usan, las madres lo compran allá cuando salen o lo mandan pedir. El frasco grande les cuenta 10 soles y les dura alrededor de 1 año así que no es una inversión muy grande para ellas.

### Prohibiciones

Cuando los niños están dentro de los seis primeros meses está prohibido sacarlos de casa; si, en cambio, se necesita llevarlos a otro lado, se procura que sea antes de las 5 de la tarde, que es más o menos la hora en la que oscurece. Esto se hace como método para prevenir malos espíritus que pueden atacar al bebé y causarle enfermedades. Cuando esto ha sucedido se han visto casos de niños que se enferman y bajan de peso rápidamente como cuando tienen diarrea. Si no se les cura rápidamente, luego ya no hay posibilidad de sanarlos porque se debilitan a una velocidad apresurada. Lo más probable cuando pasan este tipo de situaciones es que el bebé muera sobre todo por deshidratación. Sin embargo, esto no ha pasado en la comunidad recientemente, sino que es algo que pasaba hace muchos años; sin embargo, aún se mantiene la prohibición.

Por otro lado, el hombre tiene prohibida la ociosidad y la flojera, por el contrario, debe ir a la chacra y aprender a trabajarla cuando nace su primer hijo sino el propio padre transmitirá esas cualidades a su hijo. Así, si el padre de un niño no ha ido a trabajar la chacra, el niño se vuelve ocioso también y esta noción es negativa y peligrosa pues se asocia a los malos espíritus. Además, debe tener

cuidado de no tocar nada cuando va al monte durante el primer mes pues las cosas que coge tienen la capacidad de cutipar al niño. Es una situación bastante compleja para ellos que se previene primero, evitando ir al monte, pero no siempre es posible; y, segundo, haciendo que el padre inmediatamente después de volver del monte caliente sus manos en el fuego y se las pase al bebé por todo el cuerpo para evitar los malestares del cutipado.

Las madres son las principales encargadas de tratar de que estas prohibiciones se cumplan, sobre todo porque las prohibiciones están directamente relacionadas con las enfermedades que atacan a los niños y muchas veces son los propios padres los causantes de estos episodios. Según la experiencia de algunas madres, a veces los padres -incluida la madre- no quieren cumplir con las prohibiciones porque no creen que sea verdad, en otros momentos donde realmente no han creído y han realizado alguna cosa que no estaba permitida, han experimentado que sus hijos realmente empezaban a enfermarse y desde ese momento han empezado a cumplir todo. Sin embargo, para algunas de ellas no debería ser necesario que algo malo suceda para que se tomen en serio las prohibiciones.



Foto 26: Mamá arropando a sus hijas

Fuente: Archivo personal

#### 5.6.2. Alimentación

*“Nosotros pensamos que cuando le dan más años de teta todavía, los niños van a ser unos malcriados o cualquier cosa de los niños se espera en el futuro. No es bueno”. (mamá, 40 años)*

La división de las etapas que tiene la alimentación en la primera infancia se determinó en base a los testimonios de las madres y a los tiempos en que se realizaban los cambios de alimentos. De esta manera, no corresponde a ningún orden oficial, sino que es exclusivamente respuesta a las experiencias de las madres de la comunidad.

#### 0-6 meses: Lactancia

Desde el primer día que nace el bebé se le da de lactar, algunos procuran que se les dé dentro de la primera hora para que el bebé vaya agarrando fuerzas. En el caso de la posta, como se mencionó anteriormente, se hace como

estrategia para garantizar que el nivel de estrés del bebé se reduzca. El nivel de leche que produce la madre es subjetivo al cuerpo de cada una de ellas; sin embargo, muchas dan a conocer que cuando están jóvenes o en sus primeros embarazos, la producción de leche es abundante, lo que hace que la saquen y la boten al agua o por la pileta, pero no es consumida por nadie más. La leche no tiene un carácter peligroso ni importante como sí lo tiene la sangre. En este caso, la leche puede botarse y no causa ningún inconveniente ni tiene repercusiones.

Sólo algunos doctores recomiendan a las mamás complementar la leche materna con leche de tarro que reciben de Vaso de Leche o leche en polvo si tienen problemas para producirla naturalmente, de lo contrario les piden darle de pecho. La mayoría de los motivos por los que necesitan ayuda es porque sus cuerpos ya han pasado por muchos embarazos y les cuesta producir leche con la frecuencia como necesita el bebé. Algunas creen que también puede pasar esto si se frota ajo en los senos pues esto inhibe la posibilidad de hacer leche o si se bota el líquido del choclo cuando está tierno. Esta creencia dice que, si se sancocha el choclo cuando está tierno y se bota el agua restante al suelo, hace que la mamá no pueda tener tanta leche. Por eso, no se debe botar la leche del choclo cocido si se está dando de lactar.

El masato es el mejor remedio para mejorar la producción de leche, según las mamás cuando ellas consumen masato sienten que se les llenan los senos de leche. Pero, como mencionaba antes, el masato debe ser suave, recién preparado y dulce. Sólo el masato fresco es beneficioso, el otro masato las

emborracha y no contribuye con la producción de leche. La única planta que puede ayudar a esto es el manakarako o tokora pero casi no lo toman por su sabor agrio. Finalmente, se cree que si la leche causa diarrea al bebé puede ser porque la madre está embarazada nuevamente y hay mamás que han confirmado pues les ha sucedido cuando sus embarazos han sido seguidos. Pero también se piensa que es un mecanismo para que el bebé te avise que ya terminó su etapa de lactancia exclusiva y necesita consumir otros alimentos.

#### 6-12 meses: Lactancia y alimentos blandos

Alrededor de los 6 meses se inicia el proceso de introducción de nuevos alimentos, en estos se priorizan los alimentos blandos y sobre todo cocidos con excepción de algunos alimentos crudos. Este es un proceso que debe hacerse lentamente porque puede que algunos niños no asimilen bien la comida y les cause diarrea, entonces se trata de evitar esto dándoles porciones reducidas y tratando de no darles mucha comida nueva en un solo día. Todas las mamás coinciden que los primeros alimentos que le dieron a sus hijos fueron yuca, pescado y/o plátano. En general las frutas se evitaron un poco porque son alimentos crudos y puede caerles mal al estómago, pero el plátano sí es una fruta con la que los niños conviven diariamente y que consumen mucho por eso comienzan a probarla en esta etapa.

La gallina, pollo y pescado también se introducen en esta etapa, pero son estrujados para evitar que el niño se atore así que se dan como papillas y en el caso del pescado la mamá tiene cuidados especiales para quitarle las espinas o

a veces se empieza dándoles pescados pequeños como el bagre. Algunas madres les dan a sus hijos chapo que es la preparación del plátano cortado con agua que se va hirviendo y queda una textura muy similar a la mazamorra. Sin embargo, sólo una de las mamás aseguró que no le daba chapo sino hasta el año porque cuando las personas tienen licuadoras pueden triturar bien los alimentos, pero en la comunidad no se cuenta con licuadora y en el chapo hervido a veces no se deshace por completo y pueden quedar trozos que podrían asfixiar al bebé.

Otro alimento que prueba el bebé por primera vez es el masato, pero en cantidades muy reducidas. El masato también aquí debe ser fresco, recién preparado y dulce, ninguna mamá da a sus bebés masato fermentado pues no los alimenta, sino que tendrían el único efecto de emborracharlos y puede ser peligroso. Muchos de los alimentos que se introducen a los niños es porque estos ven a su madre o a alguien más que los consume y empiezan a llorar y gritar porque también quieren comerlos. Así, empiezan a invitarles poco a poco para ver cómo van reaccionando ante las comidas. Muchos niños sufrieron muy pocas diarreas durante su crecimiento, pero otros sí y muchas madres consideran que se debe especialmente a la mala higiene o porque los alimentos todavía son muy fuertes para sus estómagos.

#### 12-24 meses: lactancia y alimentos sólidos

Alrededor del año se le empieza a dar alimentos sólidos porque al bebé ya le empiezan a salir los dientes y tiene más capacidad de digerir alimentos



pues su estómago está mejor formado. El proceso de introducción de alimentos sólidos se da porque, al igual que en la etapa anterior, el infante ve a las personas -en especial sus padres- consumir comida y quiere probarla. Si ellos no le dan, el niño llora descontroladamente, ante eso los padres prefieren usar ese momento para que empiece a probar cosas nuevas. Estos alimentos van primando en su alimentación, pero aún no se retira la leche materna, solamente se disminuye su consumo. También a partir de los 12 meses consume azúcar, sal y condimentos, pero su introducción es progresiva y mínima pues se considera son dañinas para el cuerpo.

La carne roja más pesada la aprenden a consumir también en esta etapa sumada a su consumo normal de carnes blancas como gallina, pescado, pollo, etc. Algunos niños de entre 1 a 2 años consumen venado, sachavaca, picuro, sajino y perdiz, pero sólo en pequeñas cantidades pues son carnes fuertes. Si se les da mucho les puede dar diarrea al día siguiente así que se tiene cuidado en las porciones de carne, pero en las porciones de yuca o plátano no hay este cuidado porque son alimentos a los que sus estómagos ya están acostumbrados. Muchos empiezan a comer carnes blancas deshilachadas, ya no hay necesidad de estrujar la carne pues el infante ya sabe agarrar la comida con la mano, meterla a la boca y masticarla, además de que ya cuentan con algunos dientes.

La independencia del niño inicia en esta etapa pues ya muestra signos de querer aprender a comer solo, empieza a coger los cubiertos o la comida con la mano y comienza a avisar cuando ha comido suficiente; por ejemplo, una madre cuenta que su hija desde que tenía año y medio le decía *“estoy panzón, estoy*

lleno” (niña, 2 años y 4 meses) para hacer referencia a que ya no quería comer más, después de eso se paraba y dejaba de comer. Asimismo, al final de esta etapa es que el niño finalmente empieza a aprender a quitarle las espinas al pescado porque la mamá le enseña cómo hacerlo. Hay niños de 2 años que ya saben escarbar bien el pescado y buscar las espinas solos, pero igual las madres tratan de supervisarlos para que no se atoren con alguna.



Foto 27: Plátanos acompañados de patarashka

Fuente: Archivo personal



Foto 28: El plátano es la fruta más consumida en la comunidad

Fuente: Archivo personal



Foto 29: La cocona es utilizada para refrescos

Fuente: Archivo personal

A continuación, presento la lista de alimentos que se trabajó con la comunidad donde se encuentran los alimentos que consumen y su procedencia:

Tabla 13: Alimentos que pueden obtenerse en la comunidad

Procedencia	Alimento	Procedencia	Alimento
De la chacra	Achiote	Del río	Anguila
	Ají dulce y picante		Barbón (segori)
	Anona		Boquichico *
	Cacao		Camarón
	Café		Cangrejo
	Camote		Carachama *
	Caña		Caracol
	Coca		Cunchi
	Frijol		Doncella
	Limón		Mojarritos
	Maíz		Paco
	Mandarina		Sábalo
	Mango		Sardinias pequeñas *

	Maní		Añuje
	Naranja		Ardilla
	Pacae		Armadillo
	Palillo		Cotomono - aullador
	Pallar		Huacamayo
	Palta		Kapeshi
	Papa de monte		Majáz
	Papaya		Mono choro
	Piña		Mono maquisapa
	Plátano	De la caza	Paujil
	Shirina		Pava de monte
	Uncucha		Picuro *
	Yuca		Pucacunga
	Zapallo		Raposa
	Kión		Ronsoco
	Suri		Sachavaca *
	Ungurahui		Sajino
	Uvas de monte		Tucán
	Pijuayo		Venado *
Del monte	Sacha Culantro	De la crianza	Chancho
	Dale dale (shonaki)		Gallina*
	Chonta		Pato*

\*Lo que más se encuentran

Fuente: Elaboración personal

### Destete

El destete de los niños se da alrededor de los 2 años, hay niños que han sido destetados mucho antes, pero otros un poco después. Sin embargo, existe una preocupación por no continuar con la lactancia durante mucho tiempo pues se tiene una percepción negativa del exceso de lactancia:

*“Nosotros pensamos que cuando le dan más años de teta todavía, los niños van a ser unos malcriados o cualquier cosa de los niños se espera en el futuro. No es bueno” (mamá, 43 años)*

Esta idea la asocian particularmente a una madre que destetó a sus hijos alrededor de los 5 años. Este hecho hizo que algunos consideren que estas personas se volvieron malcriadas y violentas que no saben respetar. Todas las características negativas que puede haber en una persona se las atribuyen debido a sus acciones y encuentran la causa en el destete.

Debido a ellos y según testimonios recogidos, la madre los engrió al dejarles tomar leche hasta la edad que ellos quisieron y pensaron que podían hacer lo que quisieran en la vida y las personas que piensan así atraen malos espíritus y enfermedades, por eso muchos no quieren que esas personas vivan en la comunidad. De esta manera, algunas mujeres aconsejan a las madres no dar de lactar más allá de los 2-3 años para evitar esta clase de situaciones y este tipo de cualidades en sus hijos. Este caso es un caso extraordinario pues la mayoría de las mamás desteta a partir del año y medio hasta los dos años y medio. Después de esto, los niños empiezan a consumir leche de tarro que les proporciona el programa Vaso de Leche y que no fue utilizado por ellos antes sino por la familia en general.

### Consumo de hierro

La posta, mediante las consultas y las campañas médicas, incentiva a las madres a darles a sus hijos vísceras y sangrecita por el alto contenido en hierro que poseen. Algunas mamás las preparan en papillas cuando los niños están

aún pequeños o se las frien y se las dan con arroz o yuca. A algunas madres les gusta preparar las vísceras e inclusive ellas mismas las consumen; sin embargo, cuando a una mamá no le gustan evita prepararlas y no se las dan a sus hijos por esto. En una conversación con una mamá se le preguntó si preparaba sangrecita en la casa para su hija de 2 años y la respuesta fue que muchas de ellas botan la sangrecita porque no quieren cocinarla:

*Yo: ¿Y ahora las mamás hacen eso? ¿Les dan sangrecita?*

*Mamá: No, no, ni siquiera cumplimos nosotras, nada.*

*Yo: ¿Nunca ha hecho lo que la posta ha dicho?*

*Mamá: No, nada.*

*Yo: ¿Nunca ha hecho sangrecita nada?*

*Mamá: No, no.*

*Yo: Pero les dan en inicial creo*

*Mamá: Sangrecita pues, lo que hay de Qaliwarmá, sí*

*Yo: ¿Pero no preparan?*

*Mamá: No.*

*Yo: ¿Y qué hacen con la sangrecita?*

*Mamá: Le botamos.*

*Yo: ¿No lo usan?*

*Mamá: No, no lo usamos*

Las dinámicas ahora han cambiado pues antes los niños no consumían vísceras, muchos niños las probaron por primera vez en la escuela, pero ahora se acostumbra a darles vísceras desde que tienen un año y van creciendo comiéndolas. A los niños más grandes dicen no gustarles la sangrecita, pero sí el hígado, lo cual termina siendo un medio para la obtención de hierro, el problema es que no lo consumen muy seguido. También, a nivel de las mamás, hay una diferencia generacional pues las mamás que tienen entre 20 a 30 años confirman que en realidad se preocupan por preparar sangrecita por recomendación de los médicos y porque prefieren la sangrecita a los

micronutrientes. Sin embargo, un par de mamás de más de 40 años confirmaron no prepararla porque no les gusta.

En el caso de los micronutrientes, muchas madres confirman que no había cuando ellas tuvieron sus primeros hijos, pero que ahora que existen los usan. Sin embargo, fue un trabajo progresivo porque al inicio no les gustaba. Antes recuerdan les enviaban papillas y desconfiaban de lo que era porque no parecía natural pero poco a poco se fueron acostumbrando y hubo bebés que sí comían bien la papilla hasta que cambiaron a la chispita que ahora se combinan con los alimentos. Alguna mamá relató que su hijo no puede pasar las chispitas cuando la combina con la comida así que decidió dársela en la limonada y funcionó, así las consume sin problema, pero esto fue un mecanismo que ella sola intentó sin consultar a la posta, hasta ahora no ha preguntado en la posta si era posible usarlo en el refresco.

Hoy en día les dan chispitas a todos, tengan o no tengan anemia porque es preventivo para que los niños no lleguen a tener anemia. Pero, como mencionaba anteriormente, hay madres que aún desconfían de estos y no quieren consumirlo, una de las mamás hizo referencia a la casa de otra donde cada vez que iba a visitarla encontraba las chispitas en el suelo y cuando le pregunta por ellas, siempre dice que su hija jugando las había botado al piso, pero confirma que como no le toma importancia, los tira donde sea. Finalmente, sólo una mamá consideró que necesitaba más información sobre las chispitas y entró a internet a averiguar y saber si era bueno dárselo o no. Con eso se convenció que necesitaba dárselo a su hijo en las comidas.

## CAPÍTULO VI. LAS ENFERMEDADES

El presente capítulo está conformado por tres secciones que pretenden abordar los principales temas relacionados a las enfermedades que sufren los niños en la primera infancia. De este modo, en la primera sección se aborda el concepto de enfermedad que manejan las madres en base a sus relatos y experiencias pues se considera que la enfermedad va más allá del estado físico e involucra otras esferas como la espiritual. Al mismo tiempo, la experiencia se basa en las relaciones de las madres con los diferentes modelos de atención y cómo estos han influido en sus vidas reconfigurando su percepción sobre lo que es la enfermedad y sobre los recursos que pueden utilizar para contrarrestar este estado. Entender la percepción de la enfermedad es la base para desarrollar los siguientes temas del capítulo.

En la segunda sección se presenta una clasificación de las enfermedades de acuerdo con la prevalencia de estas, lo cual se basa en la frecuencia en que ocurren los episodios en la vida de las familias. Presentando primero las enfermedades con mayor prevalencia, cabe mencionar que la lista de enfermedades que aquí se presentan fueron elaboradas junto con las madres de las familias con las que se trabajó, siendo estas las que identificaron qué padecieron o podían padecer sus hijos. De tal modo que, si bien existen otras enfermedades en niños de esta edad, la lista incluye aquellas que las madres



han experimentado en su realidad al padecerlas sus hijos o que conocieron por relatos de otras madres de la comunidad.

Finalmente, en la tercera sección se presenta la reconstrucción de cinco casos de enfermedad donde se pretende abordar los itinerarios terapéuticos que siguieron las familias para sanar a sus hijos y mantener el estado de salud, así como todos los recursos y repertorios terapéuticos utilizados en la ruta de atención. Cada uno de estos casos está acompañado de un análisis que tiene por objetivo examinar las decisiones que tomaron las familias para la atención de sus hijos e identificar los recursos y repertorios terapéuticos que se usaron, los modelos de atención a los que se recurrieron y los agentes de salud que intervinieron. Finalmente, al término de la sección se presentarán las conclusiones iniciales a las que se llegaron tras analizar los casos y que serán las que guiarán las conclusiones del siguiente capítulo.

#### 6.1. Concepción de enfermedad

*“(La enfermedad) Es como un castigo que uno puede merecer después de todos los pecados que uno puede cometer” (mamá, 20 años)*

La enfermedad en la vida Matsigenka ha sido siempre abordada como la consecuencia de las relaciones desequilibradas del hombre con su medio; es decir, parte de la premisa de que un evento es capaz de romper las buenas relaciones del espíritu del ser humano con los espíritus de otros seres que habitan la tierra. Es así como la enfermedad tiene que ver con el mundo que los rodea y con las relaciones que se mantienen con este. Como podíamos ver en

el capítulo anterior, según la cosmovisión Matsigenka la enfermedad nace del mundo de abajo, el mismo donde reina la infelicidad y la maldad. De este modo, en muchos de los relatos recogidos, las enfermedades se ven como una consecuencia de un mal obrar o una mala actitud y el castigo del espíritu de algún ser al que se le hizo daño.

Según Allen Johnson, “los Matsigenka agruparon «bueno» con «feliz» en un polo y «no bueno» con «triste» en el polo opuesto, como si el principio de placer operara en su forma más elemental: «Lo que me hace feliz es bueno; lo que me entristece no es bueno»” (2002:187). Con esta afirmación y el contraste en la experiencia de campo, se puede ver que la experiencia general de salud y enfermedad también es sensorial y está asociada a las emociones. Todo aquello que perturba la paz, que causa tristeza o dolor corporal en las personas puede estar asociado a alguna enfermedad. De esta manera, la enfermedad tiene una dimensión corporal traducida en aquellos dolores físicos que pueden sentir las personas; y, una espiritual asociada al alma que se basa en la pérdida de esta o en emociones negativas que se pueden manifestar.

Como se mencionaba en el capítulo anterior, los kamagari son los espíritus originarios del mundo de abajo y los asociados a la enfermedad; de esta forma, su propio nombre se traduce de manera literal como “los-que-matan”. Al ser capaces de traer enfermedad al mundo, se reconoce también que su poder muchas veces surge de la brujería “en intentos egoístas de infligir dolor y crear temor y perturbación entre sus compañeros” (Rosengren 2004:5). En el caso de Palotoa Teparo, actualmente no vive ninguna persona que practique la brujería,

lo cual da una sensación de tranquilidad entre sus miembros. Sin embargo, en diversos diálogos expresaron el temor que sentían cuando una persona que fue posteriormente expulsada sembraba las plantas necesarias para realizar hechizos.

Chamán o seripigari, según la traducción de Shepard (1998:331), significa “el que devuelve el tabaco”. Esto se desprende de la palabra “piga” que significa “tabaco” y “pigagantsi” que se puede traducir como “devolver”. De esta manera, se entiende que es el tabaco el que logra transmitir poderes que fueran recibidos de maestros. La palabra es bastante compleja y reconoce que el tabaco es el instrumento utilizado por los chamanes para comunicarse con los saangarite, quienes les transmiten sus conocimientos sobre plantas medicinales. El tabaco es sumamente importante en el mundo Matsigenka pues los saangarite se sienten atraídos por el olor de este; y, al mismo tiempo, se ha adoptado como forma de curación de padecimientos dado que se extiende la práctica de fumar tabaco y soplar el humo sobre las personas enfermas.

En el caso de niños en la primera infancia, la sensación de infelicidad que surge de la enfermedad se traduce en llantos fuertes y constantes que parecen no tener final. Es por ello por lo que el llanto no es visto sólo como la expresión del niño de desesperación ante una necesidad, sino que simboliza un peligro en cuanto denota la posibilidad de un desequilibrio. De esta manera, el llanto es uno de los principales mecanismos y síntomas para reconocer una enfermedad en los niños considerando que no todos los padecimientos presentan sintomatologías en los primeros días. Para los padres, especialmente las

madres, el llanto del bebé se expresa de diferentes maneras de tal modo que les resulta sencillo reconocer el llanto normal del llanto ocasionado por una enfermedad.

Al mismo tiempo, la enfermedad en la primera infancia es una experiencia familiar por dos grandes motivos: primero, afecta la dinámica familiar pues en muchos padecimientos se recurre a métodos de curación en los cuales todos o algunos de los miembros participan y también involucra muchas veces una reestructuración de los papeles de los miembros a fin de contribuir al restablecimiento del bienestar. Segundo, el niño es incapaz de buscar la cura a sus padecimientos por sí solo y requiere necesariamente de las cuidadoras quienes son finalmente los que deciden el tratamiento de los niños y recurren al modelo o modelos de atención que consideren los adecuados para la circunstancia.

Es importante señalar que, en ciertos momentos, son las mismas cuidadoras las que, con ciertas acciones, causan las enfermedades de los niños. Como veremos más adelante, en ciertos episodios como de cutipado o ikañotakeri, es el padre, la madre o un familiar directo quien causa el padecimiento por motivos diversos como la ingesta de cierta carne animal capaz de cutipar a las personas. De esta manera, se comprende nuevamente cómo la enfermedad es una experiencia familiar en cuanto los miembros están interconectados y se es capaz de dañar a una persona a través enfermado a algún miembro de su familia. Igualmente, refleja la vulnerabilidad de los bebés

al ser los más expuestos a las consecuencias de las acciones de sus cuidadoras; y, por ello, son los más protegidos.

A consecuencia de la constante interacción de los Matsigenka con otros grupos sociales dentro y fuera del territorio comunal, la enfermedad no es vista solamente como consecuencia del desequilibrio de las relaciones del hombre con su entorno; sino, más bien, actualmente involucra factores biológicos. Como veremos en la siguiente sección, muchas de las causas de las enfermedades que iban reconociendo las madres, presentaban factores biológicos como bacterias, virus, parásitos, entre otros que afectaban directamente al cuerpo del bebé. De esta manera, debido a las visitas a la posta, hospitales o campañas médicas a las que participaron, mucha de la información biomédica fue transferida, comprendida y asimilada de tal modo que sirve de explicación y causa para ciertos padecimientos.

Esta misma interacción con otros grupos sociales era previamente vista como la principal causa de epidemias y padecimientos nuevas en la comunidad, debido a que se reconocía que estos traían enfermedades no conocidas o utilizaban los recursos naturales dejándolos contaminados. Dicho miedo se ha ido perdiendo debido a la constante interacción que existe con foráneos, generando con los años anticuerpos capaces de protegerse ante enfermedades no conocidas. Además, se ha internalizado en la comunidad la idea de la vacunación como un modo de contrarrestar posibles episodios epidémicos y es una obligación entre todos los miembros de la comunidad porque lo consideran

importante y porque actualmente el Estado lo regula mediante los programas sociales como Juntos y Cuna Más.

Finalmente, otro punto importante en la concepción de la enfermedad son los relatos Matsigenka que explican la causa de ciertas enfermedades. Como mencionábamos en la historia de la conformación de la comunidad, Palotoa Teparo surgió a partir del asentamiento de diversas familias que provenían de distintos lugares de Cusco y Madres de Dios. Este hecho y la preocupación constante por mantenerse a salvo de lo que acontecía fuera del territorio, propició un ambiente en el que se dejó de lado la preocupación por la tradición oral que existe aún en otras comunidades. Así, diversos de los relatos y sus personajes principales, muchos de los que funcionan en la cosmovisión como demonios, se desconocen en la actualidad o se conoce sólo una parte, restándole la importancia que tenía en generaciones anteriores.

La única historia que se pudo recoger, aún en una versión incompleta, fue la de Inkaenka, conocida también como la historia de la viruela. El relato fue el siguiente:

*Inkaenka era una mujer de otro pueblo que todos pensaban que iba a pescar, por eso llevaba una red de pescar para cubrirse. Pero la verdad es que tenía el cuerpo quemado como cuando te quemas con agua hervida. Se fue a una comunidad grande, entró a una casa y la gente gritaba desesperada por el susto. Después la miraron bien y sólo tenía huesos, ya no tenía carne como antes, eso hace la viruela, que se consume tu carne y queden huesos. Casi todos los de la familia murieron menos uno que se salvó corriendo hacia las ishingas y se protegió en ellas. Era como si las heridas de la mujer salpicaban en las demás personas haciendo que mueran, pero a él no lo mataba porque la ishanga cura rápido y no permite que te contagies (mamá, 40 años).*

Podemos concluir que, por un lado, la historia revela el uso de la ishanga (laportea aestuans) como recurso terapéutico en casos de viruela pues por sus propiedades y al ser esta una planta de fácil acceso en la comunidad, las personas que han tenido hijos con brotes de viruela han recurrido a ella para el tratamiento, sin necesidad alguna de visitar la posta médica. Por otro lado, esta clase de historias sirven como mecanismos de protección que surgen en la cosmovisión Matsigenka para explicar o darle sentido a una enfermedad nueva. De esta manera, la viruela, epidemia que causó la muerte de muchas personas en diversos territorios, necesitó ser explicada a través de la narrativa de Inkaenka para comprenderla y darle sentido a su aparición dentro de la vida Matsigenka.

## 6.2. Clasificación de enfermedades

Autores como Glenn Shepard (1999b) quien, durante un largo período de tiempo en campo en la comunidad nativa Yomibato, reconoció 105 términos de enfermedad y síntomas entre los Matsigenka, demuestran que existe todo un despliegue de información sobre las enfermedades que requiere de mucho trabajo. Toda la terminología sobre las enfermedades y su sintomatología puede ser estudiada y profundizada solamente con un mayor tiempo en campo o trabajando con un mayor número de informantes. No obstante, la clasificación de las enfermedades que desarrollo en esta sección es más reducida pues se basa en las que involucran y afectan directamente a niños de 0 a 3 años y que fueran experimentadas por los hijos de las madres con las que se realizaron las

sesiones o por haberlas escuchado y vivido con hijos de otras madres de la comunidad.

La presentación de las enfermedades se realiza en base a la prevalencia de estas de acuerdo con la frecuencia en que ocurren los episodios en la vida de las familias, esto se basó en los relatos de las experiencias de las madres más no en data estadística. Se trabajó con las informantes una escala de aquellas enfermedades que resultaban más frecuentes hasta las menos frecuentes; por ello, se presentan primero las enfermedades con mayor prevalencia hasta llegar a las que de menor prevalencia. Cabe resaltar que no es una clasificación determinante, está abierta a ser ampliada y modificada con el tiempo pues la información se basa en la experiencia de sólo cinco familias; además, el tiempo de recolección de información fue una limitante para realizar una clasificación más profunda y ampliada.

Asimismo, las causas, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades aquí presentadas corresponden a itinerarios y recursos y repertorios terapéuticos que las madres utilizan en base a sus propias experiencias. Estos no son categóricos ni buscan ser una guía con tratamientos definitivos; por el contrario, se basan en la experiencia que nace de la experimentación de las madres. En muchos de los relatos recogidos, las madres expresaban que cuando sus hijos se enfermaban, utilizaban algún recurso disponible para intentar ver su efectividad; sino, recurrían a otro o utilizaban recursos aconsejados por personas fuera de la comunidad. Cuando finalmente algo funcionaba, lo utilizaban como



tratamiento y lo transmitían a otras mamás, haciendo de la experiencia el eje central de la información del capítulo.

### Gripe

Históricamente la gripe o merentsi ha sido una de las mayores enfermedades epidémicas que ha atacado a los Matsigenka. Como menciona el Análisis de la Situación de Salud del Pueblo Matsigenka (2006), el contacto con colonos y las nuevas dinámicas de asentamiento, facilitó al brote de epidemias de nuevas enfermedades que causaron alta mortandad, entre ellas la fiebre amarilla, sarampión y gripe (2006:33). Como respuesta a estos episodios, los misioneros iniciaron programas de vacunación que les sirvieron de aliados para llegar a las comunidades. Inclusive, para que los Matsigenka pudieran obtener medicinas, se los obligaba a la conversión, ocasionando una debilidad del sistema médico tradicional pues a aquellos que consultaban con chamanes se les negaba cualquier asistencia médica (Ministerio de Salud 2006:37, Shepard e Izquierdo 2003:120).

Para las madres, la gripe es la enfermedad respiratoria con mayor prevalencia que suele presentarse con más frecuencia en niños que en adultos. Inclusive, según testimonios recogidos de la posta de Llactapampa, en los controles de crecimiento y desarrollo los casos de gripe son los principales que se presentan y que se mantienen en los niños. Si bien es una enfermedad que se ha normalizado en la realidad pues conviven con ella, se tienen ciertos mecanismos de prevención, por ejemplo, cuando un niño presenta los síntomas,

la madre no lo lleva a otras casas para procurar no contagiar a otros, especialmente bebés, pues es una enfermedad viral de fácil propagación. De esta manera, con cualquier otra enfermedad viral y contagiosa, tanto adultos como niños evitan lo más posible el contacto con otros para no contagiarlos.

### **Causas**

La principal causa de la gripe es el friaje que se sufre en el invierno, haciendo que la gripe sea una enfermedad asociada a la temporada de lluvia. Por ello, las madres procuran no permitir los juegos de niños bajo la lluvia y se acostumbra a cambiarles la ropa si se mojan; sin embargo, los niños muchas veces desobedecen y vuelven a sus casas después de estar jugando varios minutos en la lluvia, lo que causa se enfermen. De la causa anterior se desprende el contagio pues se sabe que la gripe se propaga fácilmente entre los niños cuando interactúan entre ellos o cuando algún miembro de la familia trae la enfermedad a la casa. Si un bebé no ha sido expuesto a un mal clima o la lluvia, está definitivamente vulnerable cuando un familiar se enferma.

### **Diagnóstico:**

Se puede diagnosticar la enfermedad por los siguientes síntomas:

- Moqueo: la nariz de los niños está constantemente mojada.
- Tos: no hay gripe sin tos, se reconoce que están asociadas.
- Flema: se tiene presencia de tos con flema en la garganta haciendo que el pecho del bebé silbe.

- Llanto: cuando los bebés tienen gripe con tos y flema suelen llorar bastante porque no pueden respirar bien.
- Fiebre: en muchos casos se presentan fiebres altas que causan una mayor preocupación en las madres.

### **Tratamiento:**

La gripe necesita un tratamiento pues las madres consideran que no se puede curar por sí sola; por el contrario, si no se cura a tiempo piensan que puede desencadenar una neumonía. Entonces, para tratarla utilizan los siguientes recursos:

Entre los recursos tradicionales se puede utilizar el corazón de la ishanga que se cree tiene propiedades antiinflamatorias. Para su uso se abre la planta, se raspa el corazón y se obtiene un jugo natural que debe ser tomado por el bebé hasta que se comprueba que ha bajado la gripe. Entre los recursos biomédicos, las madres afirman que reciben de la posta pastillas como amoxicilina y paracetamol. Sin embargo, esto no garantiza su uso pues muchas prefieren utilizar la ishanga antes que las pastillas. No obstante, sí se da un consumo de medicamentos que son los que se administran en la posta, pero no se suele continuar con el tratamiento en casa. Asimismo, los baños con agua tibia son muy famosos entre las madres pues se considera ayudan a bajar la fiebre y los dolores corporales. Las plantas que utilizarán para ello dependerá de la decisión de las madres, pero entre las más utilizadas encontramos matico

(buddleja globosa) y caña caña (costus varzeorum) que son hervidas directamente con agua.

### Anemia

La anemia o kitetaki es la segunda enfermedad reconocida como frecuente en la vida de los niños de 0 a 3 años. Esto debido principalmente a la escasez de alimentos, especialmente de aquellos que contienen alto porcentaje de hierro como la carne. Actualmente los pobladores de la comunidad exponen que hay menos animales para cazar pues se van alejando de lugares donde hay asentamiento de personas y se adentra cada vez más en el monte, dificultando su caza. Además, no existen trabajos remunerados estables sino esporádicos como la venta de plátano, el turismo, los jornales, entre otros. Sin ingresos económicos fijos, la mayor parte del tiempo no se cuenta con dinero para comprar alimentos altos en proteína fuera de los obtenidos en la chacra o la caza y pesca, dando como resultado un aumento de casos de anemia.

Según estudios del Instituto Nacional de Salud del Ministerio de Salud<sup>18</sup>, la anemia y ciertos tipos de parásitos están asociados pues estos suelen absorber sangre, hierro y proteínas de la persona. Esta afirmación se corrobora con la información recolectada en campo donde los agentes de salud biomédico reconocen que cuando un niño presenta sintomatología de anemia se recetan medicamentos para tratar ambas enfermedades. En cuanto a la comunidad, las

---

<sup>18</sup> Instituto Nacional de Salud (26 de septiembre de 2018). Presencia de parásitos intestinales en niños favorecen la anemia y la desnutrición crónica. Noticias del Instituto Nacional de Salud. Recuperado de <https://web.ins.gob.pe/es/prensa/noticia/presencia-de-parasitos-intestinales-en-ninos-favorecen-la-anemia-y-la-desnutricion>

madres reconocen que las causas de la anemia son biológicas y esto debido a las charlas recibidas por los programas sociales y campañas de salud donde han internalizado las causas y se ha vuelto, para muchas familias, una preocupación en sus vidas, creando en casa mecanismos de prevención como el consumo de sangrecita y lentejas.

### **Causas:**

La principal causa reconocida para la anemia es el poco consumo de alimentos con hierro, esto lo han aprendido de las diversas charlas que han escuchado en las campañas médicas, de las visitas a las postas, de las charlas que realiza de vez en cuando el programa Juntos o cuando la promotora de Cuna Más recalca la importancia de darle hierro a los niños. En el caso de madres que tienen más hijos, estas se capacitan con el programa Qaliwarma que también envía materiales como afiches y posters para incentivar el consumo de hierro. Adicional a esto, aun si no saben dar explicación del por qué, se tiene la creencia de que cuando el niño tiene anemia solo quiere comer tierra; así, si lo deja en el suelo, coge tierra y se la mete a la boca es porque está enfermo.

### **Diagnóstico:**

El principal mecanismo de diagnóstico son los exámenes de laboratorio que se realizan a los niños extrayéndoles sangre y comprobando sus niveles de hemoglobina. Este examen se realiza exclusivamente en la posta de Salvación y, antes, se realizaba también en las campañas médicas en colaboración de la posta de Salvación con la empresa privada Hunt Oil.

Se puede diagnosticar también la enfermedad por los siguientes síntomas:

- Cabello: cuando las puntas del cabello de los niños son rojizas.
- Rostro: se da una hinchazón del rostro y cambia el color a un blanco pálido.
- Apetito: la falta de apetito es relevante para el diagnóstico en niños pequeños porque no desean comer ni tomar leche materna.

**Tratamiento:**

Es importante recalcar que considerando los controles de crecimiento y desarrollo de Cuna Más y Juntos, la anemia está bastante controlada y tratada con recursos terapéuticos del modelo de atención biomédico. Aquí presento los modos en que las madres tratan la anemia:

Entre los recursos tradicionales se puede utilizar la raíz de la planta de solimán (*lobelia decurrens*). Eso es, hirviéndola con dos tazas de agua en una olla hasta que se consuma y dos cucharaditas se dan a beber al bebé. El solimán es una hierba fuerte que se usa en otros lugares como insecticida así que si se hierve de la manera equivocada puede dar escozor en el intestino. Esto hace que no todas las mamás se animen a prepararlo y decidan solamente utilizar los medicamentos recetados por la posta. Entre los recursos biomédicos, se reciben de la posta pastillas y jarabes de sulfato ferroso. Se pudo comprobar que no se necesita analizar la sangre del bebé, sino que es un método de prevención hacer

que las madres administren sulfato ferroso a sus hijos. Todas las madres administran el sulfato ferroso a sus hijos con regularidad y la mayoría de ellas lo combinan con recursos tradicionales para asegurar su efectividad.

### Parásitos

Actualmente, los parásitos intestinales o tseikintsi son una infección bastante común en niños debido a las actividades que realizan como juegos en áreas verdes o zonas de arena y tierra que propician la transmisión de estos organismos; así como en lugares donde el agua potable no es parte de la vida diaria. Existe un gran trabajo de sensibilización y concientización de la higiene mediante charlas y capacitaciones brindadas por las postas y ONG donde se busca brindar herramientas a las familias para prevenir esta enfermedad. Como expresan las madres, se les enseña a manipular los alimentos, al correcto lavado de los mismos, a exclusivamente dar a los niños agua potable, al lavado de mano tanto de niños antes de consumir alimentos como de las madres al cocinarlos y también al darles de comer.

Según revela uno de los médicos de la posta, con frecuencia los diagnósticos que se realizan en niños de la comunidad corresponden a poli parasitosis, lo cual revela que tienen más de un tipo de parásitos en los intestinos. El parásito más frecuente es áscaris lumbricoides que son lombrices alojadas en el intestino delgado que según relatos de las madres, son percibidas por sus hijos cuando comen pues sienten que las lombrices suben por sus gargantas y los cogen por la boca para sacarlos. De la misma manera, en ciertas

ocasiones las lombrices logran salir por la nariz o en las heces. Posteriormente, se presentan también alto número de casos con parásitos giardia intestinalis producidos básicamente por el agua no potable y las lombrices intestinales oxiuros que se instalan en el colon y recto, causando escozor en el ano.

**Causas:**

Entre las madres se reconoció que los parásitos aparecen básicamente por temas de higiene como comer o preparar los alimentos con las manos sucias, no tomar agua hervida sino cruda o manipular mal los alimentos al momento de cocinar.

**Diagnóstico:**

El principal método de diagnóstico de parásitos se realiza a través de exámenes de laboratorio que requieren una muestra de heces del paciente. Este examen, al igual que el requerido para diagnosticar anemia, debe realizarse en la posta de Salvación. No todas las madres lo realizan con frecuencia; más bien, han aprovechado las mismas campañas médicas que llegaban a la comunidad para realizarlos.

Se puede diagnosticar la enfermedad por los siguientes síntomas:

- Abdomen: el principal signo en el cuerpo es la inflamación del abdomen, dando como resultado bebés y niños delgados de contextura con abdómenes hinchados.



- Escozor: en el caso de niños a partir de un año se observa escozor constante en el ano. Así también, muchas madres confirmaron que sus hijos les expresan tener escozor en la boca del estómago como si tuvieran algo vivo dentro.
- Diarrea: se presentan episodios de diarreas esporádicos que demoran en mejorar.
- Heces: se puede observar lombrices en las heces de los niños cuando las madres limpian sus pañales o examinan las heces después de que sus hijos defecan (esto sucede cuando sospechan de la presencia de parásitos).
- Lombrices: como mencionábamos, en casos de ascariis lumbricoides, las madres expresan haber visto niños sacándose lombrices por la nariz o boca que suelen ser un tipo de enfermedad parasitaria bastante frecuente en menores.

**Tratamiento:**

Entre los recursos tradicionales se puede utilizar el molido de papaya que es básicamente moler semillas de la fruta y mezclarlas con la pulpa para mejorar el sabor pues las semillas por sí solas son agrias. De esta combinación sale un jugo que debe darse a beber a los niños cada tres meses. De esta manera, este tratamiento sirve para limpiar a los niños; pero, también sirve como método preventivo. Entre los recursos biomédicos, la posta reparte albendazol a las madres cuando los visitan para sus controles de crecimiento y desarrollo, sobre

todo, cuando notan síntomas como anemia, bajo peso, abdómenes hinchados, entre otros. Se pudo comprobar en campo que las madres realmente administran el medicamento a sus hijos; pero, como en el caso de la anemia, este es combinado por los recursos tradicionales para asegurar la efectividad del tratamiento. Eso se debe principalmente por la obligación que sienten de consumir los medicamentos por los programas sociales.

### Bronquitis

Para las madres, las enfermedades respiratorias como gripe y bronquitis suceden con bastante frecuencia en la comunidad y en la vida de sus hijos. De esta manera, se identificó que la gripe es la enfermedad respiratoria con mayor prevalencia en la comunidad, la anemia y los parásitos la siguen hasta llegar a la bronquitis que fue identificada como la cuarta enfermedad frecuente y la segunda enfermedad respiratoria que más afecta a los niños. Para ellas, la bronquitis se basa especialmente en gripes que no han logrado tratar y que se agudizan dando como resultado una infección en las vías respiratorias. Al igual que la gripe se reconoce que se propaga por contagio así que los mecanismos de prevención utilizados para que los bebés no se enfermen son los mismos que para la gripe común.

Esta enfermedad se introdujo en la vida de los Matsigenka debido a las epidemias que traían los contactos con colonos y que causaban una alta tasa de casos de problemas respiratorios, como mencionábamos en la explicación de la gripe. Aún con este escenario, actualmente es una enfermedad bastante

controlada en cuanto a sus efectos y que convive con la realidad de la comunidad, especialmente de niños en edad escolar. Sin embargo, suele atacar también a niños en la primera infancia constantemente por contagios y los mecanismos de prevención son mucho más exigentes de aplicarse en esta edad pues puede traer consecuencias mayores. Esto debido a que las madres consideran que, si no se atiende a tiempo, sus hijos se desganan y no quieren comer y puede acarrear otros problemas como la desnutrición.

#### **Causas:**

Las madres identificaron que las causas de la bronquitis son las mismas que para la gripe, esto porque, como se mencionaba, una gripe mal tratada da como consecuencia que se inflamen los bronquios y produzcan una infección mayor. Episodios como el friaje, lluvias y la exposición al virus mediante contagio son las principales causas.

#### **Diagnóstico:**

Se puede diagnosticar la enfermedad por los siguientes síntomas:

- Moqueo: presencia de secreciones mucosas en la nariz de los niños.
- Lagrimeo: presencia de lagrimeo en los ojos asociado al moqueo.
- Tos: presencia de tos profunda y constante.

- Flema: presencia de tos con flema en la garganta haciendo que el pecho del bebé silbe.
- Llanto: llanto constante por la molestia que sienten los niños al respirar que hace también que se despierten constantemente porque no pueden dormir.
- Fiebre: se presentan fiebres altas que funcionan como alerta para las madres.

#### **Tratamiento:**

El tratamiento para la bronquitis es similar al de la gripe pues supone liberar las vías respiratorias del niño. Entonces, para tratarla utilizan los siguientes recursos:

Entre los recursos tradicionales se puede utilizar el humeado que consiste en hervir diversas hierbas como las hojas del matico (buddleja globosa) conocido por sus propiedades antiinflamatorias, analgésica y antioxidante, hojas de ajo sacha (mansoa alliacea lam) también considerado como un antiinflamatorio y antioxidante; y, las hojas del eucalipto que se consiguen de Cusco pues son muy recomendadas para problemas respiratorios. El humo que sale de esta preparación debe ser inhalado por el niño hasta que sus vías respiratorias se liberen, muchas veces se utiliza también la ayuda de una manta o un polo que colocan en la cabeza del niño para que el humo no se escape y necesariamente sea inhalado. También se puede utilizar la ishanga siguiendo el mismo proceso que el de la gripe. Entre los recursos biomédicos, se suelen administrar

antibióticos para calmar los síntomas y se combina con la recomendación de darles a los bebés agua tibia para disolver la flema y mantenerlos hidratados. Los antibióticos sólo se dan en la posta y requiere que los padres vuelvan si no baja la infección; pero, según algunas experiencias, suele dar efecto la primera vez que se administran. Sin embargo, esto sucede sólo en casos que los padres llevan a los niños a la posta, cosa que no suelen muy seguido en casos de bronquitis.

### Mal viento

El mal viento proviene de la tradición andina donde se ha pensado que “el viento puede enfermar «agarrando» o substrayendo el espíritu de la persona o penetrando en su interior y posesionándose de él” (Delgado 2000:5). En este sentido, el viento también puede ser un vehículo de la hechicería utilizada en contra de las personas o sus familiares, idea que está muy presente en la vida de los Matsigenka pues si bien pueden darse situaciones donde el viento puede llevarse el alma de los bebés de modo espontáneo, puede ser también consecuencia de la hechicería. De esta manera, aún si el viento es una enfermedad de origen andino, fue adoptada en los contactos con personas de Cusco y apropiada a su realidad pues en ambas sociedades se cree en el animismo de los elementos que componen la tierra.

Esta enfermedad se presenta cuando un bebé está expuesto al viento la primera vez que sale o dentro de las primeras veces, así que se procura no sacar al bebé cuando aún está muy pequeño hasta que tenga más fuerza. De esta

manera, cuando se desea sacarlo, es envuelto con cuidado y se evita exponerlo lo más posible. El diagnóstico es difícil pues presenta la misma sintomatología que otras enfermedades; sin embargo, las madres se basan especialmente en el contexto en que ocurren los episodios. Así, una de las madres expresó que llevó al monte a su hija cuando estaba recién nacida y al volver percibió que no quería lactar pues no tenía fuerzas y parecía tener malestar estomacal. Esto lo asoció a la salida al monte, aplicó el tratamiento y la bebé mejoró, confirmando que se trataba de mal viento.

#### **Causas:**

Como se explicaba, el mal viento sucede cuando los bebés están expuestos por primera vez o siendo aún muy pequeños a vientos que crean la circunstancia ideal para la pérdida del alma de los bebés; así también puede suceder por hechicería, aunque este escenario es menos probable en la comunidad.

#### **Diagnóstico:**

El diagnóstico común se hace mediante la sintomatología y el contexto en el que ocurren los eventos. Se puede diagnosticar la enfermedad por los siguientes síntomas:

- Vómitos: vómitos persistentes que pueden llevar a la deshidratación.

- Diarrea: del mismo modo que los vómitos, pueden presentarse deposiciones blandas que no son fáciles de superar.
- Cólicos: dolor constante que causa llantos en los bebés y se acompañan de gases intestinales.
- Llanto: el bebé llora constantemente a causa de los cólicos, cuando no presenta llanto se debe a la fatiga.
- Fatiga: el bebé pierde total interés por comer, no coge la teta de la madre, se ve cansado y va perdiendo fuerzas.
- Fiebre: en algunos casos se ha presentado fiebres que van de la mano con vómitos o diarrea.

**Tratamiento:**

Para el caso del mal viento se recurre al humeado, utilizando la misma aplicación que para la neumonía y bronquitis, es decir, se hierve en una olla con agua caliente hojas del matico (buddleja globosa), hojas del ajo sachá (mansoa alliacea lam); y, hojas del eucalipto. Una vez hervido se lleva al bebé cerca a la olla y se le hace inhalar el vapor resultante, además se combina con frases que procuren el retorno del alma al cuerpo del bebé. Así, se repiten frases como “no te vayas, a ti te queremos”, “tienes que estar sano, no te enfermes, acá estamos todos contigo”, etc. y se recomienda fumar tabaco mientras se hace esto. Sin embargo, al igual que con otras enfermedades relacionadas al alma, no se recurre a la posta para la atención pues se considera nuevamente que no logran

diagnosticar correctamente, sino que tratan los síntomas por separado, dando una solución momentánea.

### Cutipado

Dentro de la cosmovisión Matsigenka se reconoce que todos los seres que habitan la tierra tienen un espíritu que es capaz de hacer el bien o el mal; por lo tanto, tienen la capacidad de dañar a las personas. Existen también animales con poderes más fuertes que son capaces de tener mayores repercusiones en la salud del bebé hasta el punto de llevarlo a la muerte. El cutipado es justamente la acción del espíritu de un animal en contra de un bebé por venganza a algo que sus padres le han hecho. Esta enfermedad corrobora la afirmación de que también los padres tienen la capacidad de enfermedad a sus hijos con sus acciones, en este caso mirando animales, matándolos o consumiendo su carne. El cutipado es exclusivo de bebés hasta alrededor de los 12 meses.

Entre los casos que se trataron con las madres encontramos el de un padre que había salido al monte y, dada la oportunidad, mató a una raposa por primera vez, el mismo día del hecho su hijo de 8 meses tuvo una fiebre muy alta y no paraba de llorar. Al inicio el padre, que no creía mucho en las costumbres de sus padres y sus abuelos, pensó que quizás su hijo estaba con fiebre por algún resfrío. Sin embargo, pasaron las horas y el bebé no paraba de llorar, sino que se intensificaba su sufrimiento. La madre junto con otra mujer, lo obligaron a calentar una mano en el fuego y pasarla caliente por el pecho del bebé. Un par



de horas después el bebé estaba bien, sin llantos y descansando tranquilamente. Desde ese momento el padre cambió de parecer pues se dio cuenta de que en realidad los tratamientos de las mamás sí funcionaban.

Otro caso particular es el ocurrido muchos años atrás a una de las abuelas que (a las mujeres viejas de la comunidad se les dice “abuelas” y allí de la relación de parentesco con la persona, es signo de respeto por sus años de vivencia y experiencia), al tiempo de tener un bebé, fue un día a la quebrada con sus hijos, incluido el último y más pequeño, allí vio a un sapo grande del tamaño de una papaya madura, lo mató porque le causó un poco de miedo. Al volver a su casa no cumplió con la recomendación de pasarle las manos calientes al bebé para prevenir el cutipado; por ello, esa misma tarde el abdomen del bebé se infló y a las horas murió. De esta manera, el cutipado es considerado también como peligroso porque puede llevar a la muerte del niño si no se cura rápido y si el espíritu del animal es poderoso.

#### **Causas:**

Se puede cutipar al niño si alguno de los padres, especialmente el papá, va al monte a cazar animales; si alguno de los padres come carne de algún animal poderoso o mata bajo cualquier circunstancia a un animal. En el caso de la caza, si es un animal que no se ha cazado antes, de todas maneras, el espíritu de este volverá a la casa del papá y cutipará al niño. Pero, si caza un animal que ya se ha cazado antes puede que suceda como puede que no, así que se debe prevenir evitando la caza.

**Diagnóstico:**

A diferencia de otras enfermedades, el diagnóstico del cutipado puede tomar un poco más de trabajo por la sintomatología que es bastante similar a otros padecimientos y porque se necesita tener más información de las actividades de los padres. Muchas veces las madres expresan que sus bebés pueden empezar síntomas, pero como el padre sigue en el monte, no están seguros si es que ha matado a un animal allí y el bebé está cutipado o si en realidad le está sucediendo otra cosa.

Se puede diagnosticar la enfermedad por los siguientes síntomas:

- Fiebre: presenta fiebres altas acompañadas de llantos prolongados.
- Llanto: muchas veces el bebé empieza a llorar por incomodidad, pero no es en todas las ocasiones pues en otras el bebé está muy débil y triste.
- Vómitos: presenta vómitos persistentes que llevan a la deshidratación del bebé.
- Palidez: muchos bebés presentan síntomas de debilidad, palidez y desgano. No logran comer y para las madres los niños tienen una apariencia de tristeza.

### **Tratamiento:**

Entre los recursos tradicionales encontramos que, de tratarse de la ingesta de carne animal por primera vez, las familias suelen ir a la casa donde se comió la nueva comida y piden los huesos para luego calentarlos en el fogón. Mientras esto sucede, le hablan al bebé repitiendo frases como “cuando vas a crecer, también vas a comer, no te enfermes”, “no te enfermes, vas a estar bien, no pasa nada”, entre otras para animar al bebé. Esto suele tener un buen resultado y basta para que el bebé mejore. En el caso de que el padre ha cazado a cierto animal por primera vez o es un animal poderoso, el padre debe volver a la casa, poner las manos al fuego y calentarlas bastante para luego pasarlas por el cuerpo del bebé pidiéndole que no se enferme utilizando las mismas frases que en el tratamiento anterior. Un último recurso es conseguir el pelo del animal que se ha comido o se ha cazado y humearlo en casa. Sin embargo, este tratamiento es más difícil de hacer porque no siempre se puede conseguir el pelo y se piensa que es menos efectivo que los otros. En el caso de recursos biomédicos, aquí no encontramos ninguno porque las madres, al igual que con mal viento, susto y daño, no los llevan a la posta pues consideran que los tratamientos que brindan son para otras enfermedades o buscan sólo aliviar los síntomas sin llegar a la raíz del asunto.

### Susto

Al igual que el mal viento, el susto se origina en la tradición oral andina y se entiende como “la pérdida del alma o nima de la persona, como

consecuencia de una fuerte impresión recibida y la imposibilidad de retenerla” (Instituto Nacional de Salud, s.f.:3) En el caso de los Matsigenka, el susto o sarogiri es también causado por algún encuentro abrupto que lleva a que el alma del bebé abandone su cuerpo y empiece a vagar sin rumbo. Las madres expresaron que si bien hay personas de otros lugares que creen que la cabeza es una parte importante de los bebés pues es allí por donde puede salir el alma, para ellas no existe parte del cuerpo específica por la que pueda suceder esto. Además, se cree que el susto también puede producirse por el espíritu de difuntos que vagan por la tierra y que pueden robarse el alma de una persona sin importar la edad.

El tratamiento que veremos se aplica para esta enfermedad consiste en lograr que el alma del bebé regrese a su cuerpo, de lo contrario, los síntomas irán incrementando y continuarán causando daños fuertes en el cuerpo del niño. Para lograr que el alma retorne al cuerpo no se puede hacer más que llamarla para que sola decida regresar; de esta manera, es una decisión del alma volver a donde pertenece y las voces que escucha le sirven de guía para lograrlo más no la obligan. Existen mecanismos de prevención como el ivenkiki de protección que espanta a los espíritus con su olor y el tabaco pues se sabe que el tabaco atrae a los buenos espíritus y funciona también para alejar a los espíritus que están vagando sin rumbo en los cuerpos de los animales.

**Causas:**

Les da cuando los bebés se asustan por algún animal poderoso que tiene la capacidad de robar el alma o un animal que alberga el espíritu de un alma que está vagando (por ende, es un alma perdida).

**Diagnóstico:**

Como se mencionaba, combinado con la sintomatología, se hace una revisión de los hechos sobre todo efectuados por el padre para comprobar si en realidad se trata de susto o de otra enfermedad.

Se puede diagnosticar la enfermedad por los siguientes síntomas:

- Llanto: presenta llantos constantes acompañados de gritos.
- Gritos: los gritos persisten y son una intensificación del llanto del bebé.
- Insomnio: los bebés no duermen como normalmente lo hacen y pueden estar toda la noche llorando y gritando. Muchas veces el bebé parece que está durmiendo, pero no lo está y respira fuerte, suspira.
- Sudores: presenta sudores fríos en los bebés.

- Respiración: muchas veces tiene dificultad para respirar y los bebés dejan de llorar con tanta fuerza y cambia su aspecto a uno mucho más triste.

**Tratamiento:**

El fin de los tratamientos que usan las madres es para llamar al alma y hacerla regresar al cuerpo del bebé.

Entre los recursos tradicionales se utiliza la pasada de huevo que es una práctica andina que ha sido adoptada por las madres en la comunidad. Sin embargo, declaran que no cualquier persona puede hacerlo porque no todas están capacitadas para saber leerlo y existen ciertas personas en la comunidad que sí saben y ayudan cuando es necesario. El procedimiento es pasar el huevo por todo el cuerpo del bebé de arriba hacia abajo mientras se rezan 3 “Padre Nuestro” y 3 “Ave María” y llamándolo por su nombre, diciéndole “hijo (nombre), ven, no te asustes, a ti están todos, tus hermanitos, tus papás, todos”. Una vez que se termina, se echa la clara y yema en un vaso transparente, se quita la ropa al bebé y se le pone ropa nueva, la ropa que se le ha quitado debe colocarse para tapar el vaso. Se espera unos minutos y se mira el vaso para leerlo, normalmente se buscan mechas o bolsas alrededor de la yema, se dice que con tres mechas el bebé está bastante asustado.

Un segundo tratamiento es raspar el cuerno del venado a las 11:00 p.m., este se puede encontrar en el monte o se tiene en las casas de cuando se ha cazado este animal. Se agrega cáscara de ajo y se quema en una olla haciendo

que el humo resultante sea inhalado por el bebé diciéndole “ven, a estar con tus hermanitos, no te asustes”, “ven, tus papás te estamos esperando”, etc. La dificultad de este tratamiento es la obtención del cuerno del venado que suele ser complicado de conseguir. Un tercer tratamiento es utilizado por algunas personas que hierven en una olla el pelo del unguirahui (*Oenocarpus batana*) que está en la cogolla del árbol, el cabello de la mamá (de las patillas y un poco del centro de la cabeza si es niña) o el cabello del abuelo (si es niño) y un palo. Los tres se hacen humear y se tapa la cabeza del bebé con una manta y se lo acerca a la olla donde se está hirviendo esta combinación de ingredientes. Finalmente, un cuarto tratamiento es fumar tabaco en la cabeza del bebé durante 3 noches (martes, viernes y martes) llamándolo “ven, tus papás te queremos, tus hermanos están acá, no te asustes”. En relación a los recursos bioéticos, aquí tampoco se contemplan pues los tratamientos que se han prescrito en la posta tienen efectos a corto plazo que las madres consideran que no sanan.

### Neumonía

La neumonía o kentarontsi es una infección respiratoria que inflama los tejidos pulmonares y que al inicio del proceso puede parecer leve como una gripe pero que se agrava rápidamente si no se diagnostica y trata. Según los testimonios recogidos, la neumonía causa bastante miedo pues es considerada una de las principales causas de muerte infantil en la comunidad. Se reconoce al mismo tiempo que existen episodios de muerte a causa del parto y de cuadros graves de anemia y desnutrición; sin embargo, para las madres la neumonía es la enfermedad que en años pasados causaba muchas muertes. Por ello, se

tienen bastantes cuidados para prevenirla y evitarla, inclusive se cuentan historias de años anteriores donde los niños solían ser evacuados de emergencia a la posta, pero no sobrevivían y volvían sólo los padres.

Como se menciona, en la comunidad se han presentado casos de niños que han sido evacuados de emergencia a la posta porque, según testimonios, se fatigan, respiran muy rápido y se hunde la piel en las costillas de los niños al tratan de respirar profundamente para recibir aire. Estos casos son pasados pues actualmente no se presentan casos nuevos de neumonía, pero han marcado profundamente la experiencia entorno a la enfermedad. El miedo que existe entre las madres es que una vez que llega a ese estado, el bebé se puede morir a las horas, sin darles oportunidad de evacuarlos a la posta. Al ser enfermedades mortales en niños también están fuertemente asociadas al daño hecho por brujería pues se cree que alguna persona ha deseado que el bebé muera para dañar a la familia.

#### **Causas:**

Para las madres, la neumonía es una extensión de la gripe. Es decir, que una gripe no tratada o mal tratada puede ocasionar que el niño tenga neumonía en el futuro. Por lo tanto, confirman que la causa es viral y requerirá de tratamientos similares a los de la gripe.

#### **Diagnóstico:**

Para las madres, tanto los síntomas como el diagnóstico de la neumonía son similar al de la gripe; pero, la sintomatología se presenta durante un tiempo



más prolongado y suelen ser más graves. De esta manera, si los niños presentan tos o fiebre, su duración es mayor a la regular.

Se puede diagnosticar la enfermedad por los siguientes síntomas:

- Tos: presenta tos constante, bastante fuerte y más prolongada en tiempo que la de la gripe.
- Respiración: la respiración se vuelve cada vez más difícil y un signo importante es ver si al respirar se notan las costillas del bebé, si esto sucede es porque le cuesta mucho inhalar.
- Flema: presencia de tos con flema en la garganta haciendo que el pecho del bebé silbe, similar al sonido de un ronquido que también se presenta cuando respiran.
- Llanto: cuando los bebés tienen neumonía con tos y flema suelen llorar bastante porque no pueden respirar bien.
- Fiebre: en muchos casos se presentan fiebres altas acompañadas de escalofríos y fuertes transpiraciones del bebé.

### **Tratamiento:**

Entre los recursos tradicionales se usaba mucho el humeado, el mismo que se aplica en la bronquitis y que sirve para que se libere el pecho del bebé. El humeado se basa en el de hojas del matico (buddleja globosa), hojas del ajo sacha (mansoa alliacea lam); y, hojas del eucalipto. Otro recurso que es menos

utilizado son las guías de palta (hojas recién creciendo) pues se considera que es una fruta con propiedades antiinflamatorias; de este modo, se coloca de 3 a 5 guías en un vaso de agua hervida y se deja reposar unos minutos, esto se le da a tomar al bebé por las mañanas hasta que se ve una mejoría rápidamente. Entre los recursos biomédicos, se suelen recetar inyecciones y pastillas pues se considera que la neumonía en bebés y niños pequeños puede ser grave, en el caso de neumonías bacterianas se receta amoxicilina o azitromicina. Además, en caso sea necesario se realizan nebulizaciones en la posta para que las vías se liberen y permitan que el niño pueda respirar bien. Se recomienda además mantener una buena hidratación a través de la leche y agua. Estas recomendaciones y medicaciones son muy importantes para las personas considerando que ven a la neumonía como mortal así que se recurren a tanto recursos tradicionales como biomédicos.

### Daño

El daño o matsintsi está también ligado al alma al igual que el mal viento, susto y cutipado, y la posibilidad de perderla hasta el punto de llegar a la muerte. Se trata de hechicería realizada por un brujo que es capaz de comunicarse con espíritus malos para enfermar a una persona. El poder del brujo es bastante fuerte, este determina el tipo de daño que se infligirá; así, se cree que, si un brujo desea que sufras, sufrirás; pero, si desea que mueras, morirás. En Palotoa Teparo no hay brujería actualmente porque no hay ninguna persona que sepa realizarla. Hubo una época donde un miembro de la comunidad tenía conocimientos básicos y sembraba variedades de plantas que son capaces de

hacer daño como un tipo particular de ivenkiki; sin embargo, todos reaccionaron expulsándolo de la comunidad después de una asamblea comunal.

Cuenta un relato en la comunidad que una señora le pidió una cushma (túnica tejida) a una de las abuelas, pero como ella no tenía más que una que era la última que le quedaba, le dijo que no se la podía dar. Entonces, la señora maldijo a la abuela y por la noche empezó a dolerle la cabeza, a adormecerse sus piernas, a sentir comezón en la boca tan fuerte como el que produce el ají y a sentir dolor constante en el cuerpo, esto no la mató, pero le hizo sufrir bastante. De esta manera, se afirma que el daño se produce por sentimientos negativos como la envidia o por no haber obtenido algo que se quería. En el caso de bebés, el daño producido en ellos suele estar relacionado a las acciones de los padres que son castigados con el dolor o muerte de sus hijos pequeños.

De la misma manera en que el daño es causado por un brujo, solamente un chamán es capaz de dar fin a los efectos invocando a los saangarite en una ceremonia de ayahuasca. Actualmente, no se presentan casos de daño y cuando los hubo –que fueron muy aislados- se prefirió ir al chamán por sobre la posta porque allí los doctores examinan a los pacientes y no encuentran nada mal en sus cuerpos ni signos de enfermedad, por lo cual recetan algunas medicinas y dan de alta al paciente. Tanto para visitar un chamán como para la posta se requiere salir de la comunidad y emprender un viaje, así que son dos itinerarios terapéuticos que resultan costosos. Sin embargo, las personas, cuando comprueban que la sintomatología cuadra con la del daño, además del contexto en que suceden los hechos, prefieren acudir directamente al chamán.

**Causas:**

El daño se da por la hechicería que realiza un brujo guiado por sentimientos de maldad como la envidia pues sólo busca el sufrimiento o muerte de la otra persona.

**Diagnóstico:**

El diagnóstico del daño suele ser difícil porque los síntomas son muy variados, normalmente dan dolores de cabeza, espalda, estómago, cualquier tipo de dolor corporal. Considerando esto, muchas personas primero descartan las demás enfermedades antes de decidir ir a un chamán.

Se puede diagnosticar la enfermedad por los siguientes síntomas:

- Dolores: se da una serie de dolores corporales, no hay una parte en específica que puede doler, sino que puede ser cualquier parte del cuerpo.
- Respiración: suele presentarse problemas para respirar acompañados de dolores de pecho.
- Palidez: los niños se ponen pálidos y pierden todas las ganas de jugar o moverse, por ello se quedan descansando y parecen tristes. En niños que ya pueden pronunciar palabras, ya no desean hablar, sino que quieren quedarse en la cama.

- Fiebre: en algunas personas se presentan fiebres acompañadas de dolores en el pecho y asociados a los problemas de respiración.

### **Tratamiento:**

Entre los recursos tradicionales se piensa que antes de la visita al chamán se pueden bañar en agua hervida con solimán para ayudar a calmar un poco los síntomas hasta recibir la ayuda necesaria. El chamán realiza una ceremonia donde consume ayahuasca y hace que la persona afectada también lo consuma para ver quién le ha hecho daño, cómo y dónde lo ha hecho; sin embargo, al tratarse de bebés, solamente el chamán consume ayahuasca. De este modo, el chamán recomienda a los padres del bebé dietarse esos días diciéndoles qué comer y qué no, además les recomienda qué alimentos pueden consumir y qué alimentos no pueden consumir después de la ceremonia, por cuánto tiempo, cuánta cantidad, etc. para procurar mantener el alma en el cuerpo del bebé. En estos casos, como mencionábamos, no se suele recurrir a la posta, pero hay personas que lo han hecho dentro de su proceso de descarte antes de diagnosticar el daño.

De la misma manera en que fueron identificadas las enfermedades, las madres identificaron tres síntomas que son transversales a estas y que afectan a los niños en la primera infancia. A continuación, presentaré dichos síntomas que encontramos en diversas enfermedades y sus modos particulares de tratamiento, así como los recursos terapéuticos utilizados por las madres:

### Fiebre

La fiebre normalmente se asocia a la gripe, pero también puede aparecer en otras enfermedades, sobre todo en aquellas asociadas a la pérdida del alma donde vemos una configuración de síntomas bastante amplios y variados. En caso no se tenga aún claro qué es lo que tiene el bebé, es decir, no se ha diagnosticado alguna enfermedad en particular, se puede tratar directamente la fiebre mediante el uso de caña caña (*costus varzeorum*) que es una hierba del monte que puede ser hervida y utilizada para bañar al bebé con la saliva tibia resultante, esto permite que la temperatura del bebé disminuya rápidamente. Otro recurso terapéutico es el uso de la hierba santa maría que también tiene propiedades antiinflamatorias, de este modo, se puede calentar en una olla un par de hojas y colocarlas en el cuerpo del bebé para reducir su temperatura.

### Diarrea

En la diarrea o seitsi los niños suelen tener, además de heces blandas, los ojos decaídos, muestran signos de tristeza acompañado de llanto constante. Entre las causas se encuentran muchas, por un lado, se piensa que es porque el niño necesita empezar a comer alimentos además de la leche materna y es una forma de avisarte que ya está preparado. Por otro lado, se dice que, si los niños presentan diarreas durante la etapa exclusiva de leche materna o cuando ya han empezado a comer alimentos sólidos o blandos, es porque la madre está embarazada de otro bebé. Esta idea ha sido ampliamente comprobada pues se

crea que la leche cambia y es la causante del malestar; por lo tanto, el bebé no dejará de tener diarrea mientras consuma la leche de su madre.

En cuanto a los dolores que conlleva la diarrea, los niños más grandes suelen avisar que tienen dolor abdominal, dolor de cabeza o malestar general; sin embargo, los niños entre 0 a 2 años no avisan porque aún están muy pequeños y no saben expresar sus sentimientos muy bien, por ello suelen llorar, pero no es fácil saber si tienen diarrea por el llanto pues puede significar una variedad de cosas. A partir de los 2 años es más sencillo porque ya saben pronunciar palabras y direccionar para mostrar a sus padres de dónde viene el dolor. En cuanto a los tratamientos que se aplican, independientemente de la causa de esta -que puede ser un cuadro de parásitos, mal viento, etc.- encontramos:

- Hervir 15 guías de guayaba durante 15 minutos con un poco de agua. Una vez hervido se retira de la candela, se deja entibiar y cuando baja la temperatura se agrega una pizca de sal y azúcar. Como resultado se obtiene un suero que debe ser tomado por el niño y en máximo un día corta la diarrea haciendo que la recuperación sea rápida.
- La guayaba es comúnmente conocida por sus beneficios para problemas estomacales así que, además del suero producto de sus hojas, se suele dar de comer la fruta a los niños conjuntamente con sus alimentos normales y funciona como regulador que permite la recuperación del estómago, evitando que continúe la diarrea. Sin embargo, se da una

cantidad medida y con cuidado pues se cree que si se come en exceso puede ser que, en vez de curar la diarrea, la intensifique si el estómago está aún muy delicado.

- Algunas personas utilizan la tangarana (*triplaris americana*) hervida con agua para administrarla a los niños; sin embargo, considerando el agrio de su sabor, no suele gustarle a los niños y su administración se vuelve más complicada así que no es muy utilizado aún si también tiene efectividad para casos de diarrea.

### Vómitos

Los vómitos o ikamarankira pueden estar asociados a diferentes enfermedades, sin embargo, se asocia a algún malestar estomacal o cuando es consecuencia de alguna enfermedad relacionada al alma del bebé. No se considera un síntoma alarmante, es algo que suele suceder con normalidad en la vida de los recién nacidos, sobre todo durante el consumo exclusivo de leche materna. No obstante, en caso los vómitos continúen, sí pueden ser peligrosos pues llevan al adelgazamiento veloz de los niños. Además, para ciertas enfermedades puede ir de la mano de diarreas que desencadenan una serie de malestares corporales que incluyen fiebres, esto hace que los niños pierdan fuerzas. No suele aplicarse un tratamiento para los vómitos pues se considera como una expulsión natural que requiere el cuerpo, pero si va de la mano de otros síntomas, se utilizan los tratamientos para la enfermedad que se sospecha tiene el bebé.



### 6.3. Reconstrucción de casos de enfermedad

Finalmente, para la última sección del presente capítulo se desarrollan cinco casos de enfermedad reconstruidos por las madres, los mismos que tienen estrecha relación con las enfermedades descritas en la sección anterior. Al término de la descripción de casos le continúa un análisis sobre el uso de recursos y repertorios terapéuticos, los agentes de salud que intervienen en cada uno de los casos y los itinerarios terapéuticos que siguieron los padres.

#### El viento se lleva el alma

Los padres suelen llevar a sus hijos a las chacras por dos motivos: primero, porque están lo suficientemente grandes para colaborar con las tareas que requiere el trabajo de siembra y cosecha de alimentos y/o recolección de frutos; y, segundo, porque: son aún muy pequeños y no van a la escuela, van a la escuela, pero están de vacaciones; o, no tienen quién se haga cargo de ellos en casa durante la ausencia de los padres. La experiencia de la chacra es una experiencia cotidiana, a tal punto que las familias suelen construir una segunda casa al lado de sus tierras trabajadas donde duermen por unos días. Debido a esto, una de las familias que tuvo que ir a la chacra a trabajar, decidió llevar a su bebé de cuatro meses con ellos; pero, después de dos días allí, el bebé se enfermó repentinamente. En realidad, como expone la madre, no existe ningún problema con la chacra, pero personifica una situación vulnerable para los bebés pues pueden coger mal viento en el camino o ser cutipados por espíritus de animales o almas de personas fallecidas.

La madre no sabía qué hacer pues era su primer hijo y, además de no estar completamente cómoda de hacerle preguntas a sus padres acerca de los síntomas que presentaba su bebé, no tenía mucha experiencia con enfermedades de niños ni con el uso de plantas medicinales. Así que, al día siguiente de la visita a la chacra, decidió llevar al bebé a la posta de la comunidad nativa Shintuya que para ese entonces era la posta que le correspondía a los comuneros. El personal de salud de la posta realizó una examinación del bebé, controlando su respiración y revisando los latidos del corazón, pero no encontraron nada. Ante esto, aplicaron medicamentos como paracetamol, un jarabe que la madre no recuerda cuál era y un inyectable para calmar el dolor; y, le dieron de alta, regresando la madre y el bebé a la comunidad con los síntomas aparentemente controlados. Sin embargo, el bebé recayó enfermo al día siguiente, presentando llantos fuertes y prolongados que no permitían que el bebé durmiera como normalmente lo hacía.

En ese momento es que el padre de la madre intervino pues tenía conocimiento de medicina natural, diagnosticando al bebé con mal viento después de hacerle una serie de preguntas a la madre sobre las circunstancias en las que el bebé se había enfermado. Lo primero que hizo una vez confirmado que se trataba de mal viento fue fumar un cigarro de tabaco alrededor del bebé, lanzando el humo hacia el niño para atraer a los saangarite y alejar a los malos espíritus, seguidamente puso un poco de alcohol etílico en un plato de porcelana y le prendió fuego. Finalmente, el alcohol tibio que quedaba de este procedimiento lo usó para frotar la espalda del bebé, los motivos por los cuales

su padre realizó estas cosas son desconocidos para la madre, pero asegura que esto fue lo que sanó a su hijo pues una vez aplicado el tratamiento, el bebé mejoró y no volvió a presentar más síntomas.

#### En Santa Rosa de Huacaria está el chamán

Una mujer junto con su bebé de seis meses, su hermana y su madre fueron a pescar a la cocha de shansho que es una zona donde se ubican estas aves que emiten ruidos fuertes y que, por su poca capacidad para volar, permanecen en ramas de árboles cerca al agua. Cuando las aves se movían de una rama a otra, la hermana le decía al bebé repetidas veces “mira cómo vuela”, “mira el ave”, “mira sus colores”, etc. y el bebé se reía ante esto. La pesca duró hasta el atardecer cuando decidieron volver a casa y al llegar, el bebé empezó a tener diarrea. Llevaba toda la noche enfermo y a la mañana una madre le recomendó hacer un hervido de guayaba y dárselo al bebé para ver cómo reaccionaba pues la guayaba, como mencionábamos anteriormente, suele aliviar malestares relacionados al estómago y los intestinos. En este caso específico no funcionó, sino que continuaron las diarreas constantes.

El bebé estuvo casi una semana con diarrea hasta que decidieron llevarlo a la posta pues, como la madre menciona, ella no se sentía cómoda intentando darle más tratamientos en casa a parte del mate de guayaba porque le daba miedo experimentar con la salud de su bebé. Así que decidieron visitar la posta de Palotoa Llapapampa que para ese momento ya había entrado en funcionamiento. Allí le hicieron una serie de preguntas sobre sintomatología que

presentaba el bebé y además preguntaron por qué habían demorado tanto tiempo en visitarlos, ante la pregunta, los padres prefirieron no contestar porque no querían ser regañados por el personal de salud. El médico recetó algunos medicamentos que la madre no recuerda al día de hoy pero que resultaron en curaciones momentáneas, que obligaban a los padres a volver a la posta cada cierto número de días durante un mes hasta que finalmente fueron evacuados a la posta de Salvación pues el bebé había perdido bastante peso y se encontraba muy débil.

En la posta de Salvación administraron al bebé suero vía intravenosa, esto mostraba una mejoría en sus síntomas pues ya no lloraba tanto y la diarrea comenzó a disminuir; pero, al día siguiente que el bebé fuera dado de alta, y que continuara con el tratamiento de medicinas recetado por los médicos de la posta, recayó y nuevamente se presentó diarrea constante. Fue en ese momento que el padre preocupado por la salud de su hijo decidió que lo mejor era llevar al bebé a Santa Rosa de Huacaria, una comunidad que se encuentra en la zona de Cusco, cerca de Pilcopata, pues allí vive un tío de la familia. Esto se decidió pues el tío era chamán y, después de tantas visitas a la posta, sentían que ninguno de los tratamientos utilizados anteriormente daba frutos, sino que el bebé seguía adelgazando, llorando, perdiendo fuerza y casi no se alimentaba como debía.

En el viaje fueron los padres y el hijo para estar todos los directamente involucrados en la vida del bebé en la consulta con el chamán. Normalmente esta tiene un costo que puede variar entre dinero, artículos, favores, entre otros.,

pero, considerando eran familia no tuvo ningún costo. El ritual consistía en que el chamán tomaba ayahuasca frente a los padres y el bebé para comunicarse con los saangarite y pedirles ayuda para sanar a este último. En sus visiones el chamán aseguró haber visto a una abuela que había cogido el alma del bebé en la cocha de shansho, la apariencia física de la abuela era la de una mujer vieja con muchos collares en el cuello bastante llamativos, una cruz en la mano izquierda y con cabello blanco largo. Durante el ritual el bebé no hace nada ni se le hace nada, es aproximadamente una hora en la que los padres son testigos mas no participan directamente.

Considerando las visiones, el chamán les explicó que la anciana de la cocha había cutipado al niño y su alma la tenía ella en el mismo lugar en el que la había tomado, así que por esto el bebé no se lograba recuperar. Como tratamiento no bastaba solamente con llamar al alma del bebé y que esta se reincorporara en su cuerpo, sino que se necesitaba complementar con una dieta donde los padres no podían consumir carne de sachavaca durante un año. En ese tiempo se alimentaban básicamente de pescado y pollo, las carnes rojas fueron prohibidas durante 15 días, pero luego se reincorporaron progresivamente en las dietas de los padres. Las personas se dietan porque de no hacerlo puede complicarse la situación y los bebés pueden recaer en la enfermedad nuevamente.

Finalmente, durante el tiempo de recuperación el bebé tenía las costillas bastante pronunciadas, demoró alrededor de un año en ponerse completamente bien y la diarrea se fue yendo progresivamente durante este tiempo. Con ello, se

logra notar que el tratamiento no tuvo una eficacia inmediata, sino que la mejoraría demoró varios meses, tiempo en el que el bebé presentaba diarreas más leves que iban disminuyendo poco a poco. A diferencia del tratamiento biomédico basado en inyecciones, suero y pastillas que tenían soluciones sólo a corto plazo, este tratamiento resultó en episodios de diarrea cada vez más leves que comprobaban su eficacia en el tiempo. Sin embargo, en el primer caso, los bebés recaían aún más fuerte, con diarreas constantes y difíciles de cortar. Considerando esto, el tratamiento de una enfermedad no necesita ser automático, pero sí mostrar una mejoría progresiva.

#### Los bebés a veces se asustan

Los bebés a veces se asustan es una frase que utilizan muchas madres cuando hablan del susto y es que es algo que suele suceder con frecuencia mientras son pequeños según relatos de las propias mujeres. Una de ellas recordaba que una de sus hijas presentó fuertes diarreas al año de nacida que duraron alrededor de 3 días antes de tratar de conseguir cualquier tipo de ayuda. Fue entonces cuando se cruzó con una señora de la comunidad, quien había sido informada del malestar de la niña gracias a otras comuneras y, después de mirar detenidamente a la menor, dijo a la madre que seguramente el estómago de la bebé se había volteado y necesitaba que se le pasara huevo. Entonces, le pidió llevarla a su casa el día viernes (día siguiente del encuentro) y martes para realizar el tratamiento y buscar que la bebé se sanara.

La señora pasó huevo, fumó tabaco y un poco de coca alrededor del cuerpo de la bebé, acabado esto rompió el huevo en un vaso con agua y pudo comprobar que la bebé tenía el estómago volteado y sucio puesto que en el agua había manchas marrones que son indicadores de suciedad y por ende del malestar. Según el testimonio, la madre no sabía a ciencia cierta por qué su bebé se asustó, pero un motivo que se suele pensar es por alguna caída brusca. En este caso, la señora le dijo que seguramente alguien hizo caer a la bebé al suelo, pero como ella no recordaba ninguna situación similar, interrogó a sus hijos mayores, quienes algunas veces se quedaban a cuidar a su hermana menor mientras la mamá realizaba algunos quehaceres del hogar. Fue allí cuando supo que, al querer poner a la bebé en la manta para mecerla y hacerla dormir, se había caído al suelo.

Finalmente, en cuanto a la recuperación, esta demoró más o menos un mes donde la diarrea de la bebé fue disminuyendo de manera progresiva y se fueron introduciendo alimentos blandos pues los primeros días que presentó los síntomas no comía mucho y todo lo que lograba comer lo expulsaba automáticamente en las heces. Esto llevó a que la bebé perdiera mucho peso así que pasado un mes y medio había recuperado algunos kilos y ya no presentaba diarrea. Sobre el tratamiento, la mamá expuso que, si la señora no se le habría acercado, era muy probable que visitara la posta pues no sabía qué métodos usar en casa para procurar que su bebé se sanara, además de que no se le suele consultar a otras madres sobre los métodos que ellas usan en sus

casas, sino que esta clase de información es transmitida en encuentros casuales y conversaciones informales entre mujeres.

### La gripe se cura en casa

Una niña de dos años y seis meses se enfermaba constantemente con gripe los últimos doce meses antes del episodio, le daban fuertes dolores de cabeza y fiebre acompañados de llantos constantes, mucosidad y flemas. Los síntomas básicamente se encontraban entre el pecho, cuello y cabeza, por ello, no involucraba el estómago así que no presentaba diarrea ni vómitos. Si bien no le dolía el estómago ni tenía problemas intestinales, no comía como siempre pues tenía malestar en todo el cuerpo que la incomodaba y fastidiaba, casi sin darle ganas de querer comer. La madre esperaba que los síntomas se fueran con normalidad, pero, considerando que la gripe le atacaba seguido, requería aplicar algún tipo de tratamiento en casa sino no lograría sanarse por completo.

De esta forma, como tratamiento, la madre solía bañar a su bebé en diferentes hierbas que son conocidas por sus propiedades antiinflamatorias, entre ellas está el llausapancho (*heliocarpus popayanensis*), caña caña (*costus varzeorum*) o ishanga (*laportea aestuans*). Cualquiera de estas las hervía en agua durante varios minutos (el tiempo depende del tipo de planta que se utilizaba) y el agua resultante lo usaba en baños para su hija. El ángel tuna (*urtica*) es un arbusto que también es utilizado por algunas madres, pero, al ser más difícil de preparar no se suele usar con tanta frecuencia. Para su preparación la madre expresaba que se debía raspar las hojas y la espuma



resultante, similar a la espuma del jabón, se dejaba macerar en agua y se utilizaba después para bañar a los bebés.

Además de los baños, la madre expresó que utilizaba con frecuencia las evaporaciones de ajosacha (*mansoa alliacea lam*) que es una especie de analgésico y antiinflamatorio para la fiebre. Para aplicarlo, ponía el ajosacha en agua hasta que estuviera bien hervido y con un mantón o frazada que ponía sobre el bebé había que respirara el vapor resultante. Todos estos tratamientos que describía la mujer habían sido aplicados en casa gracias a las enseñanzas de otras madres y de su propia mamá, pero se evitó llevar a la bebé a la posta en casos de gripe, así como a sus hermanos porque la madre considera que la gripe puede ser curada en casa, al mismo tiempo que la posta para ella no es un lugar agradable y lo reserva sólo para los controles prenatales y de crecimiento y desarrollo.

Este malestar e incomodidad que siente hacia la posta se debe a experiencias de otras familias donde ha visto que han aplicado inyectables a los que los niños no están acostumbrados, además de algunas malas aplicaciones de los agentes de salud que han causado que las zonas donde se insertaron las agujas se inflamen y causen fuertes molestias. Lo que significa para las madres que sus hijos se enfermen pues presentan inflamación, hinchazón, picazón y lloran con frecuencia por los malestares. Finalmente, tampoco ha sido necesario para la madre recurrir a un chamán pues la gripe hoy en día es vista como una enfermedad leve que puede ser tratada con hierbas, sin necesidad de recurrir a agentes de salud que no están accesibles para la familia.

### El mentol no lo cura todo

Una mamá tenía ya varios hijos cuando su último bebé de alrededor de un año presentó tos constante acompañada de un ronquido en el pecho. A la mujer siempre le habían recomendado en la posta usar mentol cuando sus otros hijos tenían tos y le habían dicho varias señoras de otros lugares que era bueno para muchos malestares como picaduras de mosquitos, así que tenía uno en casa, pero no lo había utilizado hasta el momento; en cambio, esta vez decidió probarlo en su bebé esperando que mejorara. La recomendación que recibió era que debía echárselo al bebé en la espalda, pecho y cuello para que aliviara la tos. Así que llegada la noche acostó a su bebé en la cama junto con ella, le echó mentol y se fueron todos a dormir. Cuando despertó se dio cuenta que el bebé no podía ni abrir la boca, asustada lo puso boca abajo, le palmeó la espalda y logró que abriera la boca y respirara. Desde ese momento le tiene miedo al mentol pues lo considera peligroso.

Hasta ese momento la madre creía que su hijo tenía una gripe que podía curar en casa; sin embargo, la tos era constante aun cuando iban pasado un par de semanas y había aplicado varios tratamientos en casa que no daban efecto. Fue entonces cuando, de camino a la posta, se encontró fortuitamente en Salvación con una señora de otra comunidad que al sentir la tos le dijo que su bebé tenía neumonía. Como tratamiento, le recomendó hervir de 3 a 5 guías de palta (hojas recién nacidas del árbol) con agua por las mañanas, una vez listo debía dejarlo reposar y luego dárselo a tomar al bebé. La recomendación le pareció algo no muy drástico, sencillo y que podía probar en casa así que decidió

no visitar la posta e intentar primero con las guías de palta. Preparó así la receta en casa a la mañana siguiente y el bebé expectoró toda la flema que tenía, dejando su pecho libre del ronquido.

A partir de allí, cuando sus hijos o los de otras mamás tienen tos o neumonía, les recomienda utilizar este tratamiento pues les ha dado efecto. Y si bien, cuando los agentes de salud de la posta le dicen que pase con su hijo para que lo revisen, ella prefiere decirles que sí va a ir y se escapa regresándose a la comunidad. Finalmente, la reconstrucción de este caso nos da luces para entender que el proceso de adquisición de conocimientos de recursos y repertorios terapéuticos vienen no sólo del modelo de atención oficial y/o tradicional de la comunidad a la que pertenece la madre, sino que rompen barreras pues la señora que recomendó las guías era de una comunidad no Matsigenka. Además, cabe señalar que este tratamiento es apropiado progresivamente en la comunidad por ciertas madres a las que se les transmitió la información y que poco a poco van aplicándolo.

La reconstrucción de cada uno de estos casos permite ver que los itinerarios terapéuticos no son fijos, por el contrario, se basan en las experiencias de las personas que componen las familias, especialmente de las madres pues son estas quienes toman las decisiones alrededor de la vida de sus hijos. Del mismo modo, se revela una permeabilidad de los itinerarios que los ayuda a transformarse y modificarse conforme van sucediendo los eventos. Un claro ejemplo es el caso de neumonía donde una persona a la que no se recurrió inicialmente como agente de salud terminó siendo capaz de modificar la ruta de

atención y los recursos terapéuticos utilizados por la madre del bebé. Al mismo tiempo, es importante señalar que el uso de guías de palta se venía utilizando en una comunidad no Matsigenka, pero terminó siendo adoptado por la madre del bebé y eventualmente transmitido a otras mujeres a través de una apropiación del método tras su comprobada efectividad.

En las enfermedades que se describieron anteriormente podemos ver que existen algunas basadas en temas espirituales, sobre todo en el robo o retención del alma por un espíritu de los seres. En el tratamiento de dichas enfermedades las madres reconocieron que recurrir a la posta no fue la mejor decisión pues, como se mencionaba, se piensa que los recursos terapéuticos que utilizan no logran atacar la raíz de la enfermedad, por el contrario, se basan en la curación de los síntomas aislados. Esto hacía pensar a las familias que el esfuerzo de visitar la posta era sólo una pérdida de tiempo y de recursos, en el caso de mal viento se pudo observar cómo la posta no encontró realmente nada malo en el bebé, sino que aplicaron medicamentos basados en los síntomas, inclusive estos fueron recetados a la madre para que continuara con la medicación en casa, pero como el bebé recayó, la madre decidió no continuar con la prescripción.

Esta sensación de pérdida de tiempo y recursos involucra sobre todo a recursos económicos pues se piensa que el tiempo invertido en ir a la posta pudo usarse para trabajar la chacra o cazar algún animal, aumentando el valor de las horas invertidas, además del dinero que implica el combustible, pasajes en bus y/o comida que debe gastarse cuando se sale de la comunidad y se visita Palotoa Lactapampa o Salvación. Podemos observar en el caso del cutipado cómo es

que el tratamiento no curaba al bebé y obligaba a la familia a viajar a la posta en múltiples ocasiones durante el transcurso de un mes, pero sin ninguna clase de resultado. Esta serie de experiencias, si bien se dan en cada familia de manera particular, van formando en las familias un discurso de negatividad hacia la posta y sus tratamientos que luego se compartiré a otras familias. Esto se pudo comprobar cuando muchas madres expresaban que no les gustaba visitar la posta porque habían oído historias de otras mujeres o habían visto los efectos en hijos de otras y querían evitarlos por completo en sus propias familias.

Además, existe una sensación de negatividad hacia la posta en base a experiencias de las madres con el personal de salud. En el caso de la neumonía la madre evitó por completo visitar la posta porque en diversas oportunidades la habían tratado mal y criticado sus mecanismos de cuidado. Del mismo modo, para el caso del susto la madre expuso que una limitante para ella fue haber escuchado experiencias de otras madres donde no sanaban a los bebés, sino les recriminaban estén enfermos con frases como “seguro no lo has cuidado”, “seguro con la mano sucia le has hecho comer”, “a los bebitos no puedes tenerlos así”, etc. Si la madre del bebé con neumonía no visitó la posta fue porque tenía una experiencia de trasfondo para tomar sus decisiones, por el contrario, la segunda no la tenía y decidió primero recurrir a recursos biomédicos preocupada por tomar una mala decisión que afectara aún más la salud de su bebé.

Por otro lado, si bien las madres pueden manejar información similar por transferencia, no garantiza que sus decisiones sean las mismas. Además de esto, las decisiones suelen basarse en cuánta experiencia tiene la madre en

cuidados de bebés; si, por ejemplo, es primeriza será más cautelosa al momento de decidir, pero, si es alguno de sus otros hijos y ha lidiado antes con esa enfermedad, usará esa experiencia. La madre del caso del cutipado era primeriza y el itinerario terapéutico que siguió fue usado solamente una vez, como consecuencia de toda la experiencia en la posta y los efectos en la curación del bebé, nunca más consideró a la posta como primera opción, sino el uso de recursos terapéuticos tradicionales con ayuda del abuelo o la experiencia que iba ganando. De esta manera, el conocimiento compartido entre madres es importante, pero aún más lo son las experiencias vividas de primera mano.

Al mismo tiempo, existe un factor por el cual las madres pueden prescindir de las experiencias que les han sido transferidas o de usar sus experiencias y se trata de casos donde lo aplicado no funciona y se han agotado todas las opciones viables de tratamiento. Esto es bastante claro en el caso de la neumonía pues la madre expuso que estaba convencida de visitar la posta porque su bebé no lograba sanarse con tratamientos a base de recursos y repertorios del modelo tradicional y había agotado todas las opciones que tenía. Se sobrepuso a su desconfianza hacia la posta y decidió visitar a los médicos, pero este escenario no tuvo éxito porque se encontró con una señora en el camino, de lo contrario sí habría llevado a término la visita y habría seguido el tratamiento que se le recomendara. De esta manera, vemos las madres también deciden recurrir a la posta cuando ningún otro tratamiento utilizado da efecto.

Otro punto importante es que la elección de recursos y repertorios terapéuticos se basa principalmente en la efectividad y practicidad de los

mismos. El tema de la efectividad ya ha sido ampliamente desarrollado en los párrafos anteriores pues el hecho de que funcione un tratamiento enriquece la experiencia de las madres y por ende influye en sus decisiones. En cuanto a la practicidad, el uso de recursos domésticos basados en hierbas, tabaco y otros, además de ciertos recursos biomédicos que se tienen en casa son ampliamente utilizados por su rápida obtención. Por otro lado, no se suele recurrir al chamanismo pues involucra un factor adicional de tiempo y dinero para el viaje, al igual que las visitas a la posta. Si bien podría conseguirse un chamán más cerca a la comunidad, se suelen visitar sólo chamanes Matsigenka porque hablan la misma lengua que la de los padres, esto involucra un viaje a Santa Rosa de Huacaria además del costo de atención y la logística del viaje.

La reconstrucción de casos demuestra que se da un uso combinado de recursos terapéuticos de diferentes modelos de atención, encontramos a una madre que tenía mentol en casa al lado de ciertas hierbas medicinales y el uso de uno u otro se define por varios factores como si es un recurso nuevo o si se ha comprobado su efectividad. En casos de autoatención hay una discusión interna entre qué tipo de recurso utilizar cuando se tienen recursos de diferentes modelos de atención, la respuesta se basará en la experiencia previa y el conocimiento que se tiene, pero también se puede realizar una prueba de efectividad. Del mismo modo sucede con las cuidadoras cuando deben elegir qué recurso utilizar con los bebés, así, en el caso de neumonía la madre intentó utilizar mentol por primera vez para comprobar su efectividad; no obstante, no le funcionó y nunca más consideró utilizarlo, sino que le creó una sensación de

temor, dando por terminado su proceso de prueba. Dicho proceso se retoma constantemente cuando se encuentran frente a recursos nunca antes utilizados.

En muchos casos, las madres mencionaron que prefieren utilizar más de un recurso terapéutico, especialmente si es de más de un modelo de atención para asegurar que alguno funcione. Por ello, dieron a conocer que para cuando visitan la posta han aplicado algún recurso del modelo de atención tradicional en casa que puede que aún sigan esperando su efecto. Un claro ejemplo lo encontramos en los casos de parásitos donde alguna madre afirmó que utiliza en casa los jarabes que les da la posta, pero lo acompañan de molido de papaya. Esto comprueba que hay un uso de múltiples recursos y repertorios terapéuticos, muchos de estos se van incorporando en el repertorio de cada familia con el tiempo y la experiencia ganada. En el caso de mal viento, por ejemplo, la madre vio a su padre utilizar tabaco y entendió que es un recurso poderoso que nunca había pensado usarlo en casa, pero que había visto que lo usaban los chamanes con frecuencia en rituales de ayahuasca.

Según lo analizado, podemos afirmar que existe un proceso íntimo y familiar de descarte, en muchos es sólo la madre quien participa, en otros también el padre u otro familiar directo. Sin embargo, no suelen consultar a otras madres sobre los recursos y repertorios terapéuticos que utilizaron en sus casas para tratar a sus bebés, la mayoría de conocimiento compartido se da porque la información es transmitida en conversaciones informales y grupales. Muchas de las madres aseguraron que no intervendrían en las decisiones de otras madres respecto al cuidado de sus hijos. En el caso de mal viento, el abuelo intervino



solamente cuando deseó hacerlo, antes fue espectador y se mantuvo al margen hasta que vio que era necesaria su participación. La madre no fue capaz por si misma de consultar con su padre sobre el uso de algún recurso, sin embargo, cuando éste decidió involucrarse, lo dejó hacerlo sin mayores cuestionamientos.

Lo mismo sucedió en el caso del susto, de no ser por un encuentro casual entre las madres y de la iniciativa respetuosa de la señora ajena a la vida del niño, el tratamiento habría sido totalmente diferente al que se utilizó. En ambos casos la intervención fue voluntaria, fue una invitación de ambos miembros hacia la madre a utilizar lo que ellos conocían o a dejarles aplicar un tratamiento que ellos manejaban, no se da una imposición. Esto revela algo muy importante, que la crianza de niños es una experiencia muy familiar que es respetada por los demás y no se suelen dar consejos alrededor de esta a menos que se pidan por parte de alguno de los padres, que se den de manera indirecta en conversaciones cotidianas entre mujeres o se sugiera a modo de invitación para ser elegido por los padres si es que consideran conveniente. Esta es una regla implícita en las relaciones sociales de los miembros de la comunidad pues el respeto hacia los demás y la intimidad de su vida familiar es muy importante para ellos. Esto se puede comprobar en diversas situaciones que surgen en la cotidianidad que son respetadas por otros núcleos familiares y que no intervienen a menos que sean invitados.

Las familias, especialmente los padres, además de ser las personas exclusivamente encargadas de cuidar a los niños, funcionan también como personajes capaces de enfermar a sus hijos -como veíamos anteriormente- y

como personajes claves en el tratamiento de los mismos. Algunos casos de pérdida del alma llevan a que los padres se dieten para contribuir al tratamiento de sus hijos o para mantener su estado de bienestar. En el caso particular del cutipado, el chamán pidió a los padres dietarse después del ritual, básicamente no podían comer carnes de animales como sachavaca, venado, entre otros pues muchos de estos animales tienen el poder de cutipar nuevamente al niño y hacerlo recaer en la enfermedad. Es lo mismo que sucede cuando un padre ha cazado un animal y este cutipa al niño, el padre debe seguir una serie de reglas para que el bebé se mantenga sano una vez que se ha aplicado el correcto tratamiento, entre ellos está el dietarse, el no cazar animales mientras el bebé tenga aún el ombligo, etc.

Este proceso de descarte del que hablamos se da porque no siempre se tienen todas las respuestas a las causas de las enfermedades que determinarán el diagnóstico, se necesita ir evaluando los síntomas y tratarlos muchas veces de manera aislada, según el efecto que tengan los recursos utilizados se irá moldeando el diagnóstico hasta llegar al definitivo. Existen enfermedades donde es mucho más sencillo este proceso y en el primer intento de identificación de síntomas más la aplicación de algún tratamiento, se ve la mejoría. Sin embargo, en algunos casos esto suele ser diferente porque muchas enfermedades presentan sintomatología similar, en el caso del susto o del cutipado se intentaron varios métodos y se especuló sobre varias enfermedades hasta que finalmente se logró conocer la misma y sus causas. Para el susto en particular, las causas fueron difíciles de determinar e involucraron a los hermanos del bebé,

haciendo que la madre los interrogara para conocer si es que ellos sabían de alguna caída del bebé. Cuando confirmó que efectivamente su bebé se había caído conoció la causa, esto también es porque si bien la señora que le ayudó a curar al bebé sabía que tenía cutipado, no podía saber la causa a diferencia de un chamán que con la ayuda de un saangarite logra obtener ese tipo de información.

Además de todo lo analizado anteriormente se pudo comprobar que también existen “lugares” peligrosos para niños capaces de enfermarlo como la chacra y elementos de la naturaleza que también pueden ser perjudiciales como el viento, animales, entre otros. Haciendo que la enfermedad sea mucho más compleja y tenga también un carácter espacial, en el caso del susto el bebé se enfermó en la cocha y en el de mal viento sucedió en la chacra. Esto deriva en una serie de mecanismos de prevención en las familias, en el caso específico de mal viento la madre expresó que cada vez que volvía a la chacra con alguno de sus hijos, no sólo cuidaba de abrigoarlos bien, sino que llevaba siempre en su morral un cigarro de tabaco por si llegara a necesitarlo. Para la madre que tuvo a su hijo enfermo por susto, tampoco volvió a la cocha con ninguno de sus otros bebés sino hasta que estuvieran un poco más grandes y fuertes. Muchas son las madres que utilizan métodos preventivos como evitando llevar a los niños a lugares muy lejanos o abrigándolos bien si aún son muy pequeños, los mismos que vimos en la serie de cuidados que se tienen cuando al bebé aún no se le ha caído el ombligo.

Finalmente, entre los agentes de salud que intervienen encontramos a los agentes biomédicos de la posta que aparecen en el caso de cutipado y mal viento. Las madres que interactuaron con ellos, aseguraron que solamente cumplieron con un procedimiento de atención básico y recetaron medicinas que se basaban sólo en hacer que el niño parezca bien y sano pero que en realidad no funcionaba porque nunca tuvieron idea de lo que realmente tenía. Existen también muchos casos donde la posta sí ha tenido un mejor desempeño según testimonios de las madres y la visita ha servido para curar a los bebés, pero estos son casos de enfermedades leves como resfriados, parásitos o enfermedades muy graves que han requerido hospitalización y en algún caso una intervención quirúrgica. Pero, aún si para muchas, algún tratamiento ha servido, no se animan a volver por el costo que involucra la visita a la posta pues tienen recursos tradicionales -especialmente de hierbas- que sirven muy bien para tratar ciertos casos.

Hablar de los agentes de salud tradicional resulta difícil en Palotoa Teparo donde oficialmente no encontramos ninguno en términos de legitimización y reconocimiento comunal de sus conocimientos y prácticas. Esto se puede explicar en que la comunidad es aún bastante joven en cuanto a su formación y su crecimiento ha ido aumentando con el tiempo cada vez que se albergaban nuevas familias, pero no se ha propiciado un espacio para el desarrollo del conocimiento de plantas que suele darse a través de la tradición oral. Los abuelos que existen hoy en día son muy pocos y se ha perdido mucha de la enseñanza a los más jóvenes sobre estos temas, haciendo que, si bien hay

personas que pueden saber y tratar ciertas enfermedades, no son reconocidos como agentes de salud tradicional por la comunidad. Del mismo modo, la partera que encontramos en la comunidad no es una partera reconocida, sino que sus conocimientos le han servido para que otras mamás recurran a ella y que ciertas familias la consideren como partera, pero no es un reconocimiento grupal ni legítimo, sino que se basa en experiencias personales.

Para el abuelo que intervino en el caso de mal viento, aún si no es un agente de salud tradicional reconocido y legitimado por los miembros de la comunidad, su experiencia y sus conocimientos sobre plantas llevaron a que la madre confiara en él y que en sus siguientes hijos tomara medidas preventivas como lo es el uso del ivenkiki para mal viento tanto en collares, pulseras como en baños tibios en base a esta planta especial que recomendó el abuelo para evitar que episodios como este vuelvan a suceder. Lastimosamente el abuelo murió años después y no tuvo oportunidad de enseñarle a sus hijas sobre sus conocimientos y estas admitieron que tampoco sintieron curiosidad en aprender o preguntarle más sobre lo que utilizaba cuando alguien de la casa se enfermaba o cuando alguna persona de otra familia recurría a él. Además del abuelo encontramos como posibles agentes de salud tradicional a personas como la señora en el caso del susto que pertenecía a la comunidad o la señora de Salvación que era de otra comunidad no Matsigenka que recomendó el uso de guías de palta para neumonía.

Otro agente de salud tradicional presente en diversas comunidades es el chamán, pero en el caso de Palotoa Teparo, como mencionáramos

anteriormente, no es un agente muy presente porque no vive en la comunidad y su acceso es una limitante agregado al valor económico del viaje que se requiere para visitarlo. El caso de cutipado es uno de los pocos casos que existen de consulta a algún chamán como agente de salud pues la comunidad no cuenta con uno para hacer de esta práctica una más frecuente. Debido a esta situación, los itinerarios terapéuticos que involucran las prácticas chamánicas son bastante escasos y se reservan para problemas mucho más serios que no pueden ser solucionados en la unidad doméstica o con el uso de plantas medicinales conocidas. Esto se debe a que el efecto que tienen algunas enfermedades relacionadas a la pérdida del alma son bastante fuertes y requieren rituales de contacto con los espíritus buenos para pedir su ayuda, además de realizar acciones dentro de la vida familiar como la dieta para evitar la vulnerabilidad del bebé.

## CAPÍTULO VII. CONCLUSIONES

Hoy en día vivimos en sociedades plurales en las que coexisten múltiples modelos de atención con sistemas de interpretación distintos, como en su momento afirmaran Pool y Greissler (2005). De esta manera, el desarrollo del caso de Palotoa Teparo, comunidad Matsigenka del Manu, es reflejo de una estructura pluralista que presenta, efectivamente, diferentes tradiciones y prácticas médicas que combinan recursos de la biomedicina con los recursos terapéuticos domésticos de la comunidad que se complementan a la vez, tanto en la búsqueda y mantenimiento de la salud como en el manejo de las enfermedades. Una constante que se encontró en la vida de las cuidadoras fue la preferencia al uso de más de un recurso terapéutico, y, además, se evidenció que el uso de dichos recursos provenía de diferentes modelos de atención. En muchos escenarios se aplicó más de un tratamiento, los cuales provenían de más de un modelo de atención que podían ser utilizados de manera paralela o combinada con lo cual las cuidadoras buscaban garantizar la búsqueda y mantenimiento de la salud.

En este estudio se ha observado que muchas de las nociones que las cuidadoras tienen sobre la salud y la enfermedad en niños en la primera infancia emergen de los propios procesos y prácticas de cuidado. Con esto comprendemos que las nociones que manejan las cuidadoras no son definitivas

ni categóricas, tampoco homogéneas, sino que se van negociando y modificando en los diferentes procesos de atención, especialmente sobre la base de la experiencia. Este resultado coincide con la literatura sobre el tema que afirma que las cuidadoras, en este caso particularmente las madres, alteran y modifican sus interpretaciones sobre la salud y la enfermedad a partir de su experiencia directa con estas y con los modelos de atención a los que acceden (Young, 1982; Kleinman, 1973; Pedersen, 1989). Asimismo, si bien las cuidadoras de niños en la primera infancia pueden manejar la misma o similar información pues viven en la misma comunidad y tienen los mismos espacios de transferencia de información, esto no garantiza que sus decisiones sean las mismas. Las decisiones de las cuidadoras se basan en su experiencia sobre niños, modelos de atención, sintomatología, recursos y repertorios terapéuticos, entre otros. Así, las experiencias que viven de primera mano las cuidadoras crea y modifica su conocimiento y, al final del día, guían todas sus acciones y decisiones.

Además de la experiencia y las prácticas me gustaría retomar la idea de Pedersen (1989) sobre cómo el modo en que los procesos históricos, sociales y culturales pueden contribuir a la aparición de cualquier enfermedad. Considero que, además, estos procesos afectan la negociación de los diagnósticos y la elección de los recursos y repertorios terapéuticos que se utilizan para tratar una enfermedad. Por ejemplo, la introducción de programas sociales en la comunidad como Cuna Más y Juntos ha aumentado el uso de los recursos biomédicos. Hoy en día, las cuidadoras asisten a los controles médicos desde el embarazo y durante la primera infancia continúan asistiendo por los incentivos



que reciben. Es decir, a partir del acompañamiento a las familias de Cuna Más y el incentivo monetario de Juntos se ha reconfigurado el acceso a la posta y se ha priorizado las visitas. Mi experiencia de campo demostró que existe una diferencia generacional en la asistencia a los controles pues son las madres jóvenes quienes no faltan desde el embarazo, mientras que las madres mayores de 35 años tienen mayor dificultad para adaptarse pues en años previos no visitaban las postas. No obstante, se observó un incremento en el esfuerzo por asistir y no perder los incentivos estatales.

Cabe señalar que, en base al trabajo realizado en Palotoa Teparo, se determinó que cuando hablamos de cuidadores en la comunidad se hace referencia a madres o mujeres que han adoptado dicho papel. Es decir, el cuidado de niños en la primera infancia es una experiencia femenina donde la madre u otra mujer tiene la responsabilidad y capacidad de tomar decisiones que afecten y contribuyan al restablecimiento de la salud de los infantes. Cuando las madres son primerizas y tienen pocos conocimientos sobre el cuidado de recién nacidos no suelen recibir ayuda de sus familiares a menos que esta sea requerida o solicitada, demostrando que la vida familiar es bastante respetada. En casos particulares donde las madres estaban ausentes por diversos motivos, el papel de cuidador lo tenía otra mujer de la familia u otra mujer de la comunidad. Pudimos comprobar que no suele dejarse niños a cargos de varones así sean los padres, especialmente si están en la primera infancia pues se considera que sus necesidades requieren de los cuidados de una mujer.

Retomamos la idea de Anderson (2006) de que los sistemas de cuidados de niños en la primera infancia presentan tres subdimensiones fundamentales: la económica, social y política. En los casos estudiados parece ser que la subdimensión económica tiene una gran influencia en las decisiones de las familias pues muchas de sus discusiones y negociaciones se centran en los costos directos, indirectos y de oportunidad de la salud y enfermedad de los niños. De esta manera, buena parte de los itinerarios terapéuticos registrados se afectan de manera importante por los costos que estos involucran. Como hemos podido desarrollar, los costos directos de combustible y/o pasajes en bus para visitar la posta, además de los costos de alimentación y hospedaje que pueden requerirse en casos de hospitalizaciones o de visitas que requieren estar más de un día fuera de la comunidad, y el valor económico que se le da a las horas perdidas de trabajo o de búsqueda de alimentos son uno de los principales factores para no elegir el modelo de atención biomédico. Por ello, se da una preferencia a itinerarios terapéuticos que involucren los recursos y repertorios terapéuticos disponibles en la unidad doméstica pues presentan un costo de oportunidad que impide caer en gastos monetarios ya mencionados. Sin embargo, como hemos podido comprobar, las visitas a la posta se han reconfigurado a causa de los programas sociales que presentan incentivos monetarios a cambio de controles de salud.

Si bien los itinerarios terapéuticos que se siguen se caractericen por basarse principalmente en los recursos de la unidad doméstica, estos son variables y tienen un carácter permeable, modificándose conforme van

sucediendo los eventos. Encontramos casos donde las cuidadoras iniciaron eligiendo recursos tradicionales, pero, terminaron aplicando tratamientos biomédicos debido a un proceso de descarte de recursos hasta encontrar aquel que restauraba el estado de salud. Los préstamos y adopciones de recursos y repertorios terapéuticos se han dado en un proceso de adquisición de conocimientos gracias a la interacción de comuneros con personas de fuera, pero esto no sería suficiente si antes no existiera un proceso de comprobación de la efectividad del recurso como hemos mencionado. De esta manera, las cuidadoras, especialmente las madres, se basan en la efectividad de un recurso, así como de su acceso, y, si ambas condiciones se cumplen, es bastante probable que el recurso sea adoptado y adaptado en los itinerarios terapéuticos que seguirán las cuidadoras.

La interacción con agentes de salud como doctores, técnicos y enfermeros ha aumentado en los últimos años en base a la implementación de programas sociales en la comunidad. La valorización de su trabajo es variada pues en casos de enfermedades no biomédicas, se reconoció que los recursos y repertorios terapéuticos utilizados durante la atención son bastante básicos y se enfocan en la curación de los síntomas aislados, sin comprender las causas reales de los padecimientos, lo cual hace que la curación sea momentánea. Sin embargo, en casos de otras enfermedades, la valorización ha mejorado en el tiempo y se tiene un poco más de confianza en los tratamientos biomédicos considerando la efectividad que han tenido en algunas oportunidades.

Además, se evidenció la poca presencia de agentes de salud tradicional, el único agente presente no había pasado por un proceso de legitimación y reconocimiento comunal de sus conocimientos y prácticas. Por lo tanto, la decisión de recurrir a él era exclusivo de las familias y de la confianza que sentían hacia esta persona. Se supo que en años anteriores había personas especializadas en el uso de recursos terapéuticos locales, pero muchos habían muerto o se habían ido a otras comunidades Matsigenka. De este modo, encontramos la presencia de una partera que ha asistido partos en la comunidad, así como un chamán Matsigenka que vive en otra comunidad, pero que asiste a los comuneros de Palotoa Teparo cuando lo necesitan. Es importante señalar que aquellos itinerarios terapéuticos que involucran la asistencia de un chamán son escasos hoy en día y se reservan para problemas mucho más serios que no pueden ser solucionados en la unidad doméstica con el uso de plantas medicinales conocidas o con las visitas a la posta, siendo muchas veces el último recurso que utilizan. Esto debido a los costos de acceso pues para visitarlo se requiere realizar un viaje a Santa Rosa de Huacaria y este necesariamente debe ser pagado por las cuidadoras.

En cuanto a las enfermedades que afectan a niños en la primera infancia, en el caso Matsigenka estas siempre han sido abordadas como la consecuencia de las relaciones desequilibradas del hombre con su entorno; no obstante, a consecuencia de la interacción constante que tienen los comuneros de Palotoa Teparo con otros grupos sociales dentro y fuera del territorio comunal, así como con agentes de salud de diferentes modelos de atención, la enfermedad

involucra hoy en día también factores biológicos. De esta manera, se reconoce que ciertos padecimientos no tienen su origen en el desequilibrio del hombre con el entorno, sino que se deben a causas biológicas que pueden ser atendidas con recursos y repertorios terapéuticos biomédicos. Adicional a esta concepción encontramos una serie de dimensiones que caracterizan a las enfermedades: corporal, espacial y familiar. La dimensión corporal se basa en los dolores físicos que provocan los padecimientos en las personas, especialmente si son recién nacidos. Así, todo aquello que perturba la paz, causa una sensación de tristeza y produce dolor corporal es reconocido como enfermedad. La dimensión espacial se basa en todos aquellos lugares capaces de enfermar a los niños debido a los elementos que los componen, especialmente cuando se trata de contextos con animales capaces de enfermar a las personas, por ello, estos son considerados como “lugares peligrosos” que deben evitarse o tener mucho cuidado cuando se visitan.

Finalmente, la dimensión familiar se concentra en la experiencia colectiva considerando que: a) muchos tratamientos para restaurar la salud de niños en la primera infancia involucran la participación de uno o más miembros del núcleo familiar, y, en algunos casos, se presenta una reestructuración de los papeles de los miembros afectando la dinámica familiar; b) todos los niños en la primera infancia requieren de sus cuidadoras para el diagnóstico y tratamiento de sus enfermedades pues por sí mismos son incapaces de lograrlo, de tal modo, son las cuidadoras los únicos encargados de la toma de decisiones sobre el uso de recursos y repertorios terapéuticos utilizados en la búsqueda de la salud y el

modelo de atención al que recurrirán; y, c) todos los miembros de la familia se encuentran interconectados y así como uno o más miembros pueden contribuir a restaurar el estado de salud, pueden también ser los responsables de los padecimientos de los menores pues tienen la capacidad de dañarlos con sus acciones, por ello es que existen prohibiciones que se siguen para no afectar la salud de los demás miembros de la familia ni la del recién nacido.



## BIBLIOGRAFÍA

Alarcón, A., Vidal, A. y Neira, J. (2003) Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista Médica de Chile*. Santiago de Chile. Vol. 131, N° 9.

<<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872003000900014>>

Anderson, J. (2006) Economías del cuidado colapsadas: ¿a quién le tendría que preocupar?”. *Conferencia internacional: Las migraciones América Latina Europa: ¿qué desafíos para el análisis y las políticas?* Bruselas. 6-7 de noviembre 2006.

Anderson, J., Torrejón, S. y Zañiga, M. (2016) *Las infancias diversas: estudio fenomenológico de la niñez de cero a tres años en cuatro pueblos indígenas de la amazonía peruana*. UNICEF, Lima, Per .

Baer, G. (1994) *Cosmología y shamanismo de los Matsigenka*. Ediciones Abya-Yala, Quito, Ecuador.

Baer, H. (1982) On the Political Economy of Health. *Medical Anthropology Newsletter*. Vol. 14, N° 1, pp. 1-17.

Baer, H. (2013) Medical Systems in Indigenous and Precapitalist State Societies”. En BAER, Hans, SINGER Merrill e Ida SUSSER. *Medical Anthropology and the World System*. 3ra Edición. Connecticut: Praeger, pp. 307-328.

Banco Central de Reserva del Perú, Sucursal Cusco (2016) *Caracterización del departamento de Madre de Dios*. Cusco, Perú.

<<http://www.bcrp.gob.pe/docs/Sucursales/Cusco/madre-de-dios-caracterizacion.pdf>>

Bruijn, E, y Whiteman, G.M. (2010) That Which Doesn't Break Us: Identity Work by Local Indigenous 'Stakeholders'. *Journal of Business Ethics*, Volumen 96, Issue 3, pp. 479-495.

Bunce, J. A. y McElreath, R. (2017) Interethnic interaction, strategic bargaining power, and the dynamics of cultural norms: A field study in an Amazonian population. *Human Nature*, Volume 28, Issue 4, pp 434–456.

Centro para el Desarrollo del Indígena Amazónico – CEDIA. *Iniciativa "Ecoturismo en la Comunidad Nativa Palotoa Teparo – Madre de Dios"*.

<[mapa.ampaperu.info/directory/listado/cedia/file/284/CEDIA.pdf](http://mapa.ampaperu.info/directory/listado/cedia/file/284/CEDIA.pdf)>

Centro de Estudios y Prevención de Desastres (Predes) *El Programa del Vaso de Leche en el Perú, lecturas de apoyo*.

<[http://www.predes.org.pe/ayudatematica\\_pdf/programa\\_vaso\\_%20leche.pdf](http://www.predes.org.pe/ayudatematica_pdf/programa_vaso_%20leche.pdf)>

Comunidad Nativa Machiguenga Palotoa Teparo (2015) Visión Comunal.  
<[http://www.seperu.org/uploads/3/1/7/4/3174185/vision\\_comunal\\_cn\\_machiguenga\\_palotoa\\_teparo\\_2015-2019\\_-\\_final.pdf](http://www.seperu.org/uploads/3/1/7/4/3174185/vision_comunal_cn_machiguenga_palotoa_teparo_2015-2019_-_final.pdf)>

Dargent, E. (2012). *El estado en el Perú: Una agenda de investigación*. Lima: Escuela de Gobierno y Políticas Públicas de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

Delgado Súmar, H. (2000) "Wayrasqa" o "Wayra Qapisqa". *Cuadernos de Medicina Tradicional*. Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Medicina Tradicional. Lima: INPUGRAF S.R.L.

El Comercio (2018) *Comunero muere por impacto de flechas de indígenas mashco piro*.  
<<https://elcomercio.pe/peru/madre-de-dios/contactados-matan-flechazos-comunero-peru-noticia-501491>>

Foster, G. y Anderson, B. (1978) Medical Anthropology. *Medical Anthropology Newsletter*. Vol. 10, N° 4, pp. 21-23.

García Hierro, P. (1995) *Concepciones sobre la salud en un grupo de curanderos de la selva peruana*. Tesis para optar el título de Licenciado en Psicología con mención en Psicología Clínica. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.

Garro, L. (1998) On the Rationality of Decision-Making Studies: Part 1: Decision Models of Treatment Choice. *Medical Anthropology Quarterly*. Vol. 12, N° 3, pp. 319-340.

Garro, L. y Young, J. (1983) Atención de salud en minorías étnicas rurales. Algunas observaciones antropológicas. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Volumen 95, Issue 4*, pp. 333-344.

Gertler, P., Heckman, J., Pinto, R., Zanolini, A., Vermeersch, C., Walker, S., Chang, S.M. y Grantham-McGregor, S. (2014) *The Jamaican Study: Early childhood education can compensate for developmental delays, boost earnings and reduce inequality*. The Heckman Equation.

<[https://heckmanequation.org/assets/2017/01/F\\_Heckman\\_Jamaicastudy\\_US\\_071714.pdf](https://heckmanequation.org/assets/2017/01/F_Heckman_Jamaicastudy_US_071714.pdf)>

Gestión (2013) *Madre de Dios sin pobres, pero con 13% de niños desnutridos*.  
<<https://gestion.pe/impresa/madre-dios-pobres-13-ninos-desnutridos-38193>>

Good, B. (2003) *Medicina, racionalidad y experiencia*. Ediciones Bellaterra, Barcelona, España.



Good, B. y Del Vecchio, M. (1981) The Semantics of Medical Discourse. *Sciences and Cultures: Anthropological and Historical Studies of the Sciences*, Volumen 5, pp. 177-212.

Huamán Espino, L. y Valladares, C. (2006) Estado nutricional y características del consumo alimentario de la población Aguaruna, Amazonas. Per 2004. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, Volumen 23, Issue 1, pp. 12-21.

Hvalkof, S. (2003) *Sueños amazónicos: un programa de salud indígena en la selva peruana*. Copenhague: Fundación Karen Elise Jensen: NORDECO.

Instituto Nacional de Estadística e Información (2012) *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012*.

<<http://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/Est/Lib1075/index.html>>

Instituto Nacional de Estadística e Información (2016) *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2016*.

<[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1433/index.html](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1433/index.html)>

Instituto Nacional de Estadística e Información (2017) *Censos Nacionales de Población y Vivienda*.

Instituto Nacional de Recursos Naturales (2001) *Comparación de la Economía de dos comunidades nativas peruanas: Una alejada del mercado y otra integrada a ello*.

<[https://www.conservation-strategy.org/sites/default/files/field-file/Amarakaeri\\_Report.pdf](https://www.conservation-strategy.org/sites/default/files/field-file/Amarakaeri_Report.pdf)>

Instituto Nacional de Salud (2018). *Presencia de parásitos intestinales en niños favorecen la anemia y la desnutrición crónica*.

<<https://web.ins.gob.pe/es/prensa/noticia/presencia-de-parasitos-intestinales-en-ninos-favorecen-la-anemia-y-la-desnutricion>>

Instituto Nacional de Salud (s.f.). Síndromes Culturales. Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI).

<<https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/censi/s%C3%ADndromes%20culturales.pdf>>

Izquierdo, C. (2005) When “health” is not enough: societal, individual and biomedical assessments of well-being among the Matsigenka of the Peruvian Amazon. *Social Science & Medicine*, Volumen 61, Issue 4, pp. 767-783.

Izquierdo, C. y Johnson, A. (2007) Desire, envy and punishment: a Matsigenka emotion schema in illness narratives and folk stories. *Culture, Medicine & Psychiatry*, Volumen 31, Issue 4, pp. 419-444.

Johnson, A. (1975) Time allocation in a Machiguenga community. *Ethnology, Volumen 14, no. 3*, pp. 301-310.

Johnson, A. (1983) Machiguenga gardens. *Adaptive Responses of Native Amazonians*, R.Hames y W. Vickers (eds). Academic Press, Nueva York, Estados Unidos, pp. 29-63.

Johnson, A. (2002) *Families of the forest: the Matsigenka indians of the Peruvian Amazon*. University of California Press, Berkeley, Estados Unidos.

Johnson, A., y Behrens, C. A. (1982) Nutritional criteria in Machiguenga food production decisions: a linear-programming analysis. *Human Ecology, Volumen 10, no. F2*, pp. 168-189.

Johnson, A., y Johnson, O. (1975) Male / female relations and the organization of work in a machiguenga community. *American Ethnologist, Volumen 2*, pp. 634-648.

Johnson, O. (1978) *Interpersonal Relations and Domestic Authority among the Machiguenga of the Urubamba*. Ph.D. Dissertation (Dept. Anthropology). Columbia University, Nueva York, Estados Unidos.

Kleinman, A. (1973) *Medicine's symbolic reality: On a central problem in the philosophy of medicine*. Inquiry, pp. 206-213.

Kleinman, A. (1978) "Concepts and a Model for the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems". En *Social Science & Medicine*. Vol. 12, N° 1, pp. 85-93.

Kleinman, A., Eisenberg, L. y Good, B. (1978) Culture, Illness, and Care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine* 88, pp. 251-258.

Laza, C. (2009) Algunos aportes del sistema teórico de la medicina tradicional. *Revista Teórica y Praxis Investigativa*. Centro de Investigación y Desarrollo, Fundación Universitaria de Área Andina. Vol. 4. N° 1, pp. 61-68.

MacQuarrie, K., y Pérez de Cuellar, J. (1992) *Peru's Amazonian eden: Manu: national park and biosphere reserve = El paraíso amazónico del Perú: Manu: Parque Nacional y reserva de la biósfera*. Blassi, Barcelona, España.

Massa Villafuerte, G. L. (2009) *El ritual del fútbol como medio de construcción de identidades masculinas en jóvenes de una comunidad nativa machiguenga* (tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.

Medina, A., Mayca, J., Velásquez, J. y Llanos, F. (2017) Representaciones sociales relacionadas a la anemia en niños menores de tres años en

comunidades Awajún y Wampis, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, Volumen 34, Issue 3*, pp. 414-422.

Menéndez, E. (2003) Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia & Saúde Coletiva, Volumen 8, No. 1*, pp.185-207.

Ministerio de Salud (2006) *Análisis de la Situación de Salud del Pueblo Matsigenka*. Dirección General de Epidemiología, Lima, Perú. <[http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub\\_asis/asis17.pdf](http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub_asis/asis17.pdf)>

Ministerio de Salud (2010) *Análisis de la Situación de Salud del Perú*. Dirección General de Epidemiología, Lima, Perú. <[http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub\\_asis/asis25.pdf](http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub_asis/asis25.pdf)>

Morley, P. (1978) Culture and the Cognitive World of Traditional Medical Beliefs: Some Preliminary Considerations. *Culture and Curing: Anthropological Perspectives on Traditional Medical Beliefs and Practices*. Morley, P. y Wallis, R. (ed.) Pennsylvania: University of Pittsburgh Press, pp. 1-18.

Municipalidad de Tambopata (2014) *Plan de Desarrollo Urbano de Puerto Maldonado, 2024*. <[http://eudora.vivienda.gob.pe/OBSERVATORIO/PDU\\_MUNICIPALIDADES/PUERTO%20MALDONADO/DIAGNOSTICO.pdf](http://eudora.vivienda.gob.pe/OBSERVATORIO/PDU_MUNICIPALIDADES/PUERTO%20MALDONADO/DIAGNOSTICO.pdf)>

Neuenschwander, C. (1983) *Paititi en la bruma de la historia*. Editorial Cruzzi & Cia S.A., Arequipa, Perú.

Ohl, J. (2005) *El eco-turismo como oportunidad para un desarrollo sostenible? La economía de los Matsigenka en el Parque Nacional del Manu, Perú*. GTZ, Lima, Perú.

Organización Mundial de la Salud (2007) *Desarrollo de la Primera Infancia: Un Potente Ecuilibrador*. <[http://www.who.int/social\\_determinants/publications/early\\_child\\_dev\\_ecdkn\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/social_determinants/publications/early_child_dev_ecdkn_es.pdf?ua=1)>

Organización de las Naciones Unidas (2015) *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2015*. Nueva York. <[http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015\\_spanish.pdf](http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015_spanish.pdf)>

Organización de las Naciones Unidas (s.f.) Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. *Objetivos de Desarrollo Sostenibles*. <<http://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>>

Parque Nacional del Manu (2013) *Reporte Manu*. Editorial San Diego Zoo Global, Cusco, Perú.

Pedersen, D. (1989) Curanderos, divinidades, santos y doctores: Elementos para el análisis de los sistemas médicos. Roesrsch, C., Van Der Hoogte, L. y Tavares de Andrade, J.M. *La Medicina Tradicional en Sistemas Formales de Salud*. Centro de Medicina Andina, Cusco, Perú.

Pool, R. y Geissler, W. (2005) Medical systems and medical syncretism. *Medical Anthropology (Understanding Public Health)*, pp. 39-51.

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 en maestría en Antropología (Escuela de Graduados). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú. Escuela de Graduados.

Quevedo, R. (2010-2011) La medicina tradicional en el sistema de salud en el Perú. *Red Latinoamericana de Antropología Jurídica (in press)*, pp. 1-17.

Rosengren, D. (1987) Concepciones de trabajo y relaciones sociales en el uso de la tierra entre los machiguenga del Alto Urubamba. *Amazonía Peruana, Volumen 8, no. 14*, pp. 39-59.

Rosengren, D. (1998) Matsigenka myth and morality: Notions of the social and the asocial. *Journal Of Anthropology, Volumen 63, Issue 2*, pp. 248-272.

Rosengren, D. (2002) Cultivating Spirits: on Matsigenka Notions of Shamanism and Medicine (and the Resilience of an Indigenous System of Knowledge). *Anales Nueva Poca, No. 5*, pp. 85-108.

Rosengren, D. (2004) Los Matsigenka. En: Santos Granero, F.; Barclay, F. (eds.) *Guía Etnográfica de la Alta Amazonía*. Vol. IV. Smithsonian Tropical Research Institute, IFEA, 2004.

Shepard, G. (1998) Psychoactive plants and ethnopsychiatric medicines of the Matsigenka. *Journal of Psychoactive Drugs, Volumen 30, Issue 4*, pp. 321-332.

Shepard, G. (1999a) Shamanism and diversity: A Matsigenka perspective. *Cultural and Spiritual Values of Biodiversity, U.N.E.P. Global Biodiversity Assessment, Volumen 2*, pp. 93-95.

Shepard, G. (1999b) *Pharmacognosy and the Senses in two Amazonian Societies*. Ph.D. Dissertation (Dept. Anthropology). University of California, Berkeley, Estados Unidos.

Shepard, G. (2002) Three days for weeping: Dreams, emotions and death in the Peruvian Amazon. *Medical Anthropology Quarterly*, Volumen 16, No. 2, pp. 200-229.

Shepard, G. (2003) Chamas y la ambigüedad del bien y del mal en la mitología Matsigenka. *Los Pueblos Indígenas de Madre de Dios. Historia, Etnografía y Coyuntura*, Huertas, B. y García, A. (eds). FENAMAD & IWGIA, pp. 243-257.

Shepard, G. y Chicchn, A. (2001) Resource use and ecology of the Matsigenka of the eastern slopes of the Cordillera Vilcabamba. *Biological and Social Assessments of the Cordillera de Vilcabamba, Peru*, Leeanne E. Alonso et al. (eds). RAP Working Papers, No. 12, SI/MAB Series 6, pp. 164-174.

Shepard, G. e Izquierdo, C. (2003) Los Matsigenka de Madre de Dios y del Parque Nacional del Manu. *Los Pueblos Indígenas de Madre de Dios. Historia, Etnografía y Coyuntura*, Huertas, B. y García, A. (eds). FENAMAD & IWGIA, pp.111-126.

Shepard, G. e Izquierdo, C. (2004) Matsigenka. En: Ember, Carol R. and Marvin Ember (Eds.), *Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures*, Vol. 2: Cultures. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 823-837.

Shepard, G., Da Silva, M. y Yu, D. (2005) Conservation Implications of Primate Hunting Practices Among the Matsigenka of Manu National Park. *Neotropical Primates*, Volumen 13, Issue 2, pp. 31-36.

Shepard, G. Jr., Levi, T., Olh-Schacherer, J., Peres, C., Yu, D. y Kaplan, H. (2007) The Sustainability of Subsistence Hunting by Matsigenka Native Communities in Manu National Park, Peru. *Conservation Biology*, Volumen 21, no. 5, pp. 1174-1185.

Shepard, G., Rummenhoeller, K., Ohl, J., y Yu, D. W. (2010) Trouble in paradise: Indigenous populations, anthropological policies, and biodiversity conservation in Manu National Park, Peru. *Journal of Sustainable Forestry*, Volumen 29, pp. 252-301.

Shepard, G., Levi, T., Olh-Schacherer, J., Peres, C., J., Yu, D. y Wilmers, C. (2011) Spatial tools for modeling the sustainability of subsistence hunting in tropical forests. *Ecological Applications*, Volumen 21, no. 5, pp. 1802-1818.

Shepard, G., Levi, T., Ohl-Schacherer, J. y Yu, D. (2013) Resolviendo el conflicto "parque-personas" en el Manu, con la estrategia "Ocupar la Amazonía". *Parque Nacional del Manu, Reporte Manu*, pp.342-369.

Snell, W. (1972) El sistema de parentesco entre los machiguengas. *Historia y cultura*, no. 6, pp. 277-292.

Sobo, E. (2004) Theoretical and Applied Issues in Cross-Cultural Health Research. *Encyclopaedia of Medical Anthropology: Health and illness in the World's Culture*. Berkley: C.R. Ember and M. Ember, Editors, pp. 3-11.

Strongin, J. (1982) *Machiguenga, Medicine, and Missionaries: The Introduction of Western Health Aids among a Native Population of Southeastern Peru*. Ph.D. Dissertation (Dept. Anthropology). Columbia University, Nueva York, Estados Unidos.

Torres-Slimming, P. A. (2010) Globalización, el proyecto Camisea y la salud de los Matsiguengas. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública (INS)*, Volumen 27, Issue 3, pp. 458-65.

UNICEF Perú (2017) *Niñez amazónica, remando hacia la igualdad*. UNICEF Perú/Silvera W.

<[https://www.unicef.org/peru/spanish/Ninez\\_amazonica\\_remando\\_hacia\\_la\\_igualdad\\_UNICEF\\_Peru.pdf](https://www.unicef.org/peru/spanish/Ninez_amazonica_remando_hacia_la_igualdad_UNICEF_Peru.pdf)>

USAID, CRS, CEAS, (2013) *Conflictos sociales en Madre de Dios: El caso de la minería en pequeña escala de oro y la ilegalidad*. Tarea Asociación Gráfica Educativa, Lima, Perú.

Vela Quico, A. (2001) El sistema de salud tradicional andino. *Perspectivas tico - Políticas de la Relación entre la Medicina Moderna y la Medicina Tradicional Andina*. Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa, Perú .

Yon, C. et al. (2010) *Estudio sobre dimensión cuantitativa y concepciones y cuidados comunitarios de la salud del recién nacido, en un área rural andina y amazónica del Perú*. UNICEF / AECID, Lima, Perú .

Young, A. (1982) The Anthropology of Illness and Sickness. *Annual Review of Anthropology*. Vol. 11, pp. 257-85.

